www.psychotherapeutenjournal.de | ISSN 1611-0773 | D 60843 | 14. Jahrgang | 16. Juni 2015

Psychotherapeuten journal

- Schwerpunkt: Autismus-Spektrum-Störungen und Psychotherapie
- Cultural Formulation Interview: Exploration der Krankheitskonzepte von Flüchtlingen
- DSM-5: Neuklassifikation somatoformer Störungen
- Rechtliches: Zur Organisation der praktischen Ausbildung
- Interview: Zur Rolle von Psychologie und Psychotherapie in der Medizinischen Rehabilitation

PTJ 2/2015
(S. 107–222)

www.psychotherapeutenjournal.de

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns sehr, dass das Psychotherapeutenjournal in seinem neuen Gewand so positiv aufgenommen wurde – viele Kolleginnen und Kollegen fanden lobende Worte für das neue Layout. Wir möchten uns auf diesem Lob nicht ausruhen und weiterhin daran arbeiten, das Psychotherapeutenjournal für Sie mit ansprechenden Inhalten zu füllen. Wir hoffen, dass es uns mit der vorliegenden Ausgabe gelungen ist, ein interessantes und informatives Lektürebündel für den kommenden Sommer zu schnüren.

Wie in der letzten Ausgabe angekündigt, knüpft das vorliegende Heft thematisch an den Beitrag zu Autismus-Spektrum-Störungen von Inge Kamp-Becker und Kurt Quaschner an: Wurden darin vor allem Forschungsstand und verhaltenstherapeutisches Behandlungsvorgehen dargestellt, werden nun weitere Perspektiven auf das Störungsbild beleuchtet. Den Anfang macht der Beitrag von Bernd Nissen, der eine umfassende Diskussion historischer und aktueller psychoanalytischer Konzeptionen von Autismus- und Autismus verwandten Störungen vornimmt. Zwei weitere Artikel nehmen Bezug auf individuelle Erfahrungen mit der Behandlung von Autismus. Brit Wilczek berichtet in ihrem Beitrag aus ihrer therapeutischen Arbeit mit hochfunktionalen erwachsenen Autismus-Patientinnen und -Patienten und geht dabei auf zentrale diagnostische Fragen sowie Kernthemen und Interventionen in der Behandlung ein, wobei ihr Grundansatz durchaus schulenübergreifend verstanden werden kann. Auch und besonders Kolleginnen und Kollegen mit wenig Erfahrungen im Bereich der Autismus-Behandlung finden hier wichtige Anregungen für die eigene Praxis. Komplettiert wird der Themenschwerpunkt durch ein Interview mit Birgit Saalfrank, die aus Betroffenen- und Behandlerperspektive über den Umgang mit hochfunktionalen Autismus-Spektrum-Störungen berichtet und eindrücklich die besonderen Problemstellungen von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen schildert und daraus erforderliche Adaptionen der psychotherapeutischen Herangehensweise an diese Störungsbilder fordert. Besonders hervorzuheben sind dabei ihre Ausführungen zu Geschlechtsunterschieden und zur Differenzialdiagnostik.

Sowohl Nissen als auch Wilczek und Saalfrank weisen auf die Bedeutung und Schwierigkeiten korrekter Diagnosen hin. Die klinische Diagnostik wird heute stark geprägt durch die Diagnosesysteme ICD und DSM, die eine valide Einordnung psychischer Symptome auf dem aktuellen Stand der Forschung erlauben sollen. In diesem Jahr ist die neueste Überarbeitung des DSM, das DSM-5, in deutscher Bearbeitung erschienen. Das neue Diagnosemanual – dem sicher bald auch eine überarbeitete Version der ICD folgen wird – bietet einiges an Neuerungen, die durchaus kontrovers aufgenommen wurden. In dieser Ausgabe werden zwei dieser Neuerungen vorgestellt und kritisch reflektiert. Der erste Beitrag beschäftigt sich mit einem immer wichtiger werdenden Thema: der kultursensiblen Psychotherapie. Das DSM forderte bereits in seiner letzten Ausgabe die Berücksichtigung kultureller Aspekte in der Diagnostik psychischer Störungen. Im DSM-5 wird nun dafür ein spezifisches Instrument vorgestellt: das „Cultural Formulation Interview", das neben kulturellen und religiösen Wertvorstellungen und Entwicklungserfahrungen auch die individuellen Vorstellungen von und Reaktionen auf psychische Symptome erfragt. Jenny Mika und Kolleginnen berichten über erste Erfahrungen in der Anwendung dieses Instruments in ihrer Arbeit mit afrikanischen Migrantinnen und Migranten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und geben Empfehlungen für den Gebrauch des Interviews.

Eine umfassende Bearbeitung hat das DSM-5 auch im Bereich der somatoformen Störungen vorgenommen. In unserer Rubrik „Aktuelles aus der Forschung" fasst Wiebke Broicher Veränderungen der diagnostischen Kriterien zusammen und diskutiert den aktuellen Forschungsstand zu möglichen Vorteilen und Kritikpunkten dieser Neufassung.

Neben dieser Breite therapeutisch relevanter Inhalte greift die aktuelle Ausgabe des Psychotherapeutenjournals auch zwei berufspolitische Themen auf. Johann Rautschka-Rücker diskutiert in der Rubrik „Recht: aktuell" rechtliche Aspekte der Organisation der praktischen Ausbildung unter besonderer Berücksichtigung der Rolle und Funktion des Supervisors. Unser Redaktionskollege Dietrich Munz diskutiert mit Hubert Seiter, dem Direktor der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, den Stellenwert von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der medizinischen Rehabilitation und geht dabei besonders auf das Spannungsfeld zwischen einerseits wachsenden Anforderungen und Aufgabenbereichen, andererseits jedoch fehlender Anerkennung der beruflichen Qualifikation in den entsprechenden Verträgen oder bei Vergütungsfragen ein. Bemerkenswert sind Seiters deutliche Aussagen, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch Einrichtungsleitungen übernehmen sollen und dass eine qualifikations- und leistungsangemessene Bezahlung wichtig ist.

Wir hoffen, dass uns ein vielseitiges und für Sie informatives Heft gelungen ist und wünschen Ihnen schöne Sommermonate mit anregender Lektüre!

Hans Schindler und Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Mitglieder des Redaktionsbeirats

Inhalt

Originalia

110 **Schwerpunkt: Autismus-Spektrum-Störungen und Psychotherapie**

Bernd Nissen
Zur psychoanalytischen Konzeptualisierung und Behandlung von Störungen aus dem autistischen und autistoiden Spektrum
In dem Beitrag werden psychoanalytische Konzeptualisierungen autistischer und autistoider Dynamiken theoretisch und behandlungstechnisch untersucht. Nach einem kurzen geschichtlichen Abriss werden grundlegende theoretische Überlegungen zum Selbst- und Beziehungserleben vorgestellt und Störungen interpsychischer Kommunikation nachgezeichnet. Diese Überlegungen werden auf autistische und autistoide Störungen bezogen. Verborgene autistoide Dynamiken spielen unter Umständen bei psychotherapeutischen Problemen eine wichtige Rolle.

120 *Brit Wilczek*
Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus in der psychotherapeutischen Praxis. Herausforderungen und Chancen
Das Thema Autismus gewinnt an Relevanz auch in der psychotherapeutischen Allgemeinpraxis. Der Beitrag gibt Basisinformationen zur Grundproblematik und zu ihren Auswirkungen auf das Erleben erwachsener Betroffener und leitet daraus Implikationen für die Psychotherapie ab. Schließlich werden einige Ansätze und Interventionsmethoden aufgeführt, die sich in der Behandlung sekundärer psychischer Störungen bewährt haben.

130 *Interview: Gertrud Corman-Bergau im Gespräch mit Birgit Saalfrank*
„Der Psychotherapieansatz im Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen muss ein anderer sein“

134 *Jenny Mika, Barbara Abdallah-Steinkopff & Maria Gavranidou*
Die Exploration der Krankheitskonzepte von Flüchtlingen bezüglich ihrer Posttraumatischen Belastungsstörungen
Die Anwendbarkeit des im DSM-5 vorgeschlagenen Cultural Formulation Interviews (CFI) zur Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte von traumatisierten Flüchtlingen wird untersucht. Die Ergebnisse deuten auf eine kontextgebundene Perspektive der interviewten Flüchtlinge auf ihre psychischen Probleme hin. Eine adaptierte Version des CFI sowie Implikationen für die therapeutische Praxis mit traumatisierten Flüchtlingen werden diskutiert.

Aktuelles aus der Forschung

146 *Wiebke Broicher*
Die Neuklassifikation somatoformer Störungen im DSM-5. Ausschnitte der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion und Implikationen für die klinische Praxis

Recht: aktuell

152 *Johann Rautschka-Rücker*
Rechtliches zur Organisation der praktischen Ausbildung

Interview

155 *Dietrich Munz & Dieter Schmucker im Gespräch mit Hubert Seiter*
„Endlich eine abholende Präventions- und Reha-Strategie umsetzen"
Ein Gespräch mit Direktor Hubert Seiter, DRV Baden-Württemberg zur BPtK-Angestelltenbefragung sowie zur Rolle von Psychologie und Psychotherapie in der Medizinischen Rehabilitation

Buchrezensionen

159 **Für eine den Körper einbeziehende ganzheitliche Sichtweise**
Eine Rezension von Ulfried Geuter: Kern, E. (2014). Personzentrierte Körperpsychotherapie. München: Reinhardt Verlag.

160 **Erzähl mir eine Geschichte!**
Eine Rezension von Thorsten Padberg: Rehahn-Sommer, S. (2015). Verhaltenstherapeutische Praxis in Fallbeispielen. Leben statt Überleben und andere Geschichten. Heidelberg: Springer.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

162 Bundespsychotherapeutenkammer
168 Baden-Württemberg
172 Bayern
178 Berlin
182 Bremen
186 Hamburg
190 Hessen
197 Niedersachsen
201 Nordrhein-Westfalen
205 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
210 Rheinland-Pfalz
214 Saarland
218 Schleswig-Holstein

107 **Editorial**

161 **Leserbriefe**

222 **Impressum Psychotherapeutenjournal**

A1 **Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

A20 **Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

Hinweise:

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

Der Teilausgabe Baden-Württemberg sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:

- Amtliche Bekanntmachungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Zur psychoanalytischen Konzeptualisierung und Behandlung von Störungen aus dem autistischen und autistoiden Spektrum

Bernd Nissen

Zusammenfassung: Ausgehend von grundlegenden psychoanalytischen Überlegungen zum Selbst- und Beziehungserleben wird die Bedeutung der interpsychischen, unbewussten Kommunikation für den psychischen Strukturaufbau und die Entwicklung des Selbst dargestellt. Diese Überlegungen werden sowohl auf Störungen aus dem autistischen Spektrum als auch auf autistoide Dynamiken bezogen. Mit dem Ausbleiben psychischer und objektaler Transformation fällt es autistischen Kindern schwer, aus Erfahrungen zu lernen, unbewusst-intuitiv psychosoziale Situationen zu erfassen. Bei autistoiden Dynamiken wird früh die Hoffnung auf einen verstehenden, aufhebenden anderen aufgegeben, sodass sich traumatisch-bedrohliche Einkapselungen ausbilden, die mit zusätzlichen Maßnahmen abgesichert werden. Das Erkennen solcher Phänomene kann für die psychotherapeutische Praxis von großer Bedeutung sein, da Sackgassen in Behandlungen mit dem Übersehen und Nichtverstehen dieser häufig gut verborgenen Symptome korrelieren können. Fallbeispiele sollen diese Sichtweise illustrieren.

Redaktionelle Vorbemerkung: Fortsetzung der Artikel-Reihe zum Thema Autismus und Psychotherapie

Liebe Leserinnen und Leser,

wir setzen die Reihe von Artikeln zum Thema Autismus und Psychotherapie fort, die wir in Ausgabe 1/2015 des PTJ begonnen haben. In zwei weiteren Beiträgen werden das Erscheinungsbild und die psychotherapeutischen Möglichkeiten bei Autismus und autistoiden Störungen bei Erwachsenen diskutiert. Bernd Nissen („Zur psychoanalytischen Konzeptualisierung und Behandlung von Störungen aus dem autistischen und autistoiden Spektrum") und Brit Wilczek („Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus in der psychotherapeutischen Praxis") tun das auf sehr unterschiedliche Weise: Sie arbeiten beide mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen und unterscheiden sich zugleich wiederum deutlich vom Ansatz, den Inge Kamp-Becker und Kurt Quaschner im letzten PTJ aus universitär-verhaltenstherapeutischer Sicht vertreten hatten.

Diesmal kommt darüber hinaus mit Birgit Saalfrank eine Kollegin zu Wort, die selbst von dieser Erkrankung betroffen ist und den Redaktionsbeirat vor einigen Monaten auf die Aktualität dieses Themas aufmerksam gemacht hatte. Die Kollegin wird von Gertrud Corman-Bergau dazu interviewt.

Für die Möglichkeit zu spannender Auseinandersetzung, die wir voraussichtlich auch in der nächsten Ausgabe noch einmal weiterführen werden, ist also gesorgt. Das Psychotherapeutenjournal erprobt zum ersten Mal, den psychotherapeutischen Zugang zu einer Erkrankung aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Auffassungen heraus darzustellen – selbstverständlich ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Wir sind gespannt auf Ihre Reaktionen!

Hans Schindler und Ulrich Wirth
für den Redaktionsbeirat

In den letzten Jahren wurde von allen relevanten wissenschaftlichen Disziplinen anerkannt, dass autistische Phänomene auch in der Normalpersönlichkeit zu finden sind. Für diese phänomenologische Ähnlichkeit wird u. a. der Begriff autistoid verwendet. Die Bandbreite der Phänomene umfasst also schwerwiegende Störungen aus dem autistischen Spektrum im engeren Sinne bis hin zu flüchtigen autistoiden Erscheinungen. Wohl auch aus diesem Grund spricht man heute im DSM nicht mehr vom frühkindlichen Autismus, Asperger-Syndrom und atypischen Autismus, sondern von Störungen aus dem autistischen Spektrum.

Das Erkennen und Verstehen autistischer und autistoider Dynamiken ist nicht nur theoretisch, sondern insbesondere behandlungstechnisch von größter Relevanz. Es scheint, dass viele Stagnationen und Sackgassen in psychotherapeutischen Behandlungen mit dem Verkennen solcher Strukturen und Dynamiken zu tun haben könnten. So wird im vorherrschenden psychoanalytischen Paradigma der letzten Jahrzehnte z. B. postuliert, dass alles in einer Beziehung geschieht, die Entwicklung psychischer Strukturen und Dynamiken nur in und aus der Beziehung heraus erfolgt. Daran dürfte es auch keinen rechten Zweifel geben (Winnicott sprach z. B. davon, dass es so etwas wie einen Säugling nicht gibt; Säugling sein ist Mutter-Kind-Beziehung sein). Bion beobachtete dagegen, dass es unter ungünstigen Umständen passieren kann, dass das Kind die Hoffnung aufgibt, dass ein bedeutsamer anderer seine innere Welt versteht und ihm in einer Form zugänglich macht, dass es sich seelisch entwickeln kann. Dann kann es zu Rückzügen aus Beziehungen kommen, die für ein entstehendes Selbst verheerend werden können, sich aber häufig hinter äußerem Funktionieren verbergen.

Aus dieser in wenigen Strichen entworfenen Skizze wird ersichtlich, dass die Psychoanalyse immer von einem Spektrum autistischer Störungen ausging, bei schweren autistischen Formen konstitutionelle Faktoren (z. B. genetische Veränderungen) annahm, aber auch psychogene Ausprägungen untersuchte. Sie hat aber immer betont, dass beide Formen (wenn wir sie denn so grob sortieren wollen) umfassender, intensiver und möglichst frühzeitiger Behandlung bedürfen. In vielen Fällen kann dann ein erstaunlicher Weltkontakt hergestellt werden.

In den 1960er- bis 1980er-Jahren hatte sich allerdings in der Psychoanalyse eine paradigmatische Engführung entwickelt, die fast monokausal eine psychogene „Verursachung" favorisierte. Dies führte dann zu Konzepten, die heftig kritisiert wurden, z. B. die berühmte „Kühlschrankmutter". Diese Kritik ist aber nur teilweise berechtigt.[1] Zwar hat sich die Psychoanalyse mit ihrer häufig unempathischen und vereinfachenden Sprache selbstverschuldet in diese Lage gebracht, doch würde kein ernstzunehmender Analytiker und erst recht keine Analytikerin mit solchen vereinfachten, linear-kausalen Modellen operieren. Die Psychoanalyse beschäftigt sich mit komplexen, nicht linearen Systemen und versucht den seelischen Innenwelten der Betroffenen Raum und Namen zu geben. In diesem subjektiven Erleben kann (in spezifischen Phasen) eine Mutter, genauer: ein inneres mütterliches Objekt, wie ein Kühlschrank, also kalt, resonanzlos, nicht seelisch nährend usw. empfunden werden oder empfunden worden sein. Wie die Mutter „wirklich" ist, ist damit nicht bestimmt. Es ist also wichtig, den Begriff „Mutter" im Psychoanalytischen als einen Terminus technicus für das bedeutsamste Primärobjekt als inneres Objekt zu begreifen und nicht als eine Subjektzuschreibung!

Doch wieso kam es zu dieser Fokussierung auf psychogene Faktoren? Ein kurzer Blick in die Geschichte kann uns helfen, diesen Umstand besser zu verstehen.

Kurzer geschichtlicher Abriss

Der Begriff „Autismus"[2] wurde schon vor Kanner (1943) und Asperger (1944) verwendet. Bleuler (1910, 1911) z. B. bezeichnete mit dem Begriff ein Symptom der Schizophrenie, nämlich die extreme Selbstbezogenheit der Patientinnen und Patienten,[3] die sich in sich selbst verpuppen.

Auch Freud benutzte gelegentlich diesen Begriff, doch wichtiger für die psychoanalytischen Konzeptualisierungen autistischer Phänomene waren seine Überlegungen zum Narzissmus. Er unterscheidet diverse Dimensionen des Narzissmus, u. a. einen normalen Narzissmus, in dem das Selbst gesund besetzt ist, dann einen primären Narzissmus als eine psychogenetische Entwicklungsstufe, ferner einen sekundären Narzissmus als pathogenen Rückzug aus Objektbeziehungen.

Insbesondere die Annahme eines primären Narzissmus zusammen mit der des sekundären Narzissmus als pathogenem Rückzug spielten in psychoanalytischen Theorien zum Autismus eine große Rolle. Freud ging davon aus, dass es nachgeburtlich eine Phase gibt, in der sich das Kind in einem Zustand befindet, in dem eine differenzierte Selbst-Objekt-Relation noch nicht existiert, das Objekt als zum Ich gehörend betrachtet wird. Freud paraphrasierte diesen Zustand genial: „Die Brust ist ein Stück von mir, ich bin die Brust. Später nur: ich habe sie, d. h. ich bin sie nicht" (1938c, S. 151). Diese Auffassung scheint den Ergebnissen der Säuglingsforschung zu widersprechen, die bekanntlich den kompetenten Säugling entdeckt hat. Doch müssen wir aufpassen, dass wir nicht einem Kategorienfehler aufsitzen: Die wissenschaftlichen Referenzsysteme der Säuglingsforschung sind Wahrnehmung, Kognition, Motorik etc., nicht das psychische System, das die Psychoanalyse untersucht (auch wenn sich diese Untersuchungsgegenstände überschneiden). Eine der bedeutendsten Autismusforscherinnen der Psychoanalyse (und der Psychologie), Margaret Mahler, ging von Freuds Konzept des primären Narzissmus aus und führte in den frühen 1950er-Jahren die Kategorie eines „normalen Autismus" ein. Sie unterteilt Freuds Konzept des primären Narzissmus in zwei Phasen. „Bei den ersten Wochen extrauterinen Lebens handelt es sich um ein Stadium von absolutem primärem Narzißmus, das durch die Unfähigkeit des Kindes gekennzeichnet ist, die Mutter als Vermittlerin wahrzunehmen." (Mahler et al., 1980, S. 60) Diesem Stadium folgt die „verschwommene Wahrnehmung", dass die Bedürfnisbefriedigung „von irgendwo außerhalb des Selbst kommt", das sie als „primären Narzissmus in der beginnenden symbiotischen Phase" (ebd., S. 60) bezeichnet. Hiervon werden die autistische und symbiotische kindliche Psychose als zwei extreme „Störungen des Identitätsgefühls" (ebd., S. 23) abgegrenzt.

Autistische Phänomene sind auch in der Normalpersönlichkeit zu finden. Für diese phänomenologische Ähnlichkeit wird u. a. der Begriff autistoid verwendet.

1 Diese Kritik wurde auch von analytischer Seite erhoben. So schrieb Tustin 1988: „… the psychoanalytic child therapists made unduly optimistic claims for alleviating this sad condition by the type of psychotherapy they employed. (...) They raised hopes in parents which were unfulfilled. In addition, they blamed the mothers for their child's distressed condition in a simplistic and unsympathetic way. The autistic children were often depicted as innocent victims of an overly intellectual mother's cold, uncaring unresponsiveness." (35)

2 Zur aporetischen Konstruktion des autistischen Kindes s. Göhlsdorf, 2014

3 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

Auch die zweite Grande Dame der psychoanalytischen Autismusforschung, Frances Tustin, ging lange Zeit von einer „normalen" autistischen Phase aus und betrachtete Autismus als eine maligne regressive Abwehr. (Sie revidierte 1991 endgültig diese Auffassung auf Grund der Erkenntnisse von Trevarthen, Stern u. a. und sah den „psychogenen Autismus" als eine Reaktion auf unerträglichen traumatischen Stress bei früher körperlicher Getrenntheit). Sie unterschied u. a. zwei Typen: einmal einen eingekapselten Typus (auch Schneckenhaus-Typ genannt), bei dem sich ein nachhaltiger pathologischer Rückzug ausgebildet hat, mit dem Vernichtungsängste abgewehrt werden sollen. Zum anderen den „verwirrten" oder „konfusen", den „Schizophrenie" nahen Typus des Autismus, den Mahler „pathologische Symbiose" genannt hat. Wichtig ist, dass bei dem ersten Typus projektive Identifizierung (s. u.) versagt, das autistische Kind keinen Begriff von einem anderen oder die Suche nach dem Objekt aufgegeben hat.

Einige theoretische Bestimmungen

Da das Versagen der projektiven Identifizierung zu einem der zentralsten Merkmale bei der Bestimmung autistischer und autistoider Phänomene geworden ist, müssen wir dieses Konzept kurz erläutern:

Projektive Identifizierung ist sowohl als ein intrapsychischer als auch als ein interpsychischer Mechanismus zu verstehen. Der erste wurde von Melanie Klein beschrieben: Es handelt sich um eine omnipotente Phantasie, in der unerwünschte Anteile abgespalten werden und in ein Objekt, meist Partialobjekt projiziert werden. Das Objekt muss von all dem gar nichts mitbekommen, aber das Selbst (Kind) glaubt, dass es auf diese Weise Anteile loswerden kann. Diese Projektion und Identifizierung des inneren Objekts mit dem Projizierten führen zu innerseelischen Veränderungen, die temporär durchaus entlasten, aber auch turbulent werden können. Verfolgungsgefühle können sich zum Beispiel einstellen, da das Objekt mit diesen Teilen identifiziert wird und dieses Objekt sich nun gegen das Kind richtet. Wenn ein Kind etwa zu lange auf seine Eltern warten muss, werden diese „blöd und böse" und das Kind tut ihnen in der Phantasie allerlei unschöne Dinge an; kommen diese dann, ist nach einer kurzen Phase des Maulens die Welt wieder in Ordnung. Die intrapsychische projektive Identifizierung hat ihre Funktion erfüllt. Anders wird es, wenn die Eltern kommen und dem Kind zum Beispiel vorwerfen, immer seinetwegen früher nach Hause kommen zu müssen. Dann kann die innere Verfolgung, die in der projektiven Identifizierung angelegt ist, zum Tragen kommen und es kann Angst vor den inneren Objekten entstehen. Haben die Eltern aber beispielsweise einen Unfall (um ein drittes extremes Bild zu bemühen), kann die intrapsychische projektive Identifizierung zu einer malignen Dynamik führen, in der Omnipotenzängste entstehen und sich Schuldangst- und Verfolgensgefühle einstellen können (z. B. dass „böse Gedanken" zu Katastrophen führen).

In dieser intrapsychischen Beschreibung ist schon die interpsychische Dimension der projektiven Identifizierung angelegt. Hier wird – in sehr vereinfachter Darstellung – davon ausgegangen, dass mit der Projektion das Subjekt (Selbst) unbewussten Druck auf das Objekt ausübt, der Form der Projektion zu entsprechen, sei es konkordant, also mehr der momentanen Phantasie-Selbstrepräsentanz des Patienten, oder komplementär mit der entsprechenden Objektrepräsentanz in der Übertragungsphantasie. Wir alle kennen aus der klinischen Praxis solche Situationen, in denen Patienten blitzschnell eine Dynamik erzeugen, in der wir uns plötzlich ähnlich fühlen wie der Patient, z. B. ängstlich-verstört oder kühl-distanziert reagieren, vielleicht ungewollt gar leicht herablassend empfinden, also unter Umständen den Part des Objekts übernehmen, vor dem sich der Patient fürchtet. In diesem Prozess kommt es zu einer interpsychischen Realisierung, wobei aber immer zu beachten ist, dass die projizierte Entität nie mit dem Identifikat identisch ist, auch wenn es die beteiligten Objekte intrapsychisch so beurteilen könnten. Unter Umständen kann in diesem Prozess sogar eine gewisse interpersonelle Realisierung eintreten, also die soziale Ebene erreicht werden. Ein gutes, vielen bekanntes Beispiel wäre Watzlawicks (2000) Mann, der sich beim Nachbarn einen Hammer ausborgen will, sich aber vor der Anfrage in eine so paranoid-ablehnende Haltung hineinsteigert, dass er schließlich beim Nachbarn klingelt, um ihn wütend anzuschnauzen: „Behalten Sie Ihren Hammer, Sie Rüpel!"

Eine weitere Fassung der interpsychischen projektiven Identifizierung, die für das psychoanalytische Verständnis von autistischen und autistoiden Störungen von größter Bedeutung ist, stellt diese in den Zusammenhang mit dem Konzept des *container-contained* von Bion.[4] Hier handelt es sich um einen interpenetrativen Prozess, in dem sich Subjekt und Objekt wechselseitig Komplexität zum Strukturaufbau zur Verfügung stellen. Das heißt vereinfacht: Das Kind projiziert Teile (als das zu containende) seiner komplexen Innenwelt auf das Objekt (als container oder containendes Objekt bezeichnet), das von dieser Projektion affiziert wird, die zugleich sein eigenes Unbewusstes aktiviert. Diese mit dem Projizierten befasste unbewusste Komplexität des Objekts, dessen Aktivierung sehr turbulent sein kann, „verdaut" das Projizierte, modifiziert sich damit selbst. Dieses Produkt muss den binokularen, also den bewussten wie den unbewussten Anforderungen genügen, kann dann, zu einem Dritten werdend, benannt und vom Kind reintrojiziert und modifiziert werden. Hiermit werden komplexere Identifizierungen möglich. Konkret: Wenn das Kind Angst um die Mutter hat, weil diese schwer erkrankt ist, bedeutet containen für den Vater nicht nur, diese Angst aufzunehmen, sondern sie mit seiner eigenen Angst um seine Frau und die Mutter seines Kindes unbewusst zu verbinden und aufzuheben. Nur aus einer solchen entstehenden Festigkeit kann sicherer Trost für das Kind erwachsen. Das Kind kann diese väterliche Funktion verinnerlichen, zugleich Mutter, Va-

4 Sandler kritisiert nicht zu Unrecht die Vermischung von projektiver Identifizierung und container-contained.

ter und sich selbst anders erkennen (Identifizierungsaspekt in der Introjektion).

In jedem Fall stellt die projektive Identifizierung einen der zentralsten Mechanismen zum seelischen Strukturaufbau dar. In der Fassung von Bion wird sie zu *dem* interpsychischen Kommunikationsmechanismus. Die Einbettung in das container-contained-Konzept ist meines Erachtens die wissenschaftliche Ausarbeitung der Freudschen Beobachtung einer Kommunikation von unbewusst zu unbewusst.

Das klingt alles sehr einfach, ist aber in psychogenetischer oder klinischer Praxis äußerst diffizil. Machen wir uns klar, was es für ein kleines Kind heißen könnte, wenn es die Hoffnung, den Glauben an einen containenden anderen, also einen, der versteht und „wegmachen" kann, verliert! Oder wenn die Fähigkeit, ein solches Objekt zu erkennen, aus welchen Gründen auch immer, beschädigt oder defizitär ist! Es bleibt mit Zuständen, die noch nicht ausreichend seelisch qualifiziert und konzeptualisiert sind, allein – und damit auch häufig mit solchen Zuständen, die – wie Winnicott es treffend formulierte – das „going on being" bedrohen.

Da es sich hier um eine Zentralstelle des psychoanalytischen Verständnisses von autistischer und autistoider Dynamik handelt, müssen wir sie genau betrachten. Metatheoretisch wird in der Psychoanalyse davon ausgegangen (oder gehen die meisten davon aus), dass ein Säugling die Erwartung einer Brust hat. Das heißt, der Säugling erwartet eine liebend-verstehende Mutter (dieses Objekt wird als Partialobjekt [Brust] bezeichnet, da die Erfassung eines ganzen Objekts vieler Entwicklungsschritte bedarf). Diese Erwartung braucht eine Realisierung, damit sie zu einem seelischen Konzept werden kann. Und fast immer geht es ja auch gut. Winnicott formulierte es britisch-trocken: *„The mother places the actual breast just there where the infant is ready to create, and at the right moment"* (1971, S. 8). Wichtig hierbei ist aber das Wörtchen „create", erschaffen. Wir müssen also von der Erwartung einer Brust ausgehen (Freud und auch Bion gingen von einer Art angeborener Prä-Konzeption aus), die aber in dem Moment, in dem sie da ist, erst erschaffen wird. Noch einmal Winnicott: Das Kind erschafft sich das Objekt, *„aber das Objekt war bereits vorher da, um geschaffen und besetzt zu werden"* (1987, S. 104). Ein paradox-zirkulärer Prozess.

Wichtig ist nun, diese Erschaffung der Brust als einen interpenetrativen Prozess im Kontext von container-contained zu begreifen. Das heißt, aus der Begegnung von Mutter und Kind entsteht eine Konzeption, die von beiden zum seelischen Strukturaufbau genutzt werden kann. Für das Kind heißt das: Die Idee der Brust nimmt Formen an und es wird, da sie ein gemeinsamer Schöpfungsvorgang ist, eine Beziehung konstituiert, in der, nach vielen komplizierten Wiederholungen, eine Selbst-Objekt Relation emergieren kann.

In diese Dynamik integriert ist die Qualifizierung von Elementen. Was heißt das? Mütter verfügen über das erstaunliche Vermögen, die Zustände ihrer Kinder sehr genau erfassen zu können. Sie können den Schrei ihres Kindes nicht nur zwischen den Schreien anderer Kinder heraushören, sondern (häufig unbewusst) sehr genau qualifizieren: Ist zum Beispiel der Hungerschrei gequält oder wütend; oder vielleicht gar nicht so dringend, eher gelangweilt etc.? Sie teilt diese Qualifizierung zusammen mit korrespondierenden Selbstzuständen ihrem Kind mit („Hast du so dollen Hunger, hat die Mama dich warten lassen"). Das heißt, es werden Elemente in einer entstehenden Konzeption qualifiziert. Die psychisch qualifizierten Elemente stabilisieren die Konzeption und werden in der Konzeption zueinander relationiert.

Zum Verständnis der psychoanalytischen Auffassung von Autismus ist nun noch folgende Frage wichtig: Wie erlebt ein Kind z. B. den Hunger, den die Mutter als „quälend" qualifizieren wird? Es wird davon ausgegangen, dass das Kind zunächst nur körperlich-sinnliche Sensationen erleben wird, die etwa bei Hunger als Brennen im Bauch imponieren. Es ist schwer für uns Erwachsene, in diese Welt zurückzukehren, doch Tustin schlägt ein Gedankenexperiment vor: Stellen Sie sich vor, Sie sitzen auf einen Stuhl (tun Sie beim Lesen vielleicht sogar). Versetzen Sie sich in einen fast meditativen Zustand, vergessen den Stuhl und beginnen nur den körperlichen Impressionen nachzuspüren, die ihren Körper mit der Oberfläche verbinden. Wenn Sie nun alle Kategorien wie Stuhl, Gesäß, Oberschenkel, Rücken, Sitzen etc. „vergessen", kommen Sie in einen Zustand reiner körperlich-sinnlicher Sensation. Übersteigen diese körperlich-sinnlichen Reize ein gewisses Maß an Intensität, werden sie unlustvoll erlebt. Dem Kind, mit seiner rudimentären psychischen Ausstattung, bleiben nicht viele Möglichkeiten, mit dieser Unlust umzugehen. Körperliche Ausscheidung gehört zu den frühesten Mechanismen, sie kann als eine Frühform der Projektion bzw. projektiven Identifizierung begriffen werden.

Zur psychoanalytischen Konzeptualisierung autistischer Störungen

Diese metapsychologischen Überlegungen haben wir benötigt, um das psychoanalytische Verständnis des Autismus zu erfassen. Wir kommen zurück zu Bions Beobachtung, dass die Hoffnung auf ein containendes Objekt aufgegeben werden kann, sowie den Ausarbeitungen dieser Beobachtung u. a. durch Bick, Meltzer und Tustin.

Wir müssen nun, unsere eingangs formulierte These eines Kontinuums im Autismus ignorierend, eine extrem versimplifizierende Dichotomie postulieren. Wir gehen zur Verdeutlichung der psychoanalytischen Modelle von zwei Setzungen aus: Bei autistischen Störungen davon, dass die Prä-Konzeption, also die Erwartung der Brust, konstitutionell geschädigt ist (zu den Ergebnissen der genetischen und epigenetischen Forschung s. Röckerath, 2014); bei autistoiden Störungen davon, dass die Hoffnung auf ein containendes Objekt auf Grund kumulativ-traumatischer Erlebnisse aufgegeben wurde.

Es ist wichtig und muss klar sein, dass selbst Kinder mit schwersten Störungen aus dem autistischen Spektrum immer nicht autistische Anteile haben, die objektsuchend sind. Günter (2006) zeigt z. B., dass autistische Objekte oft innerhalb einer Interaktionssequenz einen bedeutsamen Funktionswechsel von Abwehr zum Beziehungsangebot durchlaufen können. Ebenso selbstverständlich ist der autistoide Rückzug aus Objektbeziehungen, dessen Gründe vielfältig und unterschiedlich gelagert sind, niemals absolut. Unsere vereinfachende Unterscheidung dient nur als Modell!

Störungen aus dem autistischen Spektrum

Schauen wir zunächst grob-schematisch auf Störungen aus dem autistischen Spektrum: Wie erlebt ein kleines Kind die anschwellenden körperlich-sinnlichen Reize, wenn es über keine Prä-Konzeption einer verstehenden „Mutter" („Brust") verfügt und damit auch Projektion nicht als psychischer Mechanismus zur Verfügung steht? Es kann nun versuchen, diese Unlust durch Schreien, Weinen, Einkoten und Einnässen loszuwerden. Aber diese Ausstoßungen sind nicht an die Erwartung eines Objekts geknüpft, das verstehen kann, sodass auch die Transformation ins Seelische unterbleibt. Auch die Möglichkeit, ein inneres Objekt als Zielort zu verwenden (wie wir es bei der intrapsychischen projektiven Identifizierung beschrieben haben) fällt aus. Das Stillen wird als Einströmen von Milch, nicht als Liebe, Verstehen und Beziehung, damit als Sicherung eines inneren Objekts erlebt. Die Identifizierung von inneren Zuständen wird erschwert bis verunmöglicht, die Identifizierung des Objekts bleibt unsicher, es bilden sich keine sicheren tragfähigen Konzeptionen aus und viele Elemente bleiben unqualifiziert. Das heißt, den frühen Ausscheidungen fehlt die objektale Unterlegung und die Hoffnung auf ein Objekt, das in der Lage ist, die Not zu verstehen, bleibt aus. Damit bilden sich kaum frühe Identifikationen[5] aus. So werden diverse Beobachtungen verständlicher, z. B., das Mütter und Väter autistischer Kinder häufig berichten, dass es ihnen schwer gefallen sei, die Schreie ihrer Kinder als Ruf zu hören und zu qualifizieren; oder dass es autistischen Kindern an spontaner Nachahmung im Kontext reziproker Kommunikation, die für andere Kinder selbstverständlich ist, mangelt (Rhode, 2014, S. 145). Projektive Identifizierung kann sich nicht als seelischer notwendiger Mechanismus und nicht als basale Kommunikation etablieren. Sie verbleibt auf einem Niveau körperlich-sinnlicher Prozesse. Identifizierungen stagnieren auf dem Niveau von Mimikry und Imitation, die das eigene Selbst verschleiern und die Unterschiede zwischen Selbst und anderen verwischen.

Mit dem Ausbleiben seelischer und objektaler Transformation haben es diese Kinder schwer, aus Erfahrungen zu lernen, unbewusst-intuitiv psychosoziale Situationen zu erfassen. Sie sind immer wieder mit anschwellenden inneren und äußeren Reizen konfrontiert, die nicht ins Seelische transformiert und mitlaufend unbewusst verarbeitet werden können. Sie laufen

Klinisches Beispiel für eine autistische Dynamik

Die Patientin mit den psychiatrischen Diagnosen Asperger-Syndrom und Depression berichtet in einer Sitzung, dass sie einen Mann kennengelernt und es gewagt hatte, einen kleinen Sonntagsausflug, gut durch Aktivitäten abgefedert, zu machen. Die Stunden waren für beiden Seiten scheinbar kurzweilig und nett – bis zur Rückfahrt im Zug. Dieser Mann setzte sich nämlich neben sie und wandte sich mit seinem ganzen Körper ihr zu. Noch in der Erzählung wurde ihre Beklemmung und Bedrängung spürbar, die sie mit dem entwertenden, sehr sexuell konnotierten Satz schloss: „Eklig, dieser ganze schwitzende Körper!"

Unter einem Beziehungsblickwinkel konvergieren Außenübertragung und Übertragung. Mit seiner freundlich-freudigen Zuwendung ist ihr der Mann zu nahe gekommen, sie muss ihn sich vom Leib halten. Doch auch in der Behandlung ist eine intensivere Beziehung entstanden, die die Patientin fruchtbar erlebt, die ihr aber doch zu viel werden könnte. Die Szene mit ihrem Bekannten könnte also auch eine Botschaft für die Psychotherapie sein.

Mir scheint aber noch ein anderer Aspekt äußerst wichtig. Menschen mit autistischen Störungen fühlen sich häufig von inneren und äußeren Sinneseindrücken und Reizen bedrängt. Die Transformation dieser Reize ins Seelische ist erschwert. In der Psychoanalyse wird davon ausgegangen, dass psychische Elemente von den unterschiedlichen Systemen im je eigenen Modus verarbeitet werden. Unbewusstes, Vorbewusstes und Bewusstes verarbeiten und prozessieren diese Elemente in ihren jeweiligen „Logiken" (Matte-Blanko, 1998). So ist es möglich, dass die erotischen und sexuellen Elemente, die in der Hinwendung des Mannes mit aktiviert sein könnten, vom Unbewussten phantasiert werden, sodass das Selbst bewusst (z. B. Gespräch über die Ausflugserlebnisse) und vorbewusst (z. B. Regulierung von körperlicher Nähe und Distanz) die Beziehung weiter gestalten kann. Genau solche psychischen Qualifizierungen und Verarbeitungen von Elementen in einer Objektbeziehung fallen autistischen Menschen schwer. Die Patientin könnte also sehr genau die erotischen und sexuellen Momente erspürt haben, doch die Transformation gelang nicht. Sie fühlt sich dann plötzlich von ihren eigenen Sinneseindrücken und Reizen bedrängt wie auch durch die am Mann bemerkten. Das alles wird ihr zu viel, sie verdichtet diese Eindrücke zu einer ekligen, körperlichen Bedrängung.

Eine solche Perspektive hätte dann auch Einfluss auf die Deutung. Eine Deutung, die sich primär auf die Außenübertragung und aktuelle Behandlungsübertragung stützt, würde m. E. zu kurz greifen, da sie das innere Erleben der Patientin nicht ausreichend aufnehmen würde. In der Sitzung klärte ich daher zunächst die Verdichtung zur ekligen, körperlichen Bedrängung. In dieser Klärung konnte die Patientin die erotischen und sexuellen Dimensionen entdecken, die sie in der Situation nicht differenziert (unbewusst) wahrnehmen konnte. Auf dieser Basis konnte sie verstehen, warum sie sich den anderen so schroff vom Leib halten musste. Solche Interventionen werden selten zu seelischen Transformationen führen, helfen aber Patienten, sich selbst, den anderen und Beziehungen besser zu verstehen.

5 M. Rhode stellt in ihrer Übersichtsarbeit für das „Jahrbuch der Psychoanalyse" (2014) die These auf, dass bei Kindern mit Störungen aus dem autistischen Spektrum die Fähigkeit zur primären Identifizierung defizient ist, sie deshalb das Gefühl haben könnten, immer fremd in der menschlichen Gemeinschaft zu sein.

bei ungünstigen Umständen Gefahr, mit inneren Zuständen konfrontiert zu sein, die bedrohlich werden können, manchmal sogar existenziell bedrohlich. Tustin hat diese existenzielle Bedrohung genau herausgearbeitet. Sie wird als Panik sehr körpernah erlebt, z. B. als Angst, unendlich zu fallen, auszufließen und Körperteile zu verlieren; typisch ist außerdem die Angst, sich zu verflüssigen, zu verdunsten, zu verbrennen und zu gefrieren (siehe Rhode zu Tustin, 2014, S. 140).

Mit unserer obigen Ableitung wird es klar, dass solche existenziellen Ängste aus den körperlich-sinnlichen Sensationen, die sich zur Unlust steigern, keine Transformation ins seelisch Verarbeitbare erfahren, in Präsenz verharren, sich immer weiter kumulieren, schließlich traumatisch verdichten und existenziell bedrohen. Es droht Unintegriertheit, nicht Desintegration! Die Antwort sind Einkapselungen, in denen diese namenlosen, vorseelischen Zustände sicherheitsverwahrt werden.

Doch solche sicherheitsverwahrten Elemente bleiben traumatisch wirksam, das heißt, sie persistieren in Präsenz und strahlen unidirektional aus, bedrohen damit latent und potenziell vorhandene Strukturen.

Was soll nun ein Kind machen, das ein Objekt nicht denken kann beziehungsweise das immer den Eindruck hat, dass die Objekte seine Bemühungen und Ausdrucksformen nicht verstehen? Es reagiert auf alles Unvertraute, Fremde, auf jede Differenz aversiv, sucht die Situationen zu kontrollieren, Unterscheidungen zu ignorieren, Fremden auszuweichen. Das Problem ist, dass das Selbst ungefestigt bleibt, immer wieder von Auflösung bedroht ist und die Faktizität der Selbst-Objekt-Differenz als Gefahr erlebt wird. Es muss also die Wahrnehmung eines Selbst und einer Selbst-Objekt-Unterscheidung vermeiden, das heißt Selbst/Objekt, Ich/Du, me/not me dürfen in seinem Universum nicht auftauchen. Es zeigt sich häufig ganz konkret in dem Phänomen, dass autistische Kinder kein „Ich" und „Du" verwenden, in wortwörtlicher Sprache und im konkretistischen Denken verharren (z. B. Staehle, 2012). Es geht nicht selten so weit, dass andere Menschen wie Gegenstände behandelt werden. Busch de Ahumada und Ahumada (2009, 2012, 2014) zeigen in ihren beeindruckenden Fallbeispielen, dass das Auftauchen eines „Du" oder eines „me" die entscheidenden Zäsuren in der Behandlung autistischer Kinder sind. Auch Durban (2014), der aus einer anderen theoretischen Richtung kommt, markiert diesen Moment als Wendepunkt, beobachtete aber auch, dass dann sofort Manöver entstehen, diese Entwicklung zu unterbinden. Wichtig scheint mir, diese Manöver aber nicht nur als Regression ins autistische Agieren zu verstehen, sondern als eine Reaktion auf eine Progression, die mit Angst einhergehen muss, da für diese Kinder Selbst-Objekt-Beziehungen völlig fremd sind.

An dieser Stelle wird deutlich, dass die Psychoanalyse Autismus primär unter dem Gesichtspunkt von „Beziehungsblindheit" erforscht und nicht so sehr unter dem Fokus der *„mind-blindness"* (so der schöne Buchtitel von Baron-Cohen, 1995), die die *theory of mind* untersucht (Baron-Cohen et al., 2000; Frith, 1991; unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten siehe z. B. Sigman & Capps, 2000; vgl. auch das Experiment „Sally und Anne" von Wimmer & Perner, 1983).

In dieser autistischen Welt müssen also Selbst- und Objektrelationen vermieden werden, das Erleben verharrt damit in einer körperlichen, sensuell-sensorischen Dominanz. Diese Empfindungswelt mutiert nun zu einer Abwehrform, die die Einkapselung weiter absichern soll. Die Betroffenen ziehen die Aufmerksamkeit von den Objekten und der Welt ab, die abgewiesen werden „zugunsten selbsterzeugter Empfindungen, die stets verfügbar und vorhersehbar sind und daher keinen Schock verursachen können" (Tustin, 1988, S. 23). Den Auflösungsgefahren werden in einer verzweifelten Suche Bildungen entgegengesetzt, die die Empfindungen zentrieren (eine Lampe, eine Stimme, ein Geruch o. a.) und dadurch, zumindest augenblicksweise, erfahren werden können, „als hielte es die Teile der Persönlichkeit zusammen" (Bick 1968, S. 237). Bick hatte schon früh beobachtet, dass solche – wie sie es nennt – Zweithautbildungen vor Zerfall und Unintegriertheit schützen.

Neben diesen Zweithautbildungen, die die Funktion von „Hüllen" übernehmen (siehe auch Anzieu, 1992), werden autistische Objekte gebildet, die Tustin als „a. Teile des eigenen Körpers des Kindes, b. Teile der Außenwelt, die vom Kind erlebt werden, als ob sie der eigene Körper wären" (Tustin, 1972, S. 64) fasst. Das autistische Objekt wird als dem Körper zugehörig erlebt, soll die Wahrnehmung des „nicht-ich-selbst", das als existenziell bedrohlich erlebt wird, verhindern. Später unterscheidet Tustin im Weiteren zwischen autistischen Objekten und Formen. Diese amorphen, auto-sensuellen Formen (*shapes*) sind *„soothing and comforting. They are like a self-induced warm bath which is always on tap"* (Tustin, 1984, S. 283). Bald wurde aber deutlich, dass auch andere Substitute solche Funktionen übernehmen können, sodass heute der Begriff des autistischen Objekts/der autistischen Form mehr über die Funktion gefasst wird und z. B. auch Geschichten (Barrows, 2001) oder die Stimme als autistisches Objekt begriffen werden (Rhode, 1997). Die Patienten lullen sich in eine zweidimensionale Empfindungswelt ein, ein Phänomen, das bei Kindern mittlerweile gut verstanden ist, bei erwachsenen, nicht autistischen Patienten jedoch immer noch schwer zu entdecken ist. In einer solchen zweidimensionalen Empfindungswelt werden innere wie äußere Sinneseindrücke zwar noch in Empfindungen gewandelt, unterliegen dann einer kognitiven Bearbeitung, die häufig zu einer beeindruckenden Schärfe und Brillanz von Beobachtungen, Beschreibungen und Intellekt führen, aber sie werden nicht mehr ins Psychische transformiert, stehen damit dem seelischen System nicht zur Verfügung, perpetuieren die Unintegriertheit und fördern die Singularisierung des sensorischen Apparats.[6] In

6 Meltzer spricht von einer Zerlegung des sensorischen Apparats in seine Einzelteile, sodass sich die Sinne in jedem Augenblick an das am stärksten stimulierende Objekt heften (Meltzer 1975a, b, z. B. S. 12; s. auch Alvarez, 2001). Diese Prozesse ziehen eine Verflachung des psychischen Raums ins

der Angst vor Unintegriertheit heftet sich das Subjekt an die Oberfläche eines Objekts, um so Geschlossenheit der eigenen Oberfläche herzustellen. Selbst und Objekt haben – ganz konkret und im übertragenen Sinne – keinen (Innen-)Raum, mit der Folge, dass das Objekt nicht als containendes existiert, wie es auch im Selbst keinen „containenden Ort" geben kann (vgl. Meltzer 1975a, b, 15ff, 228ff; ausführlich siehe Nissen, 2006).[7]

Schauen wir uns einige Beispiele aus der kindlich-autistischen Welt an: Es ist bekannt, dass sich autistische Kinder harte, häufig metallische Gegenstände ganz fest gegen ihren Körper pressen. Sie spielen nicht mit solchen Gegenständen (z. B. Metallautos), sie werden auch nie Übergangsobjekt. Die Kinder nehmen sie aber mit ins Bett. Wir haben es mit einem autistischen Objekt zu tun, das nach Tustin folgende Funktion erfüllt: *„Hardness helps the soft and vulnerable child to feel safe in a world which seems fraught with unspeakable dangers, and about which he feels unutterable terror. These objects help to prevent the realization of bodily separateness, and to promote the delusion that impingements from the outside world are obstructed."* (Tustin, 1980, S. 29) (Ich habe dieses Verhalten auch als Versuch verstanden, sich in einer depersonalen Spannung, die unerträglich ist, punktuell zu spüren.)

Aber solche Mechanismen können wir auch bei uns ausmachen: Viele werden es an sich selbst beobachtet haben, dass sie sich z. B. in Zuständen großer Angst ganz fest an harte Gegenstände klammern – es könnte sich hierbei um eine kleine autistoide Reaktion handeln …

Autistische Kinder entwickeln ganz individuelle Vorlieben für autistische Formen. Einige lieben z. B. Kreise, die sie beruhigen. Der Vollmond kann dann ganz versunken betrachtet werden. Kommt aber eine Wolke davor und „zerstört" die Rundheit, können Panik und Wut entstehen.

Mittlerweile ist die Trennschärfe zwischen Zweithaut und autistischem Objekt nicht mehr strikt gegeben. Als Zweithautphänomene könnten damit auch Symptome gelten, in denen sich autistische Kinder selbst einlullen, durch Echolalie, durch ewig wiederkehrende Handlungen (z. B. stundenlanges Kreisel-Drücken) etc. Aber wenn wir im dunklen Wald vor Furcht laut pfeifen, hat es nicht ferne Anklänge an solches Einlullen?

Das Leben in einer solchen Empfindungswelt ist für uns schwer vorstellbar. Sie ist uns sehr fern. Wir entschlüsseln sie falsch, nämlich zu schnell symbolisch oder metaphorisch. Wir entdecken, glaube ich, den kommunikativen Ruf nicht mehr (der allerdings auch gut getarnt ist). Es ist sicherlich kein Zufall, dass eine der psychotherapeutischen Techniken darin besteht, Zugang zur autistischen Welt zu finden, die Bereitschaft erfordert, uns auf die „Wellenlänge" (Alvarez, 2001, 2006) einzustimmen. Ich möchte zwei kurze Beispiele geben, die mich in meiner therapeutisch-analytischen Haltung sehr geprägt haben:

Das Leben in einer solchen Empfindungswelt ist für uns schwer vorstellbar. Sie ist uns sehr fern. Wir entschlüsseln sie falsch, nämlich zu schnell symbolisch oder metaphorisch.

Bevor ich irgendeine Ahnung von autistischen Dynamiken hatte, war ich als Student mit einem autistischen Jungen konfrontiert. Dieser schraubte Kassettenrekorder auseinander und baute sie blitzschnell wieder zusammen – Stunden um Stunden. Meine Versuche scheiterten aufs Kläglichste, nicht einmal mein „Hallo" wurde erwidert, geschweige denn fanden diverse Vorschläge auf Aktivitäten auch nur den Hauch einer Resonanz. Ich war bald am Aufgeben, ging aber weiter hin. Schließlich fing ich auch an, diese Geräte zu zerlegen. So saßen wir da, jeder in seine Dekonstruktion vertieft. Ich kam dann nicht weiter, wusste nicht, wo nun weiterzuschrauben war. Da sagte dieser kleine, pfiffige Kerl „so" (= so musst Du das machen) und zeigte mir ganz kurz, wo ich den Schraubenzieher ansetzen sollte. Einen winzigen Augen-

Zweidimensionale nach sich, in dem sich dann auch die Objektbeziehungsmodalitäten ändern – denken wir an unser auf Sinnesempfinden reduziertes Sitzen auf einem Stuhl. In adhäsiver Identifizierung (der Begriff Identifizierung ist hier sehr ungünstig) verklebt sich das Subjekt zweidimensional mit dem Objekt, legt sich schattenhaft auf es, bei gleichzeitigem Fehlen eines Raumes, in den projiziert werden könnte.

7 Vieles von dem hier Postulierten wurde schon lange vor dem Begriff „Autismus" von Analytikerinnen dargestellt. Melanie Klein beschreibt in ihrem Aufsatz: „Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ich-Entwicklung" aus dem Jahre 1930 einen vierjährigen Jungen, Dick, der heute mit Sicherheit als autistisch diagnostiziert würde: Dick befand sich „intellektuell und seinem geringen Wortschatze nach auf der Stufe eines etwa fünfzehn bis achtzehn Monate alten Kindes (...) Realitätsanpassung und Gefühlsbeziehung zur Umwelt fehlten fast vollständig. Weitgehend affektlos, war Dick auch gleichgültig gegen die Anwesenheit oder Abwesenheit von Mutter und Nurse. Angst war seit jeher nur selten und in abnorm geringem Ausmaße aufgetreten. Mit Ausnahme eines Interesses ... hatte er kaum irgendwelche Interessen oder Spieltätigkeit und auch keine Verständigung mit der Umwelt entwickelt. Dick reihte meist nur in sinnloser Weise Laute aneinander, wobei er einzelne Klänge fortgesetzt wiederholte, und wendete auch seinen geringen Wortschatz nicht richtig an. (…) Dick bewies ferner, wenn er sich beschädigte, eine weitgehende Unempfindlichkeit gegen Schmerz und empfand auch gar nicht das sonst bei kleinen Kindern so allgemeine Bedürfnis, nach einer solchen Beschädigung getröstet und liebkost zu werden (...). Er hatte die Nurse ohne jede Affektäußerung verlassen und war mir ganz gleichgültig ins Zimmer gefolgt. Dort lief er ziel- und planlos auf und ab, – wiederholt auch rund um mich herum, wobei er keinen Unterschied zwischen mir und den Möbelstücken machte, für die Gegenstände im Zimmer aber auch keinerlei Interesse zeigte" (1930/1995, S. 354ff). Helene Deutsch verfasste 1934 eine bahnbrechende Arbeit mit dem Titel: „Über einen Typus der Pseudoaffektivität (»Als ob«)". Sie beschreibt hierin affektive Störungen, die sich mit autistischen/autistoiden überschneiden: Zwar gelingt diesen Patienten mithilfe einer seelischen Mimikry eine gute Anpassung an die Realitätswelt (S. 325), aber es mangelt ihnen an „affektiver Objektbesetzung" (S. 325), es fällt auf, dass „allen diesen Beziehungen jede Spur der Wärme fehlt, dass allen diesen Gefühlsäußerungen nur die Form geblieben ist – wie etwa bei einem technisch gut ausgebildeten, aber nicht lebenswahren Schauspieler –, dass aber das innere Erleben vollkommen ausgeschaltet ist" (S. 324).

blick schaute er mich an und lächelte – ein Lächeln, wie ein seelisches Geborenwerden, es berührt mich bis heute. De facto bin ich Allen und Mendelsons (2000) behandlungstechnischem Rat gefolgt, in die Welt des Jungen gegangen, habe die tranceartige Abgeschiedenheit gefühlt, die Zweithautfunktion erfüllte. Wir können hier sehen, dass es objektale Resthoffnungen im Autismus gibt, die auch aktiv Kontakt wagen. Doch sollten wir Euphorie vermeiden und bescheiden bleiben: Das autistische Schneckenhaus endgültig zu zerbrechen, dürfte kaum je gelingen. Aber solche Berührungen schaffen auf Seiten von Eltern und Kind Erleichterung.

Einen winzigen Augenblick schaute er mich an und lächelte – ein Lächeln, wie ein seelisches Geborenwerden, es berührt mich bis heute.

Ein anderes Beispiel: Ein autistischer Junge lehrte mich, dass er Geräusche wie Sirenen u. ä. als Kreissäge erlebte, die ihm den Kopf durchsägen wollten. Er rannte dann, sich die Ohren zuhaltend, in Panik blindlings weg. Erst als er Vertrauen zu mir gefasst hatte, seinen Kopf bei solchen Geräuschen an meinen Bauch presste, ich ihm mit meiner Hand den Kopf drückte und das andere Ohr zuhielt, konnte ich seine Panik und sein Entsetzen durch eine Art körperliche Induktion wirklich begreifen: Es war kein „als ob" (die Säge kommt) oder ein „wie wenn", sondern für ihn war es reales Erleben. Ich benutze hier mit Absicht den Begriff der Induktion, da ich nicht denke, dass es sich um eine psychische projektive Identifizierung gehandelt hat. Aber dieser Junge konnte mein Verstehen erkennen, ein wichtiger Wendepunkt, da er nun die Hoffnung hatte, zumindest bei Sirenen ein Objekt zu haben, das nicht kopfschüttelnd, ungeduldig, hilflos oder beschämend reagierte.

Ich bin davon überzeugt, dass eine verstehende Umwelt solche Ängste und Zustände stark modifizieren kann. Kommen wir zu unserem Bild der Blindheit zurück: Autistische Menschen sind wie Blinde, die nicht wissen, dass andere sehen können, aber irgendwie merken, dass sich die Umwelt doch anders verhält. Andere Menschen gehen selbstverständlich davon aus, dass die Betroffenen auch sehen können. Sie reagieren dann in der Art: „Mach doch die Augen auf" oder „Guck doch genau hin" oder „Das musst du doch gesehen haben?!" Damit werden die existenziellen Ängste potenziert, entsteht

Klinisches Beispiel für eine autistoide Dynamik

Eine Patientin meldet sich telefonisch unauffällig an. Es erscheint eine junge studentisch gekleidete Frau. Sie nimmt kaum Kontakt auf, ist unsicher, versucht dies hinter einer fast Peinlichkeit erzeugenden Freundlichkeit zu verbergen. Sie wirkt desorientiert, nimmt aber augenblicklich den ganzen Vorraum in Beschlag. Ich finde mich ad hoc in einem tobenden Chaos wieder – überall liegen ihre Utensilien: Mütze, Schal, Handschuhe, Jacke, Tasche, aus der eine Zigarettenpackung und Münzen fallen, Kaffeebecher etc. verteilen sich im Raum. Sie scheint an keinem Punkt zu verweilen, sie redet ohne Unterlass, ohne dass ich ihre Worte vernehme. Meine Atmung wird gepresst flach, fast sage ich Unsinniges wie: „Ist ja auch ganz schön kalt draußen", dabei weiß ich gar nicht mehr, welche Jahreszeit wir haben und ob es überhaupt kalt ist. Plötzlich tritt die Patientin vor den Spiegel – und es ist Ruhe, wie im Auge des Orkans. Als sie vom Spiegel wegtritt, dränge ich sie fast ins Behandlungszimmer, schließe hastig die Tür, als versuchte ich das tobende Chaos zu verbannen. „Drinnen" bleibt es an der Oberfläche ruhig. Ihre Augen huschen flüchtig über mein Gesicht. Dann breitet sie ermattet ihre fragmentierte Seelenwelt aus: Sie trage noch den Namen des Vaters, den sie aber nicht kenne, da er vor ihrer Geburt die Mutter verließ. Ihr Studium gefalle ihr nicht, sie schließe es aber ab. Sie sei Hypochonderin, habe Angst, Brustkrebs zu haben. Sie untersuche stundenlang ihre Brust, besuche mehrere Ärzte täglich, die Angst bleibe. Ich beginne wieder wahrzunehmen, erfasse das Fragmentierte, erahne ihr bedrohtes Selbst, fühle, dass sie keinen Ort in einer Beziehung hat. Sie sei nach der Geburt für mehrere Monate zu den Großeltern gekommen, ihre Mutter hätte sich „den Hippies angeschlossen". „Kommune, freie Liebe, immer andere Männer, ich war häufig dabei – Verzeihung, ich habe meine Tempos draußen vergessen!" Sie springt auf, ich möchte, von Angst ergriffen, noch rufen: „Aber Sie brauchen nicht ..., ich habe doch ..." Sie ist schon im Vorraum. Es bleibt ruhig, einen Moment zu lange still. Ich bin mir sicher, dass sie sich im Spiegel betrachtet. Sie kommt wieder herein und ich frage ganz direkt: „Haben Sie sich wieder im Spiegel angeschaut?" Für den Bruchteil einer Sekunde blickt sie mich an. Sie bestätigt. Ich sage: „Sie befürchten, in diesem ganzen Chaos unterzugehen, sich in der Angst aufzulösen. Im Spiegel vergewissern Sie sich dann Ihrer selbst." Mich kurz anschauend nickt sie. Sie atmet schwer und schweigt. Ich nehme sie in Behandlung.

Ich kann dieses Beispiel nicht durchdeklinieren (siehe z. B. Nissen, 2014), möchte nur auf die autistoiden Momente des „Sich-Spiegelns" verweisen. Die Patientin inszeniert im Vorraum konkretistisch ihre Fragmentierung: Ein auflösendes Chaos, das mich erfasst und mich in eine Unwirklichkeit zu ziehen droht. Als sie vor den Spiegel tritt, ist Ruhe. Ähnliches passiert im Behandlungszimmer, in dem die Assoziationen ähnlich fragmentiert dargeboten werden, wie die Utensilien sich verteilten. Als sie sich traumatisch-auflösenden Situationen annähert, muss sie sich erneut „spiegeln".

Erst nach Monaten in Analyse erfahre ich, dass das „in den Spiegel Schauen" für die Patientin zwei Funktionen hat: zum einen alles anzuhalten, zu sehen, dass sie körperlich noch da ist, nicht deformiert ist. Sie wohnte der Sexualität, in die sie zum Teil involviert wurde, in ängstlicher, masturbatorischer Erregung bei. In Folge erlebte sie ihren Körper ganz konkretistisch deformiert und verzerrt. Zum anderen fixierte sie sich, wenn sie bei den sexuellen Aktivitäten der Mutter nicht in ängstliche Erregung glitt, in einem bodentiefen Spiegel, der neben ihrer Matratze stand. Den Auflösungsgefahren der traumatischen Involvierung wurde eine tranceartige Fixierung entgegengesetzt, die als Zweithaut die Empfindungen zentrierte und Teile der Persönlichkeit zusammenhielt.

zusätzlich belastende Verwirrung und Einsamkeit. Aus diesem Grund wird z. B. in skandinavischen Ländern, die autistische Menschen stärker ins Arbeitsleben integrieren, das kollegiale Umfeld beraten, mit gutem Erfolg. (In jüngster Zeit gibt es solche Bemühungen auch in Deutschland, z. B. bei SAP.)

Autistische Menschen sind wie Blinde, die nicht wissen, dass andere sehen können, aber irgendwie merken, dass sich die Umwelt doch anders verhält.

Zu autistoiden Phänomenen

Vor circa 40 Jahren tauchten erstmals Ideen auf, ob nicht Erkenntnisse, die in der Theorie und Behandlung autistischer Kinder gewonnen wurden, auch bei nicht autistischen Patienten eine Rolle spielen könnten. Tustin spekulierte schon 1980, ob nicht z. B. fetischistische Objekte eher als autistische Objekte begriffen werden sollten denn als Übergangsobjekte. Auch fragte sie, ob nicht der zwanghafte Gebrauch autistischer Objekte beim Verständnis für die Entstehung von Zwang helfen könnte.

Im gleichen Jahr schrieb S. Klein eine Arbeit, in der er autistische Phänomene in neurotischen Patienten untersuchte. Er beobachtete bei Patienten, die er „anfangs nur für mild neurotisch gehalten hatte", autistische Phänomene. Es gab „einen Anteil ihrer Persönlichkeit (…), zu dem ich keine Verbindung fand." Er hatte „den Eindruck, dass sich auf grundlegender Ebene nichts wirklich veränderte". Er begriff dieses Phänomen „als eine *fast undurchdringliche, zystische Verkapselung eines Anteils der Persönlichkeit (…), die den Kontakt des Patienten sowohl zu seiner restlichen Persönlichkeit als auch zum Analytiker unmöglich macht*. Diese Verkapselung zeigt sich in einer dünnen oder flachen Qualität der Emotionen, begleitet von einem recht entschlossenen, ja verzweifelten Festklammern an den Analytiker, der die alleinige Quelle des Lebens zu sein scheint (...). Ein weiteres Kennzeichen dieser Patientengruppe ist es, sich zwanghaft starr auf irgendein Thema zu fixieren. Dieses Thema wird aber nie richtig durchgearbeitet, weil der Patient nicht fähig ist, Interpretationen in sich aufzunehmen und mit deren Hilfe das Problem anzugehen und zu lösen. Hier besteht eine frappante Ähnlichkeit zu dem Verhalten autistischer Kinder, die mit einem Ball oder Spielzeug nur in zwanghaften Wiederholungen ‚spielen' können und die sich schreiend jedem Versuch widersetzen, in das Spiel einzugreifen oder es verändern zu wollen" (Klein, 1980/2006, S. 123ff; Kursivierungen durch den Autor dieses Artikels).

Diese Beobachtung wurde von vielen aufgegriffen und weitergehend erforscht.[8] Es lassen sich – etwas willkürlich – drei Linien unterscheiden:

1. Die Neuformulierung einer lebensgeschichtlich frühen „autistisch-berührenden" Phase. Ogden (1989, dt. 2006; in Deutschland Klüwer, 1997, 2006) z. B. entwickelte eine Konzeption der autistisch-berührenden Position (*autistic-contiguous position*), in der er den kleinianischen Positionsbegriff aufnimmt und diese Position entwicklungs- wie strukturbezogen zu integrieren versucht.
2. Die Untersuchung diverser Symptome als komplexe autistoide Manöver. Es erwies sich manchmal als hilfreich, Symptomkomplexe, die sich als schwer behandelbar herausstellten, als verborgene autistoide Dynamiken zu begreifen, z. B. psychosomatische Symptome, Sucht, Zwangsstörungen, Hypochondrie, Perversion, Narzissmus. Behandlungstechnisch wurde deutlich, dass es in

8 David Rosenfeld stellt schon 1984 anspruchsvolle Überlegungen zu einer „autistoiden" Hypochondrie an und untersucht u. a. Drogenabhängigkeit unter diesem Fokus (2006). Innes-Smith (1987) beschreibt Patienten mit „pockets of autistic functioning". Gomberoff, Noemi und Gomberoff (1990) besprechen autistische Objekte in der Übertragung und Gegenübertragung, fokussieren u. a. den Zusammenhang von Sprache und Kommunikation. Mitrani bespricht mehrere Fallbeispiele, u. a. Fibromyalgie als chronische Verwendung auto-sensueller Schutzfaktoren (2006), und stellt unterschiedliche flüchtige Symptome dar, die als autistoide zu bemerken sind (2009). Cohen und Jay (1996) diskutieren Fallbeispiele mit eingekapselten und „verwickelten" (entangled) Borderlinepatienten. Klüwer (1997, 2006) zeigt u. a. die Verbindung zu dem Als-Ob-Syndrom. Ferner sind zahlreiche andere Beiträge zu spezifischen Pathologien zu nennen wie Barrows (1999) zur Essstörung oder Asseyer (2002) zur Zwangsneurose oder Nissen zur Hypochondrie (2005) und Perversion (2009). 2014 versuchte ich zu zeigen, dass die Identifizierung von autistoiden Merkmalen schon in der Voruntersuchung diagnostisch und indikatorisch wichtig sein kann. In weiteren Veröffentlichungen der letzten zehn Jahre beschreibt De Cesarei (2005) einen autistischen Kern in Bipolarität zu einem entwickelten Narzissmus und Fix Korbivcher schlägt die Annahme einer autistischen Transformation vor (2005; 2014). Strauss (2006) stellt die Analyse eines erwachsenen Mannes vor, der diagnostisch Asperger-Symptome aufwies, und diskutiert 2014 behandlungstechnische Überlegungen („forcierte Deutungen"). Beland (2012) beschreibt autistoide Denkstörungen bei einer schweren Über-Ich-Pathologie. Schneider (2006) beschreibt eine Borderlinestörung mit schweren psychotischen Phasen, bei der ein weiter Kernbereich des psychischen und äußeren Seins durch autistiode Phänomene gekennzeichnet ist.

9 Mit dieser kurzen Ableitung werden diverse Beobachtungen verständlicher, die fast alle Behandler gemacht haben: Bei autistoiden Patienten wird z. B. das Fehlen eines unbewussten Flusses und des emotionalen Austausches festgestellt. Häufig entstehen unbemerkt „statische Situationen" (Fix Korbivcher, 2005) und solche des Nichtverstehens, die nicht selten durch ein Mitagieren des Analytikers kaschiert werden. Die Leerstellen an Bedeutungen werden beiseite gewischt und Sinn und Bedeutung ergänzt, wo sie gar nicht existieren. Krejci beschrieb diese Phänomene bei Patienten mit gestörten Ich-Funktionen (2012), eine Beschreibung, die sehr hilfreich bei autistoiden Dynamiken ist. Immer wird das Versagen von projektiver Identifizierung hervorgehoben, auch von Stillstand, Seichtheit (*shallowness,* Meltzer, 1975b, S. 235), emotionaler Leere und Verflachung usw. ist die Rede. Oberflächlich betrachtet scheinen viele Reaktionen neurotisch zu sein, z. B. Nichtreagieren auf Trennungen oder geübte soziale Konversation. In der Gegenübertragung zeigt sich das Fehlen von normaler Resonanz, stellen sich Gefühle von „Nicht-Sein" (De Cesarei, 2005) ein. Die Unfähigkeit, Mitteilungen als emotionale Erfahrungen zu mentalisieren (Strauss, 2006) wird ebenso wie das Ausbleiben von Verwicklungen (vgl. Klüwer, 2006) konstatiert. Es gibt aber auch komplexe Verwicklungen und partielle Fusionen von Patient und Analytiker, die so, häufig unmerklich für den Analytiker, ein gemeinsames „autistisches Objekt" etablieren. Gomberoff, Noemi und Gomberoff führen aus: *„The patient may establish the autistic object by taking aspects of the setting or from the analyst, the latter not being aware of what is going on. In other cases, the patient acts, urging the analyst to answer, which becomes a repeating situation."* (1990, S. 253)

Sackgassen führen kann, wenn solche autistoiden Symptome ausschließlich objektal und symbolisch verstanden werden.

3. Autistoide Organisationen als eine Form der pathologischen Organisation. Solche Organisationen, die schon 1917 von Freud und Abraham bei der Melancholie entdeckt wurden, zeichnen sich durch extreme Widerständigkeit und Veränderungsresistenz aus, die sehr unterschiedlich erklärt werden kann (Rosenfeld beschreibt z. B. destruktiv-narzisstische Organisationen, Steiner Rückzüge in ein seelisches Niemandsland zwischen der paranoid-schizoiden und depressiven Position). In der autistoiden Form strukturiert sich die Persönlichkeit derart um, dass objektale Hoffnungen unterdrückt bleiben, verbirgt diesen Rückzug aber mithilfe kaschierender Anpassung und sozialem Funktionieren.

Mit unseren theoretischen und metatheoretischen Ableitungen können wir diese verwirrende Vielgestaltigkeit etwas besser verstehen. Wir hatten angenommen, dass sich autistoide Störungen bevorzugt in frühen Entwicklungsphasen ausbilden. Die Kinder/Säuglinge verfügen noch nicht über einen entwickelten seelischen Apparat, vermögen noch nicht aus sich selbst heraus Transformationen ins Seelische zu bewerkstelligen. Sie haben noch keine ausreichende Frustrationstoleranz entwickelt, Zeit wird wohl eher rhythmisch denn chronologisch erlebt. Störungen, welcher Art auch immer, können damit schneller traumatische Qualität erlangen. Kommt es z. B. in einer solchen Phasen „absoluter Abhängigkeit" (Winnicott, 1974), in der noch kein gesichertes Selbst existiert, zu traumatischen Erlebnissen, die das „going on being" bedrohen, ereignet sich ein Zusammenbruch, der seelisch nicht verarbeitet werden kann. Wird nun, aus welchen Gründen auch immer, die Hoffnung auf ein containendes Objekt fahrengelassen, verbleiben diese Erfahrungen in undenkbarer traumatischer Präsenz und müssen gekapselt werden. Aber diese Kinder müssen sich weiter mit den Primärobjekten arrangieren und (sozial) funktionieren. Es entsteht ein (unter Umständen massiver) Anpassungsdruck jenseits des Seelischen. Je nach Dauer und Schwere der traumatischen Ausbildungen, die eingekapselt werden, können also sehr unterschiedliche Schweregrade der autistoiden Phänomene und Störungen entstehen.[9]

Schluss

Phänomene als autistische oder autistoide Mechanismen zu erkennen, kann sehr hilfreich in psychotherapeutischen Prozessen sein. Nicht nur, weil wir wieder etwas besser verstehen, sondern weil wir den Patienten ad hoc anders in den Blick bekommen. Wir sehen die Not anders, ahnen die Verzweiflung, das hilflose Festhalten an solchen autistoiden/autistischen Objekten, wissen um die Angst und Einsamkeit.

Das Aufbrechen einer Kapsel ist ein langwieriger Prozess. Gelingt es, geht die psychotherapeutische Arbeit erst los. Doch das ist, wie Fontane sagt, ein weites Feld ...

Literatur

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

Dr. Bernd Nissen

Limastr. 9a
14163 Berlin
bernd.nissen@gmx.de

Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker/Lehr- und Kontrollanalytiker (DPV/IPV) in eigener Praxis. Arbeiten zur Entstehung des Seelischen, zu pathologischen Organisationen, autistoiden Störungen, Hypochondrie und zu wissenschaftstheoretischen Fragen der Psychoanalyse; Mitherausgeber des „Jahrbuch der Psychoanalyse".

Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus in der psychotherapeutischen Praxis

Herausforderungen und Chancen

Brit Wilczek

Zusammenfassung: Der Artikel stellt zunächst ein wachsendes öffentliches Interesse am Thema des hochfunktionalen Autismus fest, das sich auch in einer Zunahme an Anfragen hinsichtlich Autismus spezifischer Diagnostik und Psychotherapie widerspiegelt. Er konstatiert eine Relevanz fundierter Informationen zum Autismus in der allgemeinen psychotherapeutischen Praxis, ausdrücklich auch im Erwachsenenbereich. Es werden sodann einige Basisinformationen zur autistischen Grundproblematik und zum autistischen Erleben vermittelt und Implikationen sowie konkrete Themen für die Psychotherapie daraus abgeleitet. Schließlich werden einige bewährte Ansätze und Methoden in der psychotherapeutischen Behandlung sekundärer psychischer Störungen bei Erwachsenen mit hochfunktionalem Autismus aufgeführt.

Während der vergangenen Jahre, in denen ich in meiner Praxis ausschließlich Psychotherapie für Erwachsene mit Autismus anbiete, ist die Frequenz an Anfragen nach Autismus spezifischer Diagnostik und hinsichtlich entsprechender Psychotherapie sekundärer psychischer Störungen deutlich gestiegen. Zugleich erlebe ich in meiner bundesweiten Fortbildungstätigkeit ein wachsendes Interesse an der Thematik seitens der Kolleginnen und Kollegen[1] in Kliniken sowie auch in ambulanter Praxis. Die Motivation dieses Artikels ist es, zu sensibilisieren für die Relevanz, ja die Brisanz dieses Themas für den gesamten klinischen Bereich und insbesondere für die ambulante Praxis. Auch soll er einige wichtige Basisinformationen anbieten zum Verständnis autistischen Erlebens sowie zu Kernthemen einer störungsangepassten Psychotherapie und bewährten psychotherapeutischen Angeboten. Schließlich möchte er zur näheren und fachlich fundierten Beschäftigung mit Autismus-Spektrum-Störungen ermutigen. Nach 25 Jahren Arbeit mit autistischer Klientel aller Ausprägungen und Altersstufen möchte ich selbst die außerordentlich bereichernden und inspirierenden Begegnungen und Prozesse mit meinen Klienten nicht mehr missen. Und ich bin davon überzeugt, dass eine fundierte Information und Weiterbildung in diesem Bereich nicht nur für die Verbesserung der Versorgungslage der Betroffenen sinnvoll und notwendig ist, sondern auch frustrierenden Erfahrungen auf beiden Seiten – Psychotherapeuten und Klienten – in der psychotherapeutischen Allgemeinpraxis und auch im Klinikalltag vorbeugen kann.

Autismus – eine Modewelle?

In den letzten Jahren wächst ganz offenbar das öffentliche und mediale Interesse am Phänomen des Autismus, insbesondere an den hochfunktionalen Formen. Es häufen sich Fernsehdokumentationen, aber auch Spielfilme zum Thema und Serien, die mit eingängigen (Klischee-)Bildern des vielleicht schrulligen oder soziopathischen, aber irgendwie genialen Asperger-Autisten spielen. Darüber hinaus erscheinen populärwissenschaftliche Artikel, Internetbeiträge unterschiedlichster Quellen und Qualität, aber auch wertvolle Fach- und Betroffenenliteratur, die das Phänomen des hochfunktionalen Autismus ins Bewusstsein der Öffentlichkeit rücken.

Kann man das „Asperger-Syndrom" daher also mittlerweile als so etwas wie eine Modewelle bezeichnen? Ist es eine Diagnose, die „jeder haben will", weil sie als „chic" gilt – so wie es manche Mahner zu beobachten glauben? Bei eingehender Beschäftigung mit dem Phänomen Autismus und in der täglichen Arbeit mit Betroffenen zeigt sich mir ein anderes Bild. Die meisten meiner Klienten (derzeit zwischen 18 und 62 Jahren) haben bereits eine lange Odyssee hinter sich, ehe sie – durch eigene neue Erkenntnisse angeregt oder auf Hinweis von außen – den Schritt unternehmen, sich gezielt auf Autismus hin untersuchen zu lassen. In der Regel haben sie bereits ihr Leben lang mit psychischen und sozialen Problemen zu kämpfen, haben nach Kräften versucht, sich zu integrieren und die Herausforderungen zu meistern. Etliche waren schon mehrfach in klinischer Behandlung, haben die unterschiedlichsten Diagnosen erhalten und sind darauf behandelt worden – jedoch ohne, dass sich die grundlegenden Probleme dadurch gebessert hätten. Eigene Bewältigungsstrategien führten nicht zum Ziel. Während der Autismus spezifischen Diagnostik – das heißt in der gemeinsamen Betrachtung der jeweiligen Geschichte und des individuellen Erlebens vor dem Hintergrund relevanter Kriterien – zeigen sich

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

spezifische Besonderheiten und Herausforderungen, die nun bereits besser zugeordnet werden können. Im Verlauf einer diesen Besonderheiten angepassten Psychotherapie werden darüber hinaus auch die Chancen erkennbar, die sich aus einem solchen neuen Selbstverständnis und einem eingehenderen Verständnis des Autismus für die Betroffenen selbst, jedoch auch für die Fachwelt und letztlich für die Gesellschaft ergeben. Für viele beginnt mit der Diagnose allerdings auch ein Trauerprozess: Die Hoffnung, irgendwann einmal ein „ganz normales" Leben zu führen, in dem soziale Kontakte leicht gelingen und spezifische Belastungen sich einfach auflösen, muss zunächst einmal losgelassen werden. Zugleich betrauern viele Neudiagnostizierte auch die Chancen auf Verständnis und gezielte Unterstützung, die ihnen mangels einer frühzeitigen, passenden Diagnose in ihrem bisherigen Leben entgangen sind. So wird eine späte Diagnose oft zugleich als Segen und als Fluch wahrgenommen und sehr häufig wird sowohl seitens der Betroffenen als auch der Angehörigen der Wunsch geäußert: „Hätte man das nur schon früher gewusst."

Dies soll jedoch nicht dazu verleiten, möglichst schnell und bei den ersten Hinweisen auf Autismus eine entsprechende Diagnose zu vergeben, ohne dass dieser eine umfassende, fundierte und störungsspezifische Abklärung vorausgeht. Nicht jede Auffälligkeit, die nach außen „autistisch" wirkt, hat auch ihre Wurzeln in einer entsprechenden tiefgreifenden Entwicklungsstörung! Es gibt eine Vielzahl von Störungsbildern, die Teilaspekte des Autismus beinhalten, jedoch einer anderen Ätiologie entspringen und entsprechend anders behandelt werden müssen und *können*. Es ist zu bedenken, dass Autismus als „nicht heilbar" bzw. „nicht durch Psychotherapie beeinflussbar" gilt, sodass bei einer falsch-positiven Diagnose möglicherweise Interventionsmöglichkeiten außer Acht gelassen werden, die die Symptomatik wirksam reduzieren oder gar gezielt beheben könnten.

Umso wichtiger erscheint mir eine fundierte Wissensvermittlung zum Spektrum an Erscheinungsbildern des Autismus und der ihnen zugrundeliegenden Kernproblematik für alle Fachkräfte, die in Klinik oder Praxis diagnostisch und psychotherapeutisch tätig sind. Lassen Sie mich hierzu zunächst ein wenig Begriffsklärung vorausschicken, ehe ich versuche, einige Grundzüge autistischer Besonderheiten in Entwicklung und Erleben der Betroffenen aus meiner klinischen Erfahrung heraus zu beschreiben.

Der Autismusbegriff und das Autismusbild im Umbruch

Seit das Asperger-Syndrom als neue Kategorie Mitte der 1990er-Jahre in die diagnostischen Handbücher aufgenommen wurde, ist in Expertenkreisen viel geforscht und diskutiert worden. Man versuchte herauszufinden, was denn nun genau die Kategorie des Frühkindlichen Autismus nach Kanner von dieser neu definierten Kategorie des „Asperger-Autismus" unterscheidet bzw. was beide miteinander verbindet, um den gemeinsamen Autismus-Begriff zu rechtfertigen und die damit beschriebene Grundproblematik genauer zu erfassen. Nach zwanzig Jahren Forschung und Auseinandersetzung mit den entsprechenden Phänomenen kam man schließlich zu dem Schluss, dass eine kategoriale Unterscheidung nicht immer möglich und auch nicht zweckdienlich ist. Für den betroffenen Klienten – und auch für die psychotherapeutische Behandlung – ist letztlich nicht entscheidend, ob er in die eine oder andere Autismus-Kategorie gehört. Wichtig ist allerdings, ob eine tiefgreifende Entwicklungsstörung im Sinne eines Autismus diagnostiziert wird oder nicht; denn davon hängt ganz entscheidend ab, ob überhaupt gezielte und störungsangemessene Hilfen eingeleitet werden – bzw. ob bereits bestehende Hilfsangebote und auch die Psychotherapie den besonderen Gegebenheiten der autistischen Grundstruktur angepasst werden können.

Es gibt eine Vielzahl von Störungsbildern, die Teilaspekte des Autismus beinhalten, jedoch einer anderen Ätiologie entspringen und entsprechend anders behandelt werden müssen und können.

So kommt es, dass sich schließlich der Begriff der „Autismus-Spektrum-Störung" durchgesetzt hat, der nun auch schon im DSM-5 die ursprünglichen Kategorien „Frühkindlicher Autismus" (Kanner-Syndrom), „Asperger-Syndrom" und „Atypischer Autismus" umfasst und ersetzt. Autismus-Diagnostik dient damit fortan der Feststellung, ob eine Person sich auf dem Autismus-Spektrum befindet und stellt ansonsten so genau wie möglich die jeweiligen individuellen Besonderheiten (und damit im Idealfall auch die Hilfsbedarfe) fest.

Betroffene mit hochfunktionalem Autismus und sekundären psychischen Störungen in der psychotherapeutischen Praxis

Nicht nur die steigende Nachfrage nach gezielter Autismus spezifischer Psychodiagnostik – die einen entsprechenden Verdacht mit hoher Treffsicherheit zu bestätigen oder auszuschließen vermag – und nach störungsangepasster psychotherapeutischer Behandlung spricht dafür, dass diese Thematik nicht allein Spezialisten vorbehalten bleiben darf, sondern zumindest ein Grundwissen diesbezüglich zum Standard eines jeden Psychotherapeuten gehören sollte. Bei aller

Diskussion um das Zustandekommen wachsender Prävalenzzahlen kommen wir um die Erkenntnis nicht herum, dass wesentlich mehr Menschen eine autistische Grundproblematik aufweisen, als früher angenommen; diese wird nun eher erkannt bzw. Betroffene erkennen sich in entsprechenden Beschreibungen wieder und können selbst zur diagnostischen Abklärung beitragen. Zugleich wurde in entsprechenden Studien eine hohe Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, vor dem Hintergrund einer autistischen Grundproblematik sekundäre psychische Störungen zu entwickeln.

Angesichts dieser Aspekte wird nachvollziehbar, dass sich sicherlich bereits wesentlich mehr Menschen mit hochfunktionalem Autismus in Psychotherapie befinden, als bisher vielleicht angenommen. Und dies meist ohne dass sie selbst oder der behandelnde Facharzt oder Psychotherapeut um die autistische Grundproblematik wissen. Hieraus ergeben sich nicht unerhebliche Probleme – für alle Beteiligten, aber auch für das Versorgungssystem insgesamt. Dies mag am folgenden, recht typischen Verlauf deutlich werden, der sowohl von Klienten als auch von Kollegen immer wieder berichtet wird:

Fallbeispiel

Ein Klient sucht aufgrund psychischer Probleme einen Facharzt für Psychiatrie oder einen Psychologischen Psychotherapeuten auf und ersucht diesen um die Feststellung einer Diagnose und um Hilfe bei der Bewältigung häufig bereits (lebens-)lang bestehender, dem Klienten selbst unerklärlicher und aus eigener Kraft nicht (mehr) kompensierbarer Probleme. Der Arzt oder Psychotherapeut diagnostiziert aufgrund der ihm geläufigen Parameter, der Berichte des Klienten und der Beobachtungen in den ersten Sitzungen die für ihn erkennbaren psychischen Störungen (z. B. Soziale Phobie, Depression, Zwangsstörung, Anpassungsstörungen, Essstörungen etc.) und beginnt gegebenenfalls eine Behandlung. Sowohl bei der Diagnose als auch im psychotherapeutischen Vorgehen wird er von Grundbedingungen und Parametern ausgehen, die eine „normale" (d. h. „neurotypische" [2]) Entwicklung und daher auch einen weitgehenden Konsens in der Wahrnehmung und im Erleben der Umwelt voraussetzen. Der Klient jedoch scheint mit vielen dieser zugrunde gelegten Gegebenheiten und den darauf basierenden Angeboten nichts anfangen zu können, selbst wenn er sich offenbar und ehrlich bemüht – oder wie gewohnt versucht, sich sein „Anders-Sein" nicht anmerken zu lassen. Die Psychotherapie wird irgendwann abgebrochen – oder auch in der Hoffnung weitergeführt, dass „es schon irgendwann besser wird" und die angebotenen Methoden greifen werden. Aber das Erleben, „nicht ganz verstanden zu werden", wächst auf beiden Seiten und hinterlässt sowohl beim Klienten als auch beim behandelnden Psychotherapeuten ein Gefühl der Unsicherheit bzw. der Frustration. Im besten Falle verlässt der Klient die Therapie, nach Abschluss oder frühzeitig, mit dem Gefühl, vielleicht zumindest etwas für sich getan zu haben – aber dennoch mit den „eigentlichen" Problemen keinen Schritt weiter und nach wie vor alleine zu sein.

Werden eine autistische Grundproblematik und die daraus sich ergebenden Unterschiedlichkeiten nicht erkannt, geht also der Psychotherapeut – und mit ihm womöglich auch der Klient – wie oben beschrieben davon aus, dass die üblichen Parameter und Methoden bei ihm genauso zutreffen und greifen müssten wie bei jedem anderen, neurotypischen Menschen, wird sich meist die Symptomatik nicht bessern. In vielen Fällen verschlimmern sich die sekundären Störungen sogar, da sich das zentrale Erleben des „Anders-Seins" und der Unfähigkeit, sich anderen verständlich machen zu können, wiederum bestätigt – ja sie verstärken sich sogar durch den Eindruck, selbst in der Psychotherapiesituation „irgendwie anders" und „falsch", „eben nicht gut genug" zu sein bzw. nicht verstanden zu werden.

Frustration und/oder Ratlosigkeit seitens des Psychotherapeuten angesichts der Erfolglosigkeit seiner Bemühungen führen darüber hinaus oft noch zur Unterstellung mangelnder Compliance oder der Feststellung einer Therapieresistenz – mit weiteren fatalen Folgen für das Selbstbild und das psychische Befinden des Klienten, jedoch auch für seine weiteren Behandlungschancen und letztlich auch für seinen Lebensweg.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass sich Depressionen und soziale Ängste verstärken und dass sich stressbedingte psychosomatische Symptome in solch einer Situation verschlimmern können. Beim Psychotherapeuten hingegen bleibt vielleicht das ungute Gefühl der Vergeblichkeit zurück.

Innensicht versus Außensicht: Diagnostik und Psychotherapie unter Einbeziehung des individuellen Erlebens

Voraussetzung für eine tatsächlich klärende und bereits in gewissem Sinne heilsam wirkende Diagnostik sowie auch für die Psychotherapie ist daher ein eingehendes Verständnis der autistischen Grundproblematik, der Besonderheiten in der Entwicklung und der daraus resultierenden spezifischen Bewältigungsstrategien. Dies ist übrigens insofern umso bedeutsamer, als die diagnostischen Kriterien, wie sie in den Manualen verzeichnet sind, bislang *rein von außen beschreibend* formuliert sind, also auf tatsächlich *von außen wahrnehmbare* Besonderheiten bzw. Auffälligkeiten fokussieren. Diese wirken jedoch ohne Ergänzung durch die individuelle Innensicht leider oft irreführend. Auch erscheinen sie für sich genommen nicht spezifisch für Störungen des Autismus-Spektrums. Tatsächlich stellt sich das Erleben der Betroffenen, das heißt ihre Innensicht, meist ganz anders dar und sie selbst investieren sehr viel Energie gerade in die Kompensation bzw. eine möglichst „normale" Erscheinung und eine bestmögliche Anpassung und Integration.

Aus diesem Grund hat sich im Falle eines Verdachtes auf eine autistische Grundproblematik ein Vorgehen bewährt, das zunächst Grundproblematik und Entwicklung des Autismus

2 Der Begriff „neurotypisch" oder „NT" hat sich in der Autismus-Szene sowohl unter Betroffenen als auch unter Fachleuten durchgesetzt und meint zusammenfassend alle Menschen, die neurologisch gesehen keine autistische Grundstruktur haben.

anschaulich erklärt. Auf diesem gemeinsamen Verständnishintergrund kann dann gezielt unter störungsrelevanten Aspekten *das Erleben des Klienten* exploriert und dieses in der Auswertung mindestens ebenso berücksichtigt werden wie das äußerlich beobachtbare Erscheinungsbild. Soweit wie möglich sollten dabei auch Informationen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld und am besten aus der Ursprungsfamilie mit berücksichtigt werden, da diese das Bild gerade hinsichtlich der frühen Entwicklung wesentlich ergänzen. Und dies ist gerade für die Autismus-Diagnostik insofern von hoher Relevanz, als es sich ja um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung handelt, das heißt störungstypische Anzeichen zumindest im Nachhinein während der ersten drei Lebensjahre erkennbar sein müssen. Da entsprechende spezifische Auffälligkeiten insbesondere im Ausdrucks- und Interaktionsverhalten der bewussten Erinnerung der Betroffenen selbst in aller Regel nicht zugänglich sind, sind hier Beobachtungen von Eltern, älteren Geschwistern oder anderen Angehörigen zur Vervollständigung des Bildes hilfreich. Es kann jedoch auch auf Arztberichte aus der Kindheit oder auf Schulzeugnisse zurückgegriffen werden.

Jedoch auch Informationen und Beobachtungen aus der Fremdanamnese sollten unbedingt mit den Erinnerungen und dem Erleben des Klienten abgeglichen werden, um Außensicht und Innensicht abzugleichen und zu einem Bild zu ergänzen. Für eine solche Einbeziehung des Klienten und seiner „Innensicht" bedarf es zugegebenermaßen eines gewissen Zutrauens in die Introspektionsfähigkeit und in die Aussagen des Klienten. Hält man sich jedoch vor Augen, dass ein vornehmlich am Augenscheinlichen orientiertes Vorgehen bei tatsächlich Betroffenen mit nicht geringer Wahrscheinlichkeit mangelhafte oder gar falsche Ergebnisse einbringt, erscheint dagegen das Risiko, bei einem Autismus spezifischen Interview zu wenig aussagekräftige oder auch irreführende Antworten zu erhalten, als relativ gering. Ich selbst würde mir umgekehrt auch nach 25 Jahren der Erfahrung im Autismus-Bereich weder zutrauen noch anmaßen wollen, einen Betroffenen rein von seinem Erscheinungsbild und seinen Verhaltensmustern sicher diagnostizieren zu können. Hierzu sind die Motivation und auch die Fähigkeit zur Anpassung gerade bei Betroffenen mit hochfunktionalem Autismus zu hoch und es könnte zu (oft folgenschweren!) Fehldiagnosen kommen.

Was sollten Psychotherapeuten über Autismus wissen?

Es würde den Rahmen eines solchen Artikels sprengen, alle relevanten Informationen vermitteln zu wollen, was Psychotherapeuten über Autismus wissen sollten, um Hinweise erkennen und Kernprobleme in der Diagnostik und Behandlung berücksichtigen zu können. Daher soll an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Grundzüge zum Verständnis zusammengefasst und am Ende auch noch auf einige fachlich fundierte Informationsquellen verwiesen werden.

Ätiologie

Das entscheidende Charakteristikum und Kernproblem der Autismus-Spektrum-Störungen ist eine besondere Entwicklung des zentralen Nervensystems. Diese ist multifaktoriell und individuell unterschiedlich bedingt, wobei jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit eine genetische Disposition eine Rolle spielt.

Die diagnostischen Kriterien sind bislang rein von außen beschreibend formuliert, sie fokussieren auf tatsächlich von außen wahrnehmbare Besonderheiten bzw. Auffälligkeiten. Diese wirken jedoch ohne Ergänzung durch die individuelle Innensicht oft irreführend.

Reizverarbeitung

Eine auf verschiedenen Sinneskanälen verstärkte Reizoffenheit führt dazu, dass die Bildung primärer neuronaler Verknüpfungen von Beginn an wesentlich stärker angeregt wird. Dies führt zu einer Überfülle neuronaler Verbindungen und damit zu zusätzlichen Schwierigkeiten bei der Sortierung und Verarbeitung der ohnehin sehr großen Fülle einströmender Reize. Gestört ist die Unterscheidung relevanter von nicht relevanten Reizen. Dies wirkt sich auf die neuronale Strukturierung sowie auf die Gestaltbildung aus. In der Folge besteht eine Neigung zur **Reizüberflutung** und entsprechenden **Stressreaktionen** oder auch zu spontaner **Überselektion,** bei der bestimmte Reize pauschal „ausgeblendet" werden.

Autismus spezifische Bewältigungsstrategien

Solche Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung machen die Entwicklung basaler Bewältigungsstrategien notwendig, die in den meisten Fällen in irgendeiner Form von **Aufmerksamkeitsfokussierung** besteht. Bei Konzentration auf bestimmte als gleichbleibend und verlässlich erlebte Reizmuster, kann das überwältigende Chaos der Sinneswahrnehmungen zumindest phasenweise ausgeblendet werden, was als eine gewisse Erleichterung und als Schutzraum erlebt wird. Später können sich aus solchen Erfahrungen heraus **Spezialinteressen, feste Routinen und Gleicherhaltungstendenzen** entwickeln, die vornehmlich zur Erlangung von Struktur und Sicherheit dienen und somit als funktional erlebt werden.

Zugleich bedingt die Notwendigkeit einer solchen Abschottung von der Außenwelt **Probleme in der sozioemotionalen und auch der intrapsychischen Entwicklung**. Die so wichtigen primären Kontakterfahrungen in der Beobachtung eines menschlichen Gegenübers, aber auch des Erlebens einer gewissen Selbstwirksamkeit im Kontakt zu ihm, fallen bei ausschließlicher Konzentration auf verlässlich gleichbleibende, also v. a. gegenständliche Objekte weitgehend oder auch ganz weg. Zumindest aber sind die Möglichkeiten hierzu stark reduziert im Vergleich zu einem neurotypischen Kind, das Reize automatisch filtern und sich daher von Beginn an für vielfältige Eindrücke und intensive Kontakterfahrungen öffnen kann.

Dieser Mangel an *unwillkürlichen* Beobachtungen von und Erfahrungen mit anderen Menschen in der frühen Kindheit stört die Entwicklung basaler Fähigkeiten zur *spontanen, unbewussten Erkennung und Deutung sozialer Signale* sowie auch eines jeweils situativ angepassten *Repertoires an Ausdrucks- und Sozialverhalten*. Es wird, mit anderen Worten, **kein „sozialer Autopilot"** ausgebildet, der neurotypischen (und damit den allermeisten anderen) Menschen die spontane Wahrnehmung und Deutung sozialer Signale sowie die angemessene Gestaltung sozialer Beziehungen ermöglicht, ja diese zeitlebens eben „automatisch" und unbewusst steuert.

Auf obigem Hintergrund **als hochfunktional zu würdigende Bewältigungsstrategien** autistischer Individuen sind also u. a.:

- Aufmerksamkeitsfokussierung und Trance,
- Rückzugs- und Gleicherhaltungstendenzen,
- Entwicklung von und Bestehen auf verlässlichen Strukturen,
- Fokussierung auf Spezialinteressen,
- spezifische Besonderheiten im Denken und Lernen,
- hochgradige Achtsamkeit und Bewusstheit in sozialen Kontexten,
- Kreativität und Originalität (da von anderen Menschen „vorgelebte" Lebensstrategien nicht wahrgenommen oder für sie selbst als nicht passend erlebt werden, müssen „aus sich selbst heraus" ganz eigene Strategien entwickelt werden).

Autistisches Erleben

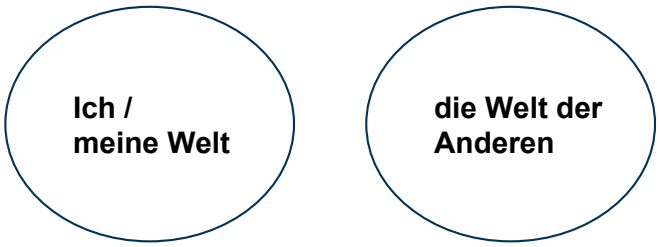
Aufgrund der beschriebenen Besonderheiten in der Reizverarbeitung ist das Erleben eines Menschen mit Autismus geprägt von Chaos und Reizüberflutung und der damit verbundenen Anstrengung, sich in all dem dennoch leidlich zurechtzufinden. Als ein wesentliches Anliegen der Klienten in der Psychotherapie wird daher meist vorgebracht, Möglichkeiten zur **Stressreduktion**, zum „Abschalten" und zur **Entspannung** zu finden.

Mangels sozialer Deutungs- und Handlungskompetenzen kommt es darüber hinaus fortlaufend zu Missverständnissen und Fehleinschätzungen im Kontakt mit den Mitmenschen. Und so entwickelt sich bei den allermeisten Betroffenen als ein zentrales Problem das ständig wahrgenommene, völlig unüberwindbar erscheinende **„Anders-Sein"**: Die eigene Erlebenswelt wird als so grundlegend unterschiedlich wahrgenommen von der „Welt" der Mitmenschen (und umgekehrt), dass sich keinerlei spontane und authentische Gemeinsamkeiten zu ergeben scheinen. Die Welten stehen sich unvereinbar, ja unversöhnlich gegenüber. Hieraus erwächst ein enormes Spannungsfeld für den Betroffenen, das ich im Folgenden anhand eines Anschauungsmodells darstellen möchte.

Das „Zwei-Welten-Modell"

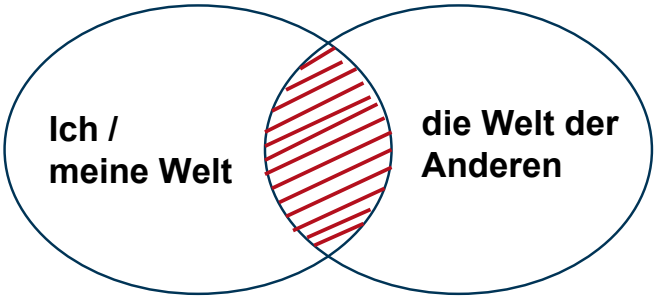
Das hier vorgestellte Modell habe ich während der vergangenen Jahre in der Zusammenarbeit mit meinen Klienten entwickelt. Es hat sich sowohl in der Diagnostik als auch in der Psychotherapie als für alle Beteiligten sehr hilfreich bewährt. Es macht eines der zentralen Kernprobleme autistischen Erlebens nachvollziehbar. Dies wird mir auch von Betroffenen immer wieder als hilfreich zum Verständnis und zur Orientierung für sie selbst sowie auch für die Verständigung mit ihren Mitmenschen bestätigt.

Jeder Mensch macht schon früh in seiner Entwicklung die Erfahrung, dass es zum einen ihn und seine Welt gibt, die sich aus seiner Wahrnehmung, seinen Bedürfnissen und Interessen sowie seinen Grenzen und Aversionen ergibt, sowie die „Welt der anderen", erst einmal vertreten durch ein „Primärobjekt", meist Mutter oder Vater. Schon ein Säugling wird feststellen, dass sich diese „Welt der anderen" immer wieder von der eigenen unterscheidet – ein Erleben, das eine wichtige Grundlage für die Entwicklung der eigenen Identität darstellt.



In der Regel wird das Kind parallel dazu immer wieder die Erfahrung machen, dass es zwischen der eigenen Welt und der Welt der anderen doch auch eine Schnittmenge gibt. Diese konstituiert sich durch gleiche Wahrnehmungen („heute ist es kalt"), ähnliche Bewertungen des Wahrgenommenen („das ist unangenehm") und ähnlich Bedürfnisse und Interessen, sie sich daraus ergeben („wir gehen ins Warme"). Solche „Schnittmengen"-Erfahrungen sind insofern wertvoll, als sie zum einen die eigenen Wahrnehmungen und Einschätzungen bestätigen und damit Sicherheit geben („wenn die anderen das genauso empfinden, kann ich ja nicht ganz falsch liegen"). Zum anderen ermöglichen sie das Erleben von Kontakt und

Zugehörigkeit – was zusätzlich zur Sicherheit beiträgt, denn beides sind existenziell wichtige menschliche Grundbedürfnisse.



Dennoch wird jeder Mensch immer wieder Situationen erleben, in denen die eigenen Wahrnehmungen, Bewertungen und Bedürfnisse nicht denen der Mitmenschen entsprechen. Er muss sich dann entscheiden, ob er „bei sich" bleibt und für diesen Moment auf Kontakt und Zugehörigkeit verzichtet oder ob er seine eigenen Bedürfnisse und Interessen zurückstellt, um Kontakte und Gruppenzugehörigkeit zu erhalten. (Wenn wir menschliches Verhalten dahingehend beobachten, dürfen wir annehmen, dass es evolutionsbedingt eine Tendenz zu letzterer Option gibt, die – meist sogar unbewusst, das heißt durch den „sozialen Autopiloten" gesteuert – zu sozialer Anpassung führt.)

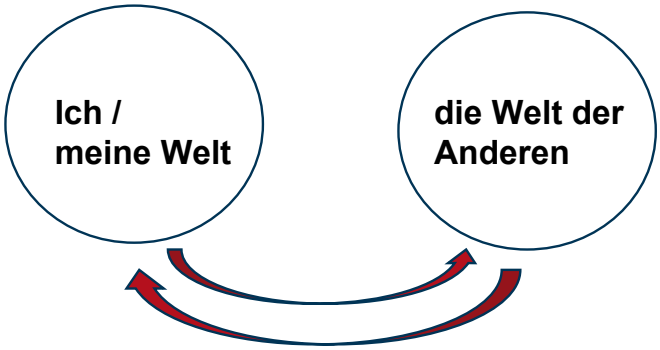
Wenn wir uns nun jedoch in Erinnerung rufen, dass Menschen mit autistischer Reizverarbeitung schon auf der Ebene der Wahrnehmung grundlegend andere Erfahrungen machen (woraus dann auch sehr unterschiedliche Bedürfnisse erwachsen), wird klar, dass ein spontanes Erleben authentischer Schnittmengen nur sehr schwer oder gar nicht zustande kommt. (Beispiel: „Die anderen finden es kalt, ich empfinde keine Kälte.", „Was ich aufgrund meiner erhöhten Empfindsamkeit sehe/höre/rieche, nehmen die anderen gar nicht wahr."). So werden grundlegende Gefühle des „Anders-Seins" sowie die daraus erwachsende so quälende **Selbstunsicherheit** und **Einsamkeit** nachvollziehbar, die Betroffene als Hauptquellen ihres Leidensdrucks beschreiben: Die Welten stehen sich unvereinbar gegenüber. Jegliche Schnittmenge, ja auch nur Berührung der Welten scheint unerreichbar.

Damit geht es nicht mehr nur um eine *situative* Entscheidung, auf Kontakt und Zugehörigkeit zu verzichten oder die eigenen Wahrnehmungen und Bedürfnisse zurückzustellen. Hier geht es um eine Grundsatzentscheidung zwischen zwei psychisch hochgradig belastenden und letztlich unerträglichen Situationen: Entscheidet sich der Betroffene für sich und seine Welt, müsste er grundsätzlich auf Kontakt und Zugehörigkeit verzichten. Diese Option führt also in die Isolation – und damit in die Depression. Denn kein Mensch – auch kein autistischer Mensch – wird dies auf Dauer unbeschadet überstehen.

Entscheidet sich der Betroffene jedoch für Kontakt und Zugehörigkeit, heißt dies für ihn, dass er alles, was ihn und seine Welt ausmacht, zurückstellen oder gar komplett verleugnen muss. Viele meiner Klienten haben schon früh diesen Weg gewählt, haben – aus dem oben erwähnten Bestreben nach „Normalität" heraus – all ihre Energie in Anpassung und Camouflage gesteckt und sich darüber selbst schließlich weitgehend verloren. Auch sie werden depressiv und leiden nicht selten unter einer ganzen Anzahl weiterer psychischer und psychosomatischer Störungen.

Die allermeisten Betroffenen erleben sich allerdings genau zwischen den Welten. Sie stehen in einem unlösbaren Konflikt und damit einem unerträglichen Spannungsfeld. Wenden sie sich in die eine Richtung, schlägt die andere Richtung „Alarm": „Nein, du darfst dich nicht zurückziehen, darfst nicht du selbst sein, sonst verlierst du für immer den Anschluss!" oder „Was willst du machen? Willst du dich selbst wieder verleugnen? Du wirst dich verlieren!"

Erst wenn dieser Konflikt erkannt und auch für den Betroffenen nachvollziehbar wird, kann gemeinsam nach einem Lösungsweg gesucht werden. Dieser sieht, modellhaft und kurz zusammengefasst, wie folgt aus:



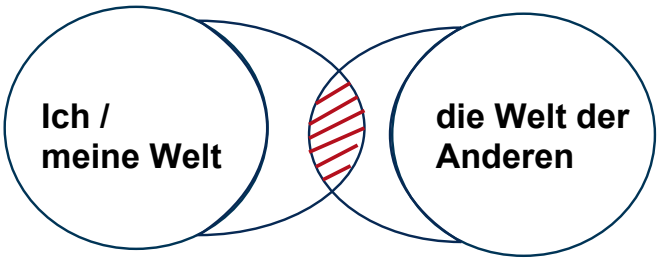
Statt eine Grundsatzentscheidung zu fällen, werden erst einmal – im Zuge einer psychoedukativen und eingehenden Diagnostik auf Augenhöhe – die tatsächlichen Unterschiedlichkeiten in Wahrnehmung und Erleben, Interessen und Fähigkeiten exploriert und (an-)erkannt. Die beiden Welten stehen sich damit als unterschiedlich, aber *gleichwertig* gegenüber. Die eigene Welt wird gewürdigt, wenn nötig wiederentdeckt, wiederaufgebaut und gepflegt. Sie ist die Basis für **Expeditionen in „die Welt der anderen"**. Auf eine Expedition bereitet man sich vor. Man versucht möglichst viel über diese Welt herauszufinden, die man besuchen wird, eignet sich Wissen über die dortigen Lebensbedingungen, Sitten und Gebräche, sowie Sprachkenntnisse usw. an. Und man besorgt sich eine passende Ausrüstung. Solchermaßen ausgestattet besucht man die Menschen in ihrer „anderen" Welt, stellt sich als Gast vor – und wird als interessierter „Besucher" über vieles informiert, was man sonst nie erfahren hätte (und was die Gastgeber sich untereinander nie erklärt hätten, weil sie

es für selbstverständlich nehmen). Man darf sich manchen Fauxpas erlauben und mit viel mehr Nachsicht rechnen, da ja alle wissen, dass man „nicht von hier" ist. Jede Expedition hat aber auch ein Ende. Man kehrt zurück nach Hause, ruht sich aus, genießt, dass alles so ist, wie man selbst es für sich braucht. Und dann kann man daran gehen, die Erfahrungen und Erkenntnisse auszuwerten, die man in der Welt der anderen gesammelt hat. Dabei kann es sehr hilfreich sein, jemanden an der Seite zu haben, der sich dort schon gut auskennt und bei der Deutung und Einordnung der neuen Eindrücke hilft.

Die nächste Expedition wird bereits auf einem ganz anderen Niveau erfolgen. Man kann vorherige Erfahrungen vertiefen und erweitern, daran anknüpfen und noch mehr Neues kennenlernen. Dabei werden die eigenen „Sprachkenntnisse" und andere soziale Verhaltensweisen allmählich geläufiger. Und auch von dieser Expedition kehrt man irgendwann wieder in die eigene Welt zurück.

Die eigene Welt wird gewürdigt, wenn nötig wiederentdeckt, wiederaufgebaut und gepflegt. Sie ist die Basis für Expeditionen in „die Welt der anderen". Auf eine Expedition bereitet man sich vor.

Durch ein solches Pendeln zwischen den unterschiedlichen, aber gleichwertigen Welten wird – und das ist letztlich die entscheidendste und heilsamste Erfahrung – mit der Zeit das **Erleben einer authentischen Schnittmenge** entstehen: Man wird feststellen, dass es bei aller Unterschiedlichkeit doch ganz grundlegende Gemeinsamkeiten gibt – in den Grundbedürfnissen, in den Grundfragen des Menschen und in Ansätzen zu Lösungen. Weil alle Beteiligten Menschen sind.



Diese Erfahrung ermöglicht erstmals ein Erleben von Verbundenheit und Zugehörigkeit ohne Selbstverleugnung.

Darüber hinaus erscheint erstmals denkbar, dass man selbst und die eigene Welt womöglich durchaus Wertvolles auch für die Welt der anderen zu bieten hat: andere Perspektiven, andere Wahrnehmungsfähigkeiten, andere Lösungsansätze und Innovationen, die für alle Menschen – oder zumindest für eine bestimmte Gruppe – interessant und relevant sein können. Eine solche Erfahrung der echten Gemeinsamkeit sowie die Erkenntnis des ganz eigenen Selbstwertes auch in der „Welt der anderen" erleben viele Klienten als Schlüssel zur Lösung des quälenden und buchstäblich „krankmachenden" Grundkonflikts. Sekundäre Störungen, insbesondere Ängste, Depressionen, Zwänge, jedoch auch psychosomatische Beschwerden werden deutlich gemindert oder lösen sich in der Folge solcher neuer Erfahrungen auf.

Kernthemen für Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus

Auch für Menschen mit Autismus liegen also durchaus große Chancen in der Psychotherapie. Allerdings ist hierfür zunächst eine **Anerkennung der Besonderheiten** autistischer Menschen **in der Wahrnehmung, im Denken und Erleben** sowie in der **sozialen Erfahrung** nicht nur hilfreich, sondern eine wichtige Voraussetzung. Ohne die Kenntnis und Berücksichtigung dieser Unterschiedlichkeiten im Erfahrungshintergrund des Betroffenen gehen psychotherapeutische Angebote wie oben beschrieben meist an ihm vorbei.

Zudem ergeben sich aus diesen Besonderheiten bestimmte **Kernthemen**, die das Erleben der Betroffenen bestimmen und wesentliche **Ansatzpunkte für die Behandlung der sekundären psychischen Störungen** darstellen (und dies ist ja die eigentliche Aufgabe des Psychotherapeuten: Er behandelt die sekundären psychischen Störungen, nicht den Autismus!). Ich möchte hier einige Bereiche der Unterschiedlichkeit und daraus sich ergebende zentrale Themen aufführen, allerdings ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- Besonderheiten in der Reizverarbeitung – meist hohe Sensibilität auf verschiedenen Sinneskanälen ð Bedürfnisse nach Rückzug, trotz ebenfalls vorhandener Bedürfnisse nach Kontakt und Zugehörigkeit,
- Schwerpunkt auf Detailwahrnehmung ð Schwierigkeiten in der Gestaltbildung und Strukturierung, die sich stark auf die Bewältigung und Gestaltung des Alltags auswirken,
- hohe Assoziationsdichte ð Neigung zum „inneren Overflow", das heißt zu endlosen Assoziations- und Gedankenketten, die nicht selten in Grübelei und Handlungsstörungen münden,
- Probleme, Relevantes von Irrelevantem zu unterscheiden bei gleichzeitigem starkem Bedürfnis nach Vollständigkeit bzw. Vollkommenheit ð Tendenz, sich „zu verzetteln" und nichts von all den eigenen Impulsen und Ideen umsetzen zu können – was quälende innere Anspannung sowie Konflikte mit dem sozialen Umfeld erzeugt,
- Seismographisch feine Empfindsamkeit für Spannung bzw. Entspannung, ohne die Fähigkeit, entsprechende Wahrnehmungen spontan zu deuten und zu sortieren ð Spannung

und Konflikte im sozialen Umfeld werden entweder komplett „ausgeblendet" oder als unerträglich empfunden und daher insbesondere komplexe soziale Situationen vermieden (für viele Betroffenen bedeutet die Anwesenheit mehr als einer Person bereits eine zu komplexe soziale Situation),

- durch all diese Faktoren bedingter erhöhter Stress und subjektiv empfundene permanente Anstrengung im Alltag und „durch das Leben an sich",
- ausgeprägtes Bedürfnis nach Kontrolle, Sicherheit und Struktur sowie nach Verlässlichkeit der Umwelt,
- sehr leichte Irritierbarkeit durch unvorhergesehene Veränderungen und Regelbrüche,
- Fokussierung der Aufmerksamkeit auf bestimmte Objekte oder Spezialthemen, wodurch ein flexibles Einstellen auf andere, interessenferne Themen sowie auf andere Menschen und deren Themen und Erwartungen stark beeinträchtigt sein kann (was sich übrigens auch auf die Interaktion zwischen Psychotherapeut und Klient auswirken kann!),
- mangelnde Fähigkeit zur differenzierten Unterscheidung, Deutung und Benennung von Stimmungen bzw. Emotionen, bei sich selbst und bei anderen,
- gravierende Probleme in der Wahrnehmung und Deutung sozialer Signale – kein „sozialer Autopilot" ð grundlegende soziale Unsicherheit bis hin zu ausgeprägten sozialen Ängsten (welche jedoch anders als bei einer „reinen" Sozialphobie durchaus nicht als irrational einzuschätzen sind, sondern sich immer wieder durch negative Erfahrungen bestätigen),
- sehr gute bewusste Beobachtungsgabe, Analyse- und Reflexionsfähigkeit sowie Introspektionsfähigkeit ð ein „klarer Blick", der von anderen sowohl faszinierend als auch bedrohlich empfunden werden kann,
- Direktheit, Ehrlichkeit bzw. „Unverblümtheit" und von neurotypischen Menschen oft so empfundene Taktlosigkeit,
- häufig sehr hoher ethisch-moralischer Anspruch an sich selbst und die Mitmenschen sowie ein ausgeprägter Gerechtigkeitssinn,
- mangelnde spontane Ausdrucksfähigkeit in Form von nonverbalen Verhaltensweisen – was zu häufigen Fehleinschätzungen und Missverständnissen selbst mit nahestehenden Mitmenschen führt (auch dies ist sehr relevant für den Rapport: Beschriebenes Leid ist dem Betroffenen sehr häufig nicht anzusehen, sodass beschriebener Inhalt und nonverbaler Ausdruck des Klienten stark auseinanderklaffen können).

Implikationen für die Psychotherapie

Die gemeinsame Erkennung und Anerkennung tatsächlich bestehender Unterschiedlichkeiten in Wahrnehmung, Denken und Erleben ist die Basis zu drei entscheidenden Themen in der Psychotherapie:

1. Die **Würdigung der eigenen Person und Lebenswelt** einschließlich aller Besonderheiten und aller Bewältigungsleistungen im Laufe der Entwicklung – und damit der Aufbau eines neuen, positiveren Selbstbildes. Daraus sich ergebend die weitere Exploration und Pflege dieser „eigenen Welt".
2. **Annäherung an „die Welt der anderen"** auf einer neuen Basis von Wissen und Verstehen und mit verlässlichem „Coaching" seitens des Psychotherapeuten, der bei der Vorbereitung sowie bei der Deutung sozialer Situationen unterstützt (und dabei oft selbst viel Neues über sich, menschliches Verhalten und die Gesellschaft erfährt …).
3. **Erkennung der tatsächlichen menschlichen Gemeinsamkeiten** – genau hierin liegt ein entscheidender, ausgesprochen heilsamer Entwicklungsschritt: Was so schmerzlich fremd und unvereinbar schien, wird nun zu einem Gegenüber und Zusammenspiel unterschiedlicher Varianten von „Mensch-Sein".

Beispiele für therapeutische Angebote

Folgende therapeutische Angebote haben sich in meiner Praxis in der individuellen störungsangemessenen Psychotherapie mit erwachsenen Betroffenen bewährt (in Stichworten):

1. Exploration, Würdigung, „Wiederaufbau" und Pflege der eigenen Welt:

1.1 Methoden zur Entspannung und Selbstwahrnehmung

- Utilisation von Strategien aus dem eigenen Repertoire des Klienten, wie z. B. die Beschäftigung mit Spezialinteressen und Bewegungsstereotypien (sofern diese zur Spannungsregulierung beitragen)
- Progressive Muskelrelaxation nach Jakobson
- Feldenkrais-Übungen
- Elemente aus der Bewegungs- und Ausdruckstherapie bzw. Tanztherapie
- Meditation (vorzugsweise in konzentrierter Betrachtung oder in Bewegung)
- Hypnotherapeutische Ansätze (wie z. B. Unterstützung positiv erlebter Selbstsuggestionen und Tranceinduktionen)

Hinweis: Entsprechende Angebote sollten stets gut strukturiert, kleinschrittig dosiert, aktiv – also nicht rein erspürend – und individuell angepasst sein. Auch sollte ein gewisses Maß an Kontrolle seitens des Klienten bestehen bleiben, da meist ein hohes Maß an Kontrollbedürfnis und eine besondere Empfindlichkeit gegenüber Fremdbestimmung besteht. Angebote wie Autogenes Training, „Traumreisen" oder direktive Tranceinduktionen werden daher meist als wenig hilfreich bis aversiv erlebt, da sie Erfahrungen von „Anders-Sein" (z. B.

Unterschiede in der sensorischen Wahrnehmung), Fremdbestimmung bzw. Ausgeliefertsein reaktualisieren.

1.2 Methoden zur Erarbeitung und Etablierung funktionaler Strukturen zur Alltagsbewältigung

- Handlungs- und Zeitpläne (nach dem TEACCH-Konzept, siehe Literaturangaben)
- Entwicklung anderer *individueller* Bewältigungsstrategien zur gezielten Kompensation von Orientierungsproblemen und Handlungsstörungen
- verhaltenstherapeutische Ansätze zur Schaffung förderlicher Bedingungen und zur Unterstützung der Selbststeuerung und Selbstorganisation

1.3. Methoden zur Exploration und Veranschaulichung der eigenen Persönlichkeit und Identität

- „Das Innere Team" nach Friedemann Schulz von Thun oder andere Formen der Teilearbeit
- Elemente aus der Gestaltpsychotherapie wie z. B. Rollenspiel
- Aufgreifen bildnerischer oder anderer künstlerischer Fähigkeiten des Klienten
- gemeinsame Betrachtung von Träumen
- hypnotherapeutische Angebote (wie z. B. Begleitung in eigene Gedankenwelten und Trance, Ressourcenaktualisierung, Utilisation individueller Potenziale und Symptome)
- Methoden zum Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbststeuerung, z. B. aus der kognitiven Verhaltenstherapie
- Exploration und Vergleich der jeweiligen Perspektive des Klienten und des Psychotherapeuten auf eine bestimmte real erlebte bzw. vom Klienten beschriebene Situation (Erkenntnis: Unterschiedlichkeit ist „okay" und der Vergleich der Perspektiven für *beide* fruchtbar)
- „Spiegelung" und Feedback durch den Psychotherapeuten – als Möglichkeit, sich selbst bewusst in den Reaktionen und Spiegelungen des anderen zu erkennen (als Chance zur Kompensation für „verpasste" primäre, unwillkürliche Erfahrungen)

2. Vorbereitung auf Expeditionen in die „Welt der anderen":

2.1 Psychoedukation

- Vermittlung von Informationen aus der (neurotypischen) „Welt der anderen" – Wie funktioniert der soziale Autopilot? Was sind relevante soziale Signale? Worauf muss ich achten und wie kann ich sie deuten? Welche Bedeutung haben soziale Rollen und was sind ihre Vor- und Nachteile?
- gemeinsame Betrachtung und Interpretation selbst erlebter sozialer Situationen aus verschiedenen Perspektiven
- Nutzung von Filmmaterial, z. B. Lieblingsfilmen oder -serien des Klienten zur gemeinsamen Betrachtung und Deutung der dargestellten sozialen Interaktionen und der dahinter liegenden psychoemotionalen Vorgänge

2.2 Aktives Einüben funktionaler sozialer Verhaltensweisen

- konkrete Übungen zu (nonverbalem) Selbstausdruck, reziproker Interaktion und Kommunikation sowie sozialen Verhaltensweisen als Vorbereitung auf Expeditionen in die Welt der anderen
- Erarbeitung passender „Rollen" für unterschiedliche soziale Situationen, die jedoch vom Klienten als „ich-synton" erlebt werden
- Gruppenangebote zur Schulung der sozialen Kompetenz, die jedoch speziell für Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus ausgelegt sein sollten (diese werden zunehmend in Autismustherapie-Zentren, anderen sozialen Trägern und Unikliniken auch für Erwachsene angeboten)

3. Verbindung der Welten:

- Einbeziehung des sozialen Umfeldes und gegebenenfalls Vermittlung zwischen den „Welten"
- Auswahl geeigneter „Subwelten" mit einer höheren „Schnittmengenwahrscheinlichkeit" – d. h. Interessengruppen, die den Fähigkeiten und Spezialinteressen des Betroffenen entgegenkommen
- Unterstützung bei der Organisation ambulanter Hilfen (ambulante Betreuung/Assistenz) zur Begleitung und Vermittlung in neue soziale Systeme
- Kooperation mit den Helfern
- Entwicklung realistischer und angemessener Lebensperspektiven hinsichtlich privater Beziehungen, sozialer und beruflicher Integration. Hier sollte die Kernfragen sein: „Was sind meine Bedürfnisse hinsichtlich Qualität und Quantität sozialer Kontakte? Was habe ich zu geben an Fähigkeiten und Erfahrungen? Und welche Bedingungen brauche ich, um diese fruchtbar in die Gesellschaft einbringen zu können?"

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Viele Kollegen, die beginnen, auf der Basis eines eingehenden Verständnisses der autistischen Grundproblematik mit betroffenen Klienten zu arbeiten, machen die Erfahrung, dass eine als sehr interessant und fruchtbar empfundene Psychotherapie möglich ist. Dies ist *grundsätzlich unabhängig vom jeweiligen angewandten Psychotherapieverfahren*! Tatsächlich hat sich ein störungsangepasstes, systemisch geprägtes Vorgehen mit einem tiefenpsychologisch fundierten Verständnis von Entwicklung und Erleben und einem jeweils

bedarfsgerechten Angebot verhaltenstherapeutischer Interventionen sowie auch vielfältiger anderer psychotherapeutischer Methoden bewährt. Der Klientenzentrierung kommt dabei aufgrund der „Unterschiedlichkeit der Welten" – und auch der individuellen Unterschiedlichkeiten der Betroffenen – eine besondere Bedeutung zu.

Voraussetzung für das Gelingen der „Zusammenführung der Welten" bereits im psychotherapeutischen Kontext sind daher aufseiten des Psychotherapeuten: Offenheit, Neugier, Akzeptanz, ein hohes Maß an Authentizität (wichtig für den Rapport!) und eine Portion Geduld – also eigentlich Eigenschaften und Angebote, die laut Psychotherapieforschung generell als notwendige Grundparameter für eine wirkungsvolle Psychotherapie gelten. Das einzige, was eben zusätzlich vonnöten ist, sind Kenntnisse über die Grundstrukturen sowie mögliche Besonderheiten und Bewältigungsstrategien von Menschen auf dem Autismus-Spektrum.

Diese (Basis-)Kenntnisse für alle psychotherapeutisch tätigen Fachkräfte zugänglich zu machen, halte ich nicht nur für sinnvoll, sondern tatsächlich für notwendig, um die Versorgungsstruktur zu verbessern und vermeidbaren Frustrationen und Vergeblichkeiten bei allen Beteiligten entgegenzuwirken.

So hoffe ich, mit diesem Artikel zumindest ein wenig zum Verständnis beigetragen und den einen oder anderen Kollegen für eine eingehendere Beschäftigung mit der Thematik gewonnen zu haben. Abschließend möchte ich hierfür noch auf einige wertvolle Quellen hinweisen:

- Attwood, T. (2008). Ein ganzes Leben mit dem Asperger-Syndrom. Stuttgart: Trias.
- Ebert, D., Fangmeier, T., Lichtblau, A., Peters, J., Biscaldi-Schäfer, M. & Tebartz van Elst, L. (2013). Asperger-Autismus und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen – Das Therapiemanual der Freiburger Autismus-Studiengruppe. Göttingen: Hogrefe.
- Häussler, A. (2005): Der TEACCH-Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus – Einführung in Theorie und Praxis. Dortmund: Borgmann media.
- Lehnhardt, F.-G., Gawronski, A., Pfeiffer, K., Kockler, H., Schilbach, L. & Vogeley, K. (2013). Diagnostik und Differenzialdiagnose des Asperger-Syndroms im Erwachsenenalter. Deutsches Ärzteblatt 110 (45), 755-763.
- Preißmann, C. (2013). Überraschend anders – Mädchen & Frauen mit Asperger. Stuttgart: Trias.
- Preißmann, C. (2013). Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Asperger-Syndrom: Konzepte für eine erfolgreiche Behandlung aus Betroffenen- und Therapeutensicht. Stuttgart: Trias.
- Remschmidt, H. & Kamp-Becker, I. (2006). Asperger-Syndrom. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Tebartz van Elst, L. (2012). Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Vogeley, K. (2012). Anders sein. Asperger-Syndrom und Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter – Ein Ratgeber. Weinheim: Beltz.

Darüber hinaus zu empfehlen sind z. B. diese aktuellen und hochinformativen Links:

- www.uni-marburg.de/fb20/kjp/forschung/aut/ass/epidem
- www.lvr.de/app/resources/2008k366lnlvr.pdf
- www.aerzteblatt.de/archiv/148614/Diagnostik-und-Differenzialdiagnose-des-Asperger-Syndroms-im-Erwachsenenalter.

Dipl.-Psych. Brit Wilczek

Ringstr. 3
24534 Neumünster
wilczek.autism@web.de

Psychologische Psychotherapeutin, seit 2009 in eigener Praxis Diagnostik und Psychotherapie (TP) für Erwachsene mit Autismus/Asperger-Syndrom; seit 25 Jahren therapeutische Arbeit mit Menschen auf dem Autismus-Spektrum und umfängliche Beratungs- und Fortbildungstätigkeit zum Thema bundesweit.

„Der Psychotherapieansatz im Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen muss ein anderer sein“

Interview

Gertrud Corman-Bergau im Gespräch mit Birgit Saalfrank

PTJ, Gertrud Corman-Bergau: **Sie haben den Redaktionsbeirat des PTJ im Jahr 2014 dazu angeregt, über das Spektrum der autistischen Störungen (Autismus-Spektrum-Störungen ASS) zu berichten. Dabei liegt Ihnen besonders der hochfunktionale Aspekt der Störung im erwachsenen Alter am Herzen. Wir haben das Anliegen für das PTJ mit mehreren Artikeln aufgegriffen, und ich möchte gern mit Ihnen über Ihren Hintergrund und Ihre Erfahrungen sprechen.**

Birgit Saalfrank: Ich möchte zunächst über eigene Erfahrungen berichten: Nach dem Abitur und dem Psychologiestudium schloss ich direkt eine verhaltenstherapeutische Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin an, habe dann in verschiedenen Kliniken gearbeitet und war vom ersten Tag meiner beruflichen Tätigkeit sozial völlig überfordert und habe all die Jahre nicht verstanden, warum – weil ich ja eine gute Ausbildung hatte und erlebte, dass das anderen reicht. Das ist der eine Strang und der andere ist, dass ich wegen einer Depression und einer Selbstentfremdungssymptomatik in verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungen oder psychiatrischen Klärungen gewesen bin. Keiner der Behandler kam auf die Idee, dass ich eine autistische Störung haben könnte. Die Probleme mit meiner Reizüberflutung konnten nicht gelindert werden. Kompensationsstrategien und die Therapien haben dazu beigetragen, dass ich letztlich zwölf Jahre im Beruf geschafft habe, aber es wurde nicht besser. Ein Zusammenbruch kam dann trotz der ganzen Therapien.

> Bei einer zugrundeliegenden ASS geht es vermehrt darum, sich bestehende Einschränkungen klarzumachen und zu lernen, damit umzugehen, während es bei einer Psychotherapie im klassischen Sinne eher darum geht, Symptome zu verändern.

Neben meinem Interesse an Ihren spezifischen und auch sehr eindrücklichen Erfahrungen habe ich auch das Anliegen, dass Sie mit mir als Fachkollegin über Hypothesen der Verallgemeinerung sprechen. Was ist für Sie die Besonderheit an diesem Thema, am Krankheitsbild der ASS, dass Sie zu dem Schluss kommen, dass in der Ausbildung zur Psychotherapeutin und zum Psychotherapeuten[1] hierzu spezifische Kenntnisse vermittelt und erworben werden sollten?

Der Psychotherapieansatz in diesem Bereich muss ein anderer sein. Bei einer zugrundeliegenden ASS geht es neben dem Ziel der Verbesserung sozialer Kompetenzen vermehrt darum, sich bestehende Einschränkungen klarzumachen und zu lernen, damit umzugehen, während es bei einer Psychotherapie im klassischen Sinne eher darum geht, Symptome zu verändern. Der Zugang ist ein anderer. Es kann zum Beispiel bei einer vermeintlichen Zwangsstörung bei autistischen Zwangssymptomen eher darum gehen, gewisse Zwänge zu lassen und nicht mit Exposition und Ähnlichem die Symptome zu minimieren oder aufzulösen. Bei einer depressiven Symptomatik muss unterschieden werden, ob jemand aufgrund einer ASS reizüberflutet ist und eine Pause braucht oder ob jemand über Aktivierung erreicht werden sollte. Die Ziele eine Psychotherapie sind andere, wenn eine zugrundeliegende ASS besteht, als wenn ausschließlich eine Störung der Achse 1 vorliegt. Es kann dann zum Beispiel stärker darum gehen, die Lebenssituation so zu verändern, dass die Einschränkungen berücksichtigt werden und es kein permanent überforderndes Umfeld mehr ist.

Woran liegt es Ihrer Einschätzung nach, dass bei bestimmten Personengruppen die autistische Störung so spät diagnostiziert wird und welche Konsequenzen kann dies für die Betroffenen haben?

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

Es ist nach wie vor so, dass bei den meisten Psychiatern oder Psychotherapeuten, die nicht spezielle Kenntnisse über ASS haben, die Vorstellung vorherrscht, dass jemand mit einer autistischen Störung auf jeden Fall eine „schwere" Störung hat. Wenn also jemand einem Beruf nachgeht, eine Partnerschaft oder sogar eine Familie hat, kommt keiner auf die Idee, dass hier eine ASS vorliegen könnte. Das ist so eine Überschrift über das Missverstehen. Ansonsten hängt es in hohem Maße von der Intelligenz der Betroffenen ab, da mithilfe dieser gute Kompensationsstrategien eher gelernt werden können. Dies kann dazu führen, dass die autistischen Auffälligkeiten von außen betrachtet wenig offensichtlich werden.

Als nächstes spielt das Geschlecht eine Rolle, Jungen haben eher nach außen gerichtete Störungsbilder, fallen eher auf in der Kindheit, während Mädchen eher dazu tendieren, zurückhaltend zu sein. Mangelnder Augenkontakt wird dann eher als Schüchternheit interpretiert, mit dem das Mädchen dann auch als Bild von sich selbst lebt – „ich bin halt schüchtern". Mädchen werden darüber hinaus auch eher dazu erzogen, die sozialen Kompensationsstrategien zu lernen, sich „angepasst" an die Gesellschaft zu verhalten.

Der dritte Punkt sind Komorbiditäten, die die autistische Störung verdecken können.

Die Frage der Geschlechtsspezifität wird uns später noch beschäftigen, lassen Sie mich nochmal auf diagnostische Fragen zurückkommen. Können Sie sagen, wie sich das Störungsbild etwa von einer Depression oder Borderlinestörung unterscheidet? Welches sind Besonderheiten bei einer zugrundliegende ASS?

Eine Depression beginnt zum Beispiel in der Regel zu einem bestimmten Zeitpunkt, auch wenn es vielleicht ein langsamer Prozess ist, kann man einen Beginn feststellen. Die ASS ist eigentlich von früher Kindheit an da. Neben den klassischen Depressionskriterien wie gedrückte Stimmung, Antriebsminderung und Interessenverlust fehlen auch die für Depression typischen somatischen Symptome wie Appetitverlust, Antriebsmangel, Libidoverlust. Das ist eigentlich gut abzugrenzen von ASS. Es kann sein, dass eine Depression bei einer autistischen Störung dazu führt, dass sich die autistischen Symptome verstärken.

Bei Borderline, das ist ein ganz anderes Störungsbild, eher nach außen gerichtet, tiefgreifend wie die ASS, die die ganze Persönlichkeit tangiert – ähnlich ist tatsächlich eine Unklarheit in Bezug auf Selbstbild und innere Ziele. Das ist beim Autismus zum Teil so, dass eine Alexithymie vorliegt: Gefühle werden nicht gut gespürt, Orientierung fehlt, was man für Bedürfnisse hat. Eine „Blindheit" nach innen hin. Bei Borderline ist im klinischen Bereich gefunden worden, dass ungefähr 10% von den betroffenen Frauen komorbid eine weitere oder eigentlich eine autistische Störung haben.

Sie sagen, dass die Störung als solche eine Störung ist, die die Beziehungen zur Welt und zu anderen Menschen in besonderer Weise prägt. Gibt es in diesem Kontext eine Anfälligkeit für psychische Erkrankungen?

Ja, es gibt komorbid andere Störungsbilder: Depression, die dann auftreten kann, wenn jemand aufgrund der autistischen Symptomatik beruflich oder in sozialen Kontakten immer wieder scheitert oder wenn jemand wegen übermäßiger Anpassungsanstrengung in eine permanente Erschöpfung gerät und auch darüber in eine Depression. Es können auch sozialphobische Symptome dazukommen, wenn jemand als Kind oder Jugendlicher immer gehänselt wurde und die Erfahrung machen musste, die anderen tun einem weh, und dann Bewertungsängste dazukommen. Das ist grade bei der sozialen Phobie schwer abzugrenzen, inwieweit es sich nicht auch um eigentlich autistische Symptome handelt. Da muss man bei der Diagnostik genau aufpassen.

> Wenn jemand einem Beruf nachgeht, eine Partnerschaft oder sogar eine Familie hat, kommt keiner auf die Idee, dass hier eine ASS vorliegen könnte.

Ähnlich bei der Zwangsstörung. Auch da gibt es einen engen Zusammenhang zu autistischen Zwangsphänomenen, nur dass bei den autistischen Zwängen oder Ritualen in der Regel keine Gedanken vorhanden sind, was passieren kann, wenn man bestimmte Rituale nicht durchführt, und dass auch nach dem Ritual keine Spannung abfällt. Bei der Agoraphobie, wenn jemand Orientierungsstörungen hat und schnell reizüberflutet ist, kann es sein, dass er sich zu Hause am sichersten fühlt und sich kaum mehr raus traut, das könnte sich auch auf dem Boden eines Autismus entwickeln. Im Zusammenhang mit Autismus kann es zu Grenzverletzungen kommen, weil ein Mensch mit ASS die eigenen Grenzen oftmals nur schwer erkennen kann und dann erst zu spät merkt, wenn eine Grenze überschritten wurde. Solche Grenzüberschreitungen beruflich oder in sozialen Beziehungen führen zu Stress.

Vielen Dank, das ist ja eine sehr umfängliche Aufzählung, wie sehr eine Symptomatik durch die ASS begründet sein kann und wie dies diagnostisch berücksichtigt werden müsste. – Wie sehen Sie den Erwerb von Kompensationsstrategien und können sie hierfür ein Beispiel geben und mögliche Folgen aufzeigen?

Kompensationsstrategien sind sehr wichtig. Menschen mit ASS leben in dieser Welt und müssen klarkommen, und dazu brauchen sie Wissen und Fähigkeiten im sozialen Bereich, um bestehen zu können. Ich selbst habe vor zwanzig Jahren

soziales Kompetenztraining kennengelernt, das war wie eine Offenbarung für mich (GSK nach Hinsch und Pfingsten). Ich habe solche Trainings für psychosomatische Patienten später auch geleitet und noch heute klassifiziere ich eigentlich Situationen nach diesem Schema, das empfinde ich als sehr hilfreich. Das Wissen darum, dass in Vorstellungsgesprächen oder in anderen sozialen Situationen Blickkontakt erwartet wird, dass ich mit deutlicher Stimme sprechen muss. Man muss lernen, die Gefühle bei anderen zu erkennen, indem die Ausdrucksformen (Mimik und Gestik) aktiv gelernt werden. Es ist jedoch so, dass – wenn man sich nur daran orientiert, Kompensationen anzuwenden – dies leicht zu einer Erschöpfung führt und dann wieder zu einer Depression. Man braucht auch immer wieder Inseln, wo man nicht kompensieren muss.

Stimmt es grundlegend für die ASS, dass eine Schwäche vorliegt, Signale und Sinnesreize im emotionalen Bereich zu verstehen?

Ja, das gehört zum Autismus dazu, es ist ein wesentliches Merkmal, dass man die Emotionen von anderen Menschen schlecht intuitiv verstehen kann. Wobei ich immer noch finde, dass es leichter ist, die Emotionen anderer zu verstehen als die eigenen. Andere kann man immerhin angucken, man sieht deren Gesicht und kann sich daraufhin auch ein Bild machen, aus dem man etwas ableiten kann wie Trauer oder Ärger, der visuelle Eindruck ist begleitend – bei sich selbst hat man den nicht, da muss man fühlen und das fällt mir zum Beispiel extrem schwer, Gefühle bei mir zu identifizieren. Da kann ich nicht anwenden, was ich gelernt habe. Natürlich können auch autistische Menschen sich in andere einfühlen, indem sie sich in deren Situationen hineindenken. Wenn sie selbst Derartiges schon einmal erlebt haben, kann das sehr gut gehen. Auf diese Weise können auch autistische Menschen Empathie empfinden, vielleicht nicht unmittelbar, aber eben über das sich Hineindenken als Umweg.

Ja, das leuchtet mir ein, wobei Selbsterkennen ja für alle Menschen schwer ist. Was denken Sie darüber, dass es bei autistischer Thematik vor allem auch um Überflutung mit Reizen geht, also gleichsam keine hinreichenden Filter vorhanden sind, sodass die Störung auch als ein Versuch gesehen werden könnte, sich über Rückzug Sicherheit zu verschaffen …

Das ist eindeutig so, Rückzug verschafft Schutz. Bei Lärm oder Hitze oder zu vielen Geräuschen oder grellen Lichtern – das ist so das eine. Es gibt aber auch eine Reizüberflutung nach sozialen Kontakten, dass die lange nachwirken, auch wenn die Situation selbst aufgehört hat. Innerlich versucht man das Ganze nachzubearbeiten. Ich habe früher oft ganze Nächte verbracht, um Tagesereignisse nachzuverarbeiten. Das ist eher so eine Art innere Reizüberflutung durch Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen.

Zurück zur Psychotherapie: Gibt es spezifische Besonderheiten im Rahmen von Psychotherapie, die hilfreich sind und vom Psychotherapeuten beachtet werden sollten?

Ja, die Frage finde ich sehr wichtig. Erstmal das Basale für den Behandler. Es ist gut, langsam zu sprechen, nur das Wesentliche, kein Small Talk und nicht mehrere Fragen auf einmal. Pausen zulassen, damit Zeit zum Nachdenken ist. Im Grunde sollte das Gegenüber Ruhe ausstrahlen, das ist hilfreich. Ein nicht zu nahes Sitzen, vielleicht auch nicht direkt gegenüber, eher schräg. Ein Tisch kann so eine schützende Grenze sein. Der Psychotherapeut sollte sich nicht gekränkt fühlen, wenn kein Blickkontakt aufgebaut wird, und den Patienten nicht dazu auffordern, ihn anzuschauen. Die Terminfrequenz sollte individuell besprochen und möglichst klar festgelegt sein. Reizarmut ist wichtiger als bei anderen Patientengruppen. Die autistische Symptomatik sollte nicht psychodynamisch gedeutet werden, da man davon ausgeht, dass sie ererbt ist. Bei Reizüberflutung sollte es für den Patienten möglich sein, kurz rauszugehen oder sich eine Decke über den Kopf zu legen und ein paar Minuten Pause zu machen. Danach sollte dann nicht nachgefragt werden, was da passiert ist in der Zeit, sondern es sollte einfach die Regenerierung abgewartet werden. Rituale wie Abschiedsrituale sind sehr hilfreich.

Bei Reizüberflutung sollte es für den Patienten möglich sein, kurz rauszugehen oder sich eine Decke über den Kopf zu legen und ein paar Minuten Pause zu machen. (…) Es sollte dann einfach die Regenerierung abgewartet werden.

Meine Lieblingsfrage folgt nun: Wie könnten die spezifischen Fähigkeiten und Besonderheiten im Arbeitsleben so berücksichtigt werden, dass Arbeitsfähigkeit erworben werden und erhalten bleiben kann?

Das ist eine Frage, die von ganz vielen Faktoren abhängt. Entscheidend ist, ob jemand eine frühe oder eine späte Diagnose bekommt. Wenn jemand, bevor er mit der Berufstätigkeit oder mit einer Ausbildung anfängt, eine gute Diagnostik durchlaufen hat, dann kann man viel eher auf die autistische Besonderheit Rücksicht nehmen. Als nächstes ist wichtig, ob man offen gegenüber dem Arbeitgeber sein kann oder will, da gibt es Vor- und Nachteile. Wenn man es früh genug weiß, sollte man sich viel Zeit lassen bei der Berufswahl, Beratung suchen, ein Stärken-und-Schwächen-Profil erstellen. Klar ist, dass Berufe mit viel Reizüberflutung oder sozialen, kommunikativen Anforderungen oder auch Berufe, in denen viele Veränderungen passieren oder man viel reisen muss, oft Überforderungen dar-

stellen. Hilfreich wären Teilzeitausbildungen, ansonsten wären mitunter Fernunistudien hilfreich, weil sie weniger soziale Anforderungen mit sich bringen, oder internetbasierte Ausbildungen. Der Gedanke, „ich kann, was ich will", gilt oft nicht, ich muss Grenzen akzeptieren lernen. Teamarbeit kann schwierig sein, wobei es ein Vorurteil ist, dass alle Menschen mit ASS in der Computerbranche gut untergebracht sind. Es gibt durchaus einige betroffene Menschen, die sich in sozialen Berufen gut zurecht finden. Es kann gutgehen, wenn individuelle Nischen gefunden werden können.

Wichtig ist die Berücksichtigung solcher Faktoren auch seitens der Arbeitgeber …

Ja. Inzwischen gibt es auch einige Unternehmen, die nur Menschen mit gesicherter Autismusdiagnose einstellen, weil sie sich deren Stärken wie schnelle Auffassungsgabe, Detailgenauigkeit und hohe Konzentrationsfähigkeit zunutze machen. Zum Beispiel gibt es im IT-Bereich das Unternehmen Auticon, das nur Autisten einstellt, die projektbezogen als Berater für Firmen tätig sind. Dort hat jeder einen Job-Coach, der im Kontakt mit den Kunden hilft, wobei dies auch ein knallhart marktwirtschaftlich orientierter Betrieb ist, also keine gestützte Tätigkeit. Immerhin gibt es das und in der Schweiz habe ich auch von einem anderen Unternehmen gehört, das nur Menschen mit einer Autismusdiagnose einstellt.

Mögen Sie noch etwas zur Geschlechtsspezifität der ASS sagen: Sie selbst deuteten an, dass die sichtbare Ausprägung der jeweiligen Einschränkungen auch an unterschiedlichen Kompensationsstrategien liegen könnte?

Autismus bei Mädchen und Frauen zeigt sich nach meiner Erfahrung anders, verkleideter, versteckter als bei Jungen und Männern. Man ging von einer Häufigkeit von acht zu eins beim Asperger-Syndrom auf der männlichen Seite aus, kommt zunehmend zu einem geringeren Unterschied in der Verteilung. Jungen agieren eher nach außen, Mädchen eher nach innen, bekommen dann eher Attribute wie Schüchternheit. Die Bereitschaft, bestimmte soziale Rollen zu erlernen und einzunehmen, ist meiner Einschätzung nach bei Mädchen größer, wodurch Mädchen jedoch später größere Schwierigkeiten mit der Identitätsfindung zu haben scheinen. Historisch war die Forschung von Asperger auch zunächst ausgerichtet auf Untersuchungen bei Jungen, Mädchen wurden von ihm nicht untersucht, auch Untersuchungen bei Erwachsenen gab es damals noch nicht. Autismus verändert sich ja auch über die Lebensspanne, da bedarf es sicher weiterer Forschung. In Selbsthilfegruppen habe ich auch erlebt, dass Männer ihre autistische Identität eher so leben, wie sie sind, während Frauen und Mädchen eher versuchen, auf eine bestimmte Weise zu erscheinen, das Identitätsgefühl sich somit anders formt. Soziale Kompetenz gilt als Wert, dem es sich anzunähern gilt – dies gelingt mehr oder weniger.

Autismus bei Mädchen und Frauen zeigt sich nach meiner Erfahrung anders, verkleideter, versteckter als bei Jungen und Männern.

Sie sprechen den Bereich des Vergleichs mit anderen und der Gemeinsamkeit autistischen Erlebens an – halten Sie Erfahrungen in Selbsthilfegruppen für sinnvoll?

Gruppen sind eine wichtige Erfahrungsebene. Oft ist man sehr überrascht, dass die anderen genauso wie man selbst auf den ersten Blick kaum auffällig sind. In einer Gruppe, in der die meisten sogenannte frühkindliche Autisten waren, fühlte ich mich im Gegensatz zu den anderen in meiner Identität viel weniger gefestigt als diese, es war mir eine Hilfe zu sehen, dass ich auch autistisch sein darf. Für alle, die eher isoliert leben, ist die Gruppe eine wichtige Erfahrung und eine Chance.

Frau Saalfrank, vielen Dank für das Gespräch.

Dipl.-Psych. Birgit Saalfrank
Willemerstr. 25
60594 Frankfurt am Main
SaalfrankB@web.de

Psychologische Psychotherapeutin, war in einer psychosomatischen Fachklinik tätig, in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie als Leiterin einer Suchtberatungsstelle. Sie ist Mitglied bei Autismus Rhein-Main.

Dipl.-Psych. Gertrud Corman-Bergau
Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen
Roscherstraße 12
30161 Hannover
corman.bergau@t-online.de

Psychologische Psychotherapeutin, Lehranalytikerin, Dozentin und Supervisorin am Lehrinstitut für Psychoanalyse und Psychotherapie Hannover und am IPAW der Medizinischen Hochschule Hannover; Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Mitglied im Redaktionsbeirat des PTJ.

Die Exploration der Krankheitskonzepte von Flüchtlingen bezüglich ihrer Posttraumatischen Belastungsstörung

Jenny Mika, Barbara Abdallah-Steinkopff & Maria Gavranidou

Zusammenfassung: Das Cultural Formulation Interview (CFI) wird im DSM-5 zur Exploration der kulturellen Dimension psychischer Störungen vorgeschlagen. In der vorliegenden Studie wird die Anwendbarkeit des CFI zur Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte von Flüchtlingen mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) evaluiert. Mit neun Patientinnen und Patienten[1] eines Behandlungszentrums für Flüchtlinge wurden entsprechend des CFI Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden in einer Qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Einige Fragen eignen sich zur Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte von traumatisierten Flüchtlingen. Die Antworten geben Hinweise auf ein Krankheitskonzept, das sich vom PTBS-Konzept unterscheidet. Andere Fragen führten zu systematischen Missverständnissen. Die Ergebnisse deuten auf eine kontextgebundene Perspektive auf psychische Symptome und PTBS hin. Eine adaptierte Version des CFI zur Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte traumatisierter Flüchtlinge wird vorgeschlagen, die dies berücksichtigt.

Einleitung

Die aktuellen politischen und wirtschaftlichen Ereignisse haben dazu geführt, dass weltweit immer mehr Menschen ihre Heimatländer auf der Suche nach Schutz vor Verfolgung und politischer Willkür, sicheren Arbeits- und Lebensbedingen und einem Leben in Freiheit und Würde verlassen. Entsprechend der weltweit steigenden Flüchtlingszahlen stiegen auch in Deutschland die Zahlen der Asylbewerber: Im Vergleich zum Jahr 2012 (64.539 Erstanträge) hat sich die Zahl der Erstanträge im Jahr 2014 mit 173.072 Anträgen mehr als verdoppelt. Im Januar und Februar 2015 wurden 45.173 Erstanträge gestellt. Im Januar und Februar 2014 waren es 22.692 Anträge. Für das laufende Kalenderjahr ist demnach von einer im Vergleich zum Vorjahr deutlich höheren Flüchtlingszahl auszugehen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF], 2015).

Im Vergleich zum Jahr 2012 (64.539 Erstanträge) hat sich die Zahl der Erstanträge im Jahr 2014 mit 173.072 Anträgen mehr als verdoppelt.

Traumatisierte Flüchtlinge

Flüchtlinge, die ihre Heimat aufgrund von Gewalt, Verfolgung, Vertreibung oder Krieg verlassen, entkommen durch ihre Flucht einer unmittelbaren Bedrohung (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 1951). Die psychische Belastung hält jedoch oft weiter an, was Flüchtlinge zu einer Risikogruppe für psychische Gesundheitsprobleme macht (Maier, Schmidt & Müller, 2010). Die Ergebnisse epidemiologischer Studien zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen variieren stark aufgrund von unterschiedlichen Charakteristika der Stichproben, der Untersuchungszeitpunkte und der Erhebungsinstrumente (Haenel, 2011). Dennoch gibt es ausreichend Hinweise für eine erhöhte Belastung und höhere Prävalenz von psychischen Störungen, insbesondere Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Depression bei Flüchtlingen. Hollifield et al. (2002) berichten in ihrer Überblicksarbeit über die psychische Gesundheit von Flüchtlingen PTBS-Prävalenzen zwischen 4% und 86% und Depressions-Prävalenzen zwischen 5% und 31%. Für Deutschland berichten Gäbel et al. (2006) eine PTBS-Prävalenz von 40% bei erwachsenen Flüchtlingen, Gavranidou et al. (2008) klinische Symptome von Angst, Depression und PTBS bei ca. der Hälfte der untersuchten Kinder und Jugendlichen mit Fluchthintergrund.

Die Prävalenzzahlen verdeutlichen: Eine große Zahl von Flüchtlingen bringt aufgrund traumatischer Erfahrungen im Heimatland psychische Belastung mit nach Deutschland.

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

Bedingt durch die häufig hinzukommenden peri- und postmigratorischen Faktoren liegt oft eine besonders vielschichtige Traumatisierung vor (Wilson, 2004). Der Behandlungsbedarf ist enorm; ihm wird jedoch selten nachgegangen: In einer Studie von Maier et al. (2010) waren lediglich 26% der Stichprobe von Asylantragsstellern unterschiedlicher Herkunft in Behandlung (Psychotherapie, psychosoziale Beratung, Psychopharmakotherapie, einzeln oder kombiniert), obwohl bei 41% eine klinisch relevante psychische Störung diagnostiziert werden konnte.

Als Gründe für die gesundheitliche und psychotherapeutische Unterversorgung von Flüchtlingen sind sprachliche Verständigungsprobleme, verschiedene Krankheitskonzepte und damit einhergehendes unterschiedliches Hilfesuch-Verhalten sowie strukturelle Vorgaben zu nennen (Bottlender, Hloucal & Priebe, 2011). Strukturelle Barrieren stellen insbesondere die Bewilligungspraxis der Leistungsträger, begrenzte Versorgungskapazitäten sowie eingeschränkte Erreichbarkeit von Behandlungsangeboten dar (Baron, Steinhäuser, Berth & Auckenthaler, 2014). Neben dem immer drängender werdenden Problem der psychotherapeutischen Unterversorgung von Flüchtlingen (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer [BAfF], 2015), stellen sich Fragen nach Besonderheiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen (Diagnostik, therapeutische Interventionen, Beziehungsgestaltung etc.). Im Folgenden werden wir uns mit der Anwendbarkeit des *Cultural Formulation Interview* (CFI) zur Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte von Flüchtlingen mit der Diagnose PTBS befassen.

Bedingt durch die häufig hinzukommenden peri- und postmigratorischen Faktoren liegt oft eine besonders vielschichtige Traumatisierung vor.

Besitzt das Krankheitskonzept der PTBS globale Validität?

Die Anwendung des PTBS-Konzepts und die psychotherapeutische Behandlungsform in der kulturübergreifenden Arbeit mit Flüchtlingen erscheint grundsätzlich sinnvoll (Hinton & Lewis-Fernández, 2011). Denn PTBS konnte weltweit nach traumatischen Erlebnissen in verschiedenen untersuchten Populationen beobachtet werden. De Jong, Komproe und Van Ommeren (2003) zum Beispiel zeigten, dass auch in Algerien, Kambodscha, Äthiopien und Palästina PTBS-Symptome dadurch vorhergesagt werden können, ob Menschen Opfer oder Zeugen eines bewaffneten Konflikts geworden waren oder nicht. Winkler et al. konnten PTBS nach Krieg und Entführung bei einem Drittel der untersuchten durch Krieg und Entführung traumatisierten Jugendlichen aus Norduganda nachweisen (Winkler et al., 2015).

Gleichzeitig befürworten Hinton und Lewis-Fernández (2011) die systematische Exploration ethnokultureller Überzeugungen und Unterschiede im Ausdruck traumatischen Stresses, da die Forschungslage, was einige Feinheiten des PTBS-Konzeptes betrifft, uneindeutig ist: So unterscheidet sich die Salienz der DSM-Symptomcluster interkulturell (De Jong et al., 2001) – zum Beispiel stehen bei Flüchtlingen aus Kambodscha somatische Symptome im Vordergrund, insbesondere Schwindel (Hinton & Otto, 2006).

Eine Erweiterung des Konzepts um vier Faktoren, die weltweit verbreitete Folgen von Traumata darstellen, scheint sinnvoll: körperliche Symptome, Distanzieren im Sinne von sozialem Rückzug, Alkoholmissbrauch sowie Leistungsprobleme, z. B. Beeinträchtigung von Lernen und Konzentration (Cunningham & Cunningham, 1997).

Die geringe transkulturelle Validität des Begriffs des traumatischen Ereignisses zeigt das Ergebnis einer Studie von Sachs, Rosenfeld, Lhewa, Rasmussen und Keller (2008): Tibetische Flüchtlinge in Indien bewerten religiöse Verfolgung als erschütternder als Folterungen. Bei denselben Flüchtlingen ist religiöse Verfolgung, im Gegensatz zu Folter, signifikanter Prädiktor für psychische Belastung im Sinne von Angst, Depression, PTBS und Somatisierung.

Für die psychotherapeutische Arbeit ist es zwingend erforderlich, die subjektiven Krankheitskonzepte der Betroffenen einzubeziehen. Die Perspektive von Flüchtlingen hinsichtlich pathologischer Reaktionen nach extremer Belastung und deren Bewältigung, ihre kulturell geprägten Krankheits- und Gesundheitsmodelle sollten in der klinischen Praxis erfasst und berücksichtigt werden. Die heilende Wirkung lokaler Reaktionen auf Trauma, häufig kollektivistisch und nicht individualpsychologisch begründet, bildet wichtige Ansatzpunkte für den Umgang mit dem Erleben von Gewalt in verschiedenen Kontexten (Breslau, 2004).

Subjektive Krankheitskonzepte und die Patientenperspektive

Nach Kelly (1986) bilden Menschen wie Wissenschaftler Theorien, mithilfe derer sie die Welt deuten und sich Phänomene wie zum Beispiel Krankheit und Gesundheit erklären. Auch wenn Individuen unter einem psychischen Problem leiden, entwickeln sie Vorstellungen und Erwartungen bezüglich ihrer Verfassung und entwerfen so subjektive Krankheitskonzepte. Subjektive Krankheitskonzepte sind komplexe kognitiv-emotionale Vorstellungsinhalte bezüglich einer Krankheit. Nach Leventhals *common-sense self-regulation model* bestehen subjektive Krankheitskonzepte aus fünf Komponenten: Krank-

heitsidentität, Krankheitsursachen, Verlauf, Kontroll- und Heilungsmöglichkeiten sowie Konsequenzen (Phillips, Leventhal & Leventhal, 2012).

Für die Psychotherapie und deren Ergebnis ist es bedeutsam, wie sich Menschen ihre psychischen Probleme erklären, diese konzeptualisieren und ihnen Bedeutung zuschreiben. Denn Krankheitskonzepte dienen als Grundlage, auf der Entscheidungen bezüglich der Strategien zum Umgang mit der Krankheit getroffen werden. Subjektive Krankheitskonzepte haben einen direkten Einfluss auf die emotionale Reaktion einer Person hinsichtlich ihrer Krankheit, ihr *Coping*-Verhalten, ihr Hilfesuch-Verhalten sowie die *Compliance* (Petrie & Pennebaker, 2004). So fanden Spoont, Sayer und Nelson (2004) heraus, dass nordamerikanische Veteranen mit PTBS eher dann eine Psychotherapie machen, wenn sie psychosoziale Krankheitskonzepte haben.

Krankheitskonzepte dienen als Grundlage, auf der Entscheidungen bezüglich der Strategien zum Umgang mit der Krankheit getroffen werden.

Subjektive Krankheitskonzepte wirken sich auch auf psychophysiologischer Ebene in Form einer Feedbackschleife aus: Die Interpretation von Symptomen und die daraus folgende Reaktion beeinflussen die physiologischen und psychischen Prozesse, die diese Symptome bedingen (Kirmayer & Sartorius, 2007). Im sogenannten „Teufelskreis der Angst" bei Panik- und anderen Angststörungen zum Beispiel können kulturspezifische Erklärungsmodelle für physische Phänomene als Mediator für eine gesteigerte Selbstwahrnehmung und Katastrophendenken dienen, wie eine Studie von Hinton et al. (2007) mit vietnamesischen Flüchtlingen zeigte.

Subjektive Krankheitskonzepte und transkulturelle Psychotherapie

Welche psychischen und körperlichen Phänomene in welche Art von Krankheitskonzept kategorisiert werden, variiert inter- und intrakulturell, aber auch interindividuell, da Individuen ihre Krankheitskonzepte aufgrund von direktem oder indirektem Erleben entwickeln (Keith, 2013).

Untersuchungen zu Krankheitskonzepten von Migranten konnten Kombinationen aus sozialen und übernatürlichen („magischen") Krankheitskonzepten in mehreren Populationen nachweisen: zum Beispiel bei in London lebenden weißen Briten mit Depression (Jadhav, Weiss & Littlewood, 2001), bei in Paris lebenden drogenabhängigen Migranten aus Nordafrika (Taieb et al., 2012) und bei in London lebenden schizophrenen Migranten der zweiten Generation aus Nigeria und Ghana (McCabe & Priebe, 2004). Da sowohl soziokulturelle Aspekte des Herkunfts- wie des Aufnahmelandes bei der Entstehung von Krankheitsvorstellungen eine Rolle spielen, sind vielschichtige subjektive Krankheitsmodelle besonders bei Migranten und Flüchtlingen zu erwarten (Kirmayer, 2006).

In der psychotherapeutischen Begegnung mit Flüchtlingen treffen diese vielschichtigen kulturell geprägten Krankheitskonzepte auf die kulturell geprägten Krankheitskonzepte der Psychotherapeuten als Vertreter der deutschen psychotherapeutischen „Kultur". Um die Grundlage für eine erfolgreiche Psychotherapie zu schaffen, ist nach Kleinman und Benson (2006) zunächst ein Austausch über die unterschiedlichen Krankheitskonzepte essenziell. Nach diesem Austausch muss ein Kompromiss gefunden werden, auf dessen Basis sich auf ein für beide Seiten befriedigendes Interventionsvorgehen geeinigt werden kann. Einen Ausgangspunkt für einen solchen Austausch stellt die Erfassung der kulturellen Dimension des Problems der Klienten dar, inklusive ihrer subjektiven Erklärungsmodelle. Hierfür wird im DSM-5 das CFI vorgeschlagen (APA, 2013).

Das Cultural Formulation Interview

Das halbstrukturierte, bisher nur in englischer Sprache vorliegende CFI dient der Exploration der kulturellen Dimension des Krankheitserlebens und -kontexts psychiatrischer Patienten (APA, 2013).

Das CFI erfragt die individuelle Erfahrung und Perspektive der Klienten, den sozialen Kontext des klinischen Problems sowie die Perspektive anderer Mitglieder des sozialen Netzwerkes der Klienten. Vier verschiedene Dimensionen werden erfasst: die kulturelle Beschreibung des Problems (*cultural definition of the problem*), die kulturelle Auffassung von Ursache, Kontext und Unterstützung (*cultural perceptions of cause, context, and support*), die kulturellen Faktoren, die Bewältigungsverhalten und vergangenes Hilfesuch-Verhalten beeinflussen (*cultural factors affecting self-coping, and past help-seeking*) und die kulturellen Faktoren, die gegenwärtiges Hilfesuch-Verhalten beeinflussen (*cultural factors affecting current help-seeking*).

Diese Dimensionen entsprechen den von Leventhal (zitiert in Philips et al., 2012) genannten Komponenten. Daher ist davon auszugehen, dass im CFI subjektive Krankheitskonzepte erfasst werden. Ziel der standardmäßigen Anwendung in psychiatrischen und psychotherapeutischen Settings ist es, die kulturelle Validität der DSM-Diagnosen zu verbessern, die Psychotherapieplanung zu erleichtern und die Zufriedenheit und Motivation der Klienten zu erhöhen. Hierzu sollte die im CFI gewonnen Information als Ergänzung zur restlichen diagnostischen Information betrachtet werden (APA, 2013).

Fragestellungen und Hypothesen

In der vorliegenden explorativen Pilotstudie wurde die Anwendbarkeit des CFI im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung traumatisierter Flüchtlinge überprüft. Im Einzelnen wurden folgende Fragen untersucht: Werden die im CFI formulierten Fragen von den Klienten verstanden und beantwortet? Können anhand der CFI-Fragen die subjektiven Krankheitskonzepte der Flüchtlinge für die PTBS erfasst werden? Wenn Elemente eines subjektiven Krankheitskonzepts erfasst werden, haben diese Ähnlichkeit mit dem PTBS-Konzept nach DSM-IV? Angenommen wurde, dass einige Fragen präzisiert werden müssen, um eine sinnvolle Anwendung des CFI in der Traumatherapie von Flüchtlingen zu ermöglichen.

Ziel der Untersuchung war es, ein Vorgehen zu finden und in die Anamnese zu integrieren, mit dessen Hilfe die Perspektive der Klienten auf ihre psychischen Beeinträchtigungen, welche die Psychotherapeuten „PTBS" nennen, exploriert werden kann.

Methoden

Stichprobe und Rekrutierung

In Zusammenarbeit mit elf Psychotherapeuten von REFUGIO München, einem Therapiezentrum für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer, wurde eine Stichprobe von neun Flüchtlingen und Asylbewerbern (m=7, w=2) rekrutiert. Voraussetzung zur Teilnahme war eine PTBS nach DSM-IV, diagnostiziert in Anlehnung an das Essener-Trauma-Inventar (ETI; Tagay et al., 2007). Weitere Voraussetzungen waren die derzeitige Teilnahme an einer Einzel- oder Gruppentherapie in englischer Sprache sowie die Bewertung der Psychotherapeuten bezüglich der ausreichenden psychischen Belastbarkeit der Klienten.

Durchführung

Die zwischen 21 und 71 Minuten dauernden Interviews wurden von der Erstautorin durchgeführt. Alle Teilnehmer willigten nach erfolgter Aufklärung schriftlich in die Teilnahme ein. Nach der Einführung wurde mit den Interviewpartnern gemeinsam der *Demographic Questionnaire* ausgefüllt, der in Anlehnung an die Empfehlungen des DSM-5 zur Erhebung demografischer Daten für die vorliegende Arbeit entworfen wurde. Anschließend folgte die Durchführung und Audioaufnahme des CFI (APA, 2013). Die Psychotherapeuten der interviewten Klienten standen diesen nach dem Interview zur Verfügung, falls ein Nachsorgegespräch gewünscht oder notwendig war.

Qualitative Inhaltsanalyse und deduktive Entwicklung des Kategoriensystems

Die transkribierten Interviews wurden in einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Das Kategoriensystem wurde deduktiv aufgrund der oben dargestellten theoretischen Vorüberlegungen gebildet. In diesem System entspricht jede der drei Forschungsfragestellungen einer Analyseebene (Verständnis, Krankheitskonzept und PTBS-Konzept; siehe Tabellen 1 bis 3). Die semantische Gültigkeit des Kategoriensystems wurde durch zwei Expertenurteile geprüft (Mayring, 2010).

Kategorie	Code	Beschreibung	Ankerbeispiel
Inhalt und Intention der Frage richtig verstanden	R	Die Antwort des Befragten ist interpretierbar und deutet auf ein Verständnis der Frage hin.	Je nach Fragestellung.
Verständnisprobleme	VP	Der Befragte gibt an, die Frage nicht verstanden zu haben oder fragt nach, um die Frage besser zu verstehen (Klärungsfragen).	„Maybe I have not understood properly the question."
Missverständnis	MV	Die Frage wird beantwortet, aus der Antwort wird jedoch ersichtlich, dass die Frage nicht bzw. anders verstanden wurde.	Je nach Fragestellung.
Wiederholung	WDH	Die CFI-Frage wird von der Interviewerin wiederholt.	Je nach Fragestellung.
Umformulierung/ Ergänzung (erfolgreich)	UE	Die Frage muss neu formuliert werden bzw. Information muss ergänzt werden (z. B. nach Klärungsfragen), was zu einem Verständnis der Intention der Frage führt.	Je nach Fragestellung.
Umformulierung/ Ergänzung (nicht erfolgreich)	UNE	Die Frage wird neu formuliert gestellt bzw. Information wird ergänzt (z. B. nach Klärungsfragen). Dies führt nicht zu einem Verständnis der Intention der Frage.	Je nach Fragestellung.
Keine Angaben	KA	Die Antwort ist nicht interpretierbar, da sie abschweifend oder zu knapp ist.	„No" „I do not know."

Tabelle 1: Erste Analyseebene „sprachliches Verständnis"

Kategorie	Code	Beschreibung	Ankerbeispiel
Krankheitsidentität	KID	Der Befragte nennt Symptome eines gesundheitlichen bzw. psychischen Problems.	„And I was in the Asylhome, that was terrible, because I have gone through a lot of depression and lots of other things."
Konsequenzen	KS	Es werden Annahmen über die unmittelbaren und langfristigen Konsequenzen eines Problems deutlich. Der Befragte beschreibt, wie sich die Krankheit auf sein Leben auswirkt.	–
Verlauf	VLF	Der Befragte äußert Annahmen über den zeitlichen Verlauf des Problems (z. B. akut, chronisch oder zyklisch).	„Sometimes I think maybe it no more stops."
Ursachen	UR	Der Befragte äußert mögliche Ursachen des Problems und Informationen über die Umstände der Problementstehung.	„Being idle all day." „psychological effects of certain things we have gone through in our lives"
Heilungserwartungen und Therapievorstellungen	HT	Der Befragte nennt Mittel und Wege, durch die eine Heilung, Besserung oder Kontrolle erreicht oder verhindert bzw. erschwert werden könnte.	„Because in Africa, all we know is maybe if you have fever, you go to doctor and the doctor give you medicine. You take the tablets and in a day or two, you are ok."

Tabelle 2: Zweite Analyseebene „subjektives Krankheitskonzept"

Hauptkategorie	Subkategorie	Code	Beschreibung	Ankerbeispiel
Traumatisches Ereignis	–	TE	Es wird die Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis beschrieben, wie z. B. das direkte Erleben oder Beobachten von tatsächlichem oder angedrohtem Tod.	„Many killings in front of you."
Wiedererleben	Albträume	AL	Der Befragte berichtet von wiederholten Albträumen.	„When this dream comes, I reflect on my past. People are chasing me."
	Aufdringliche Erinnerungen	AE	Der Befragte beschreibt wiederholt sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis, inklusive dissoziativer Zustände wie Flashback-Episoden, in denen die Person Bestandteile des Ereignisses wiedererlebt (evtl. ausgelöst durch mit dem Trauma assoziierte Reize).	„Sometimes I used to see police cars passing me and I would be shocked."
Vermeidung	–	VM	Der Befragte berichtet, dass Gedanken, Gefühle oder Gespräche über das traumatische Ereignis sowie Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis erinnern, vermieden werden. Dies beinhaltet auch die Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern.	„What's happened to me in Nigeria, I cannot say. Because if I say everything today, I don't think I can go house again."
Abflachung der allgemeinen Reagibilität	–	AR	Der Befragte berichtet von einer reduzierten Fähigkeit, Gefühle zu empfinden („emotionale Abgestumpftheit") oder von vermindertem Interesse.	–
Arousal	Schlafstörungen	SCH	Der Befragte berichtet von Ein- oder Durchschlafstörungen.	„I do not sleep a lot."
	Reizbarkeit	RE	Die Befragte beschreibt eine gereizte Stimmung und Wutausbrüche.	„When I look at you, I will look at you as if you do not have to exist. I will kill you. I was so angry, aggressive."
	Konzentrationsschwierigkeiten	KON	Der Befragte berichtet von Problemen, sich zu konzentrieren oder Aufgaben zu beenden.	–

Tabelle 3: Dritte Analyseebene „PTBS-Konzept nach DSM-IV"

Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

In Tabelle 4 sind die wesentlichen soziodemographischen Angaben zu der hier untersuchten Stichprobe dargestellt. Aktuelle Informationen zu den relevanten Aufenthaltstiteln können in Tabelle 5 gefunden werden.

Der Erstkontakt mit dem Therapiezentrum lag im Durchschnitt zwei Jahre zurück. Als Muttersprache gaben vier Befragte Igbo an, jeweils einmal genannt wurden: Somalisch, Kario, Lusoga,

Durchschnittsalter	29 Jahre
Geschlecht	9 Männer 2 Frauen
Durchschnittlicher Schulbesuch in Jahren	6 Jahre
Herkunftsländer:	
Nigeria	5
Sierra Leone	2
Somalia	1
Uganda	1
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Deutschland	4 Jahre
Aufenthaltsstatus:	
Duldung	6
Aufenthaltserlaubnis	2
Aufenthaltsgestattung	1
Religionszugehörigkeit:	
Christentum	8
Islam	1

Tabelle 4: Soziodemographische und aufenthaltsrechtliche Merkmale

Edo und Kono. Vier der Befragten berichteten, sie hätten neben ihrer Muttersprache von klein auf mit Freunden und *„in the streets"* Englisch gesprochen. Die angegebene durchschnittliche Schulbesuchszeit betrug sechs Jahre. Diejenigen, die Englisch nicht von klein auf außerhalb der Schule gelernt hatten, hatten durchschnittlich acht Jahre Englischunterricht.

Anwendbarkeit des CFI

Erste Analyseebene „sprachliches Verständnis": Auch wenn die Englischkenntnisse der interviewten Personen relativ gut waren, scheinen viele der gestellten Fragen sprachlich für Nichtmuttersprachler nicht verständlich zu sein. Lediglich die Hälfte der Fragen wurde auf Anhieb verstanden.

Zweite Analyseebene „subjektives Krankheitskonzept": Auch in Bezug auf das Krankheitskonzept geben nur die Hälfte der Interviews brauchbare Antworten: Für die Ableitung einer Krankheitsdefinition scheint lediglich die Frage 3 *„What troubles you most about your problem?"* eindeutig hilfreich, da diese von acht Personen entsprechend beantwortet wurde. Informationen über die Konsequenzen der genannten Probleme und deren Verlauf haben die Antworten gar nicht bzw. nur wenige geliefert. Aussagen über Ursachen und Unterstützungsformen waren eher eruierbar.

Dritte Analyseebene „PTBS-Konzept nach DSM-IV": Auf der Symptomebene werden kaum Abflachung der allgemeinen Reagibilität, Konzentrationsschwierigkeiten und Vermeidung genannt. Schlafstörungen, Albträume sowie aufdringliche Erinnerungen gehören zu den am häufigsten berichteten Symptomen gefolgt von Reizbarkeit. Traumatische Ereignisse als ursächlich für die aktuelle Symptomatik werden eher selten genannt.

Bei einigen Fragen wurden systematische Problembereiche identifiziert, die durch eine Umformulierung der Frage potenziell umgangen werden können. Diese Problembereiche „Kontext: zeitlicher und örtlicher Bezugsrahmen" sowie „Isolierung: Familie, Freunde und *community*" sind nicht nur relevant für die Anwendung des CFI, sondern für jeglichen therapeutischen Kontakt mit Flüchtlingen.

Kontext: Räumlicher und zeitlicher Bezugsrahmen

Während der Interviews war es für die Befragten oft schwierig, zwischen verschiedenen zeitlichen und räumlichen Bezugsrahmen hin und her zu wechseln. Diese Schwierigkeiten traten im CFI bei folgenden Fragen auf:

- **Frage 1:** *People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would you describe your problem?*
- **Frage 5:** *What do others in your family, your friends, or others in your cmmunity think is causing your problem?*
- **Frage 6:** *Are there any kinds of support that make your problem better, such as support from family, friends or others?*
- **Frage 12:** *Often people look for help from many different sources, including different kinds of doctors, helpers, or healers. In the past, what kinds of treatment, help, advice, or healing have you sought for your problem?*
- **Frage 15:** *Are there any other kinds of help that your family, friends or other people have suggested would be helpful for you now?*

In insgesamt fünf Antworten zeigten sich Unklarheiten bezüglich des zeitlichen Rahmens. Die restlichen Fragen stellten die Befragten vor Schwierigkeiten bezüglich des räumlichen Rahmens, was sich in Antworten im Sinne von Klärungsfragen wie *„Here or in Africa?"* ausdrückte.

Diese Missverständnisse deuten auf eine kontextualisierte Betrachtung einer Krankheit bzw. eines Problems im erweiterten Sinne hin. So berichtete auf mehrfaches Nachfragen hin ein Klient, dass es in Uganda zwar Menschen mit Schlafproblemen gäbe, aber das sei etwas anderes als das Problem, unter dem er in Deutschland leide. Menschen mit Schlafproblemen würden *nighty dancers* genannt und, sobald als solche identifiziert, aus den Dörfern verjagt, da sie Zauberer seien. Seine eigenen Schlafprobleme habe er erst, seit er in Deutschland sei. Ein Problem wie das seine, verursacht durch Stress, gäbe es in Uganda nicht, deshalb könne es dort niemand erklären. Stress im Allgemeinen habe er erst kennengelernt, als er nach Deutschland kam. Der Klient unterschied klar zwischen den Problemen, die in Uganda und in Deutschland auftreten: Schlafprobleme in Uganda sind nicht in einen Zusammenhang zu bringen mit Schlafproblemen in

Aufenthaltsstatus	Beschreibung	Wohnen	Erwerbstätigkeit	Sozialleistungen/ Krankenversicherung
Gestattung	Aufenthaltstitel für die Dauer des Asylverfahrens	räumliche Beschränkung, mind. sechs Wochen, höchstens drei Monate in EAE, dann erfolgt eine verpflichtende Zuweisung durch ZAAB an einen Landkreis und eine GU nach drei Monaten wird Aufenthaltsbeschränkung auf Bundesgebiet erweitert, aber: Wohnsitzauflage bei nicht gesichertem Lebensunterhalt	Arbeitsverbot für die ersten drei Monate, dann unselbstständige Arbeit nach Zustimmung (Vorrangprüfung) möglich evtl. Verpflichtung zu „gemeinnütziger Arbeit" für 1,05€/h; verweigern kann zu Kürzungen des Barbetrages führen; nach 15 Monaten entfällt die Zustimmungspflicht	Kein Anspruch auf ALG II oder Sozialhilfe à AsylbLG: In EAE: Vorwiegend durch Sachleistungen Außerhalb der EAE: vorwiegend Geldleistungen Taschengeld (bar): zw. 174 - 216€ Nach 15 Monaten Anspruch auf höhere Leistungen (wie ALG II) KV: Zunächst keine; Krankenscheine über Sozialamt, dann KV nach 15 Monaten oder durch Arbeit
Duldung	Vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (rechtliche oder tatsächliche Hindernisse verhindern Ausreise), erlischt bei möglicher Ausreise.	Verpflichtende Zuweisung durch ZAAB an einen Landkreis und eine GU (erlischt nach drei Monaten), Wohnsitzauflage bei nicht gesichertem Lebensunterhalt	s. o. für die ersten drei Monate besteht Arbeitsverbot, danach nur mit Vorrangprüfung, nach 15 Monaten ohne Prüfung, aber Zustimmung noch notwendig; nach vier Jahren allgemeine Arbeitserlaubnis; bei mangelnder Mitwirkung (z. B. bei der Passbeschaffung) ist ein totales Arbeitsverbot möglich	s. o. Aber: Bei mangelnder Mitwirkung (z. B. bei der Passbeschaffung) sind Leistungskürzungen möglich (abhängig vom Bundesland).
Aufenthaltserlaubnis				
■ § 25 Abs. 1 - Asyl	Anerkennung nach Art. 16 a Grundgesetz als „Asylberechtigte/r"	Recht auf private Wohnsitznahme (Miete über Jobcenter), Kriterien: Anzahl der Personen, Größe, Preis, d. h. Auszugsaufforderung aus GU, ggf. Zwangsräumung	allgemeine Arbeitserlaubnis ab Erteilung der AE, ohne Wartefrist; auch selbständige Arbeit gestattet	Anspruch auf ALG I, ALG II oder Sozialhilfe KV: über ALG, Sozialamt oder durch Arbeit
■ § 25 Abs. 2 Satz 1, 1. Alternative AufenthG - Flüchtling	Anerkennung als Flüchtling nach der Genfer Flüchtlingskonvention	s .o.	s. o.	s. o.
■ § 25 Abs. 2 Satz 1, 2. Alternative AufenthG – Int. Subsidiärer Schutz	Europarechtlicher subsidiärer Schutz gilt, wenn Folter oder Todesstrafe drohen oder eine erhebliche Gefahr durch einen internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten Konflikt besteht.	s. o. aber: Wohnsitzauflage bei Sozialleistungsbezug	s. o.	s. o.
■ § 25 Abs. 3 - Nationale Abschiebehindernisse/Nationaler subsidiärer Schutz	keine Abschiebung, wenn im Zielland Folter, unmenschliche oder erniedrigende Strafe droht; dies gilt auch bei erheblicher, individueller Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit	Auszug aus GU und private Wohnsitznahme erlaubt, Wohnsitzauflage bei Sozialleistungsbezug	s. o. aber: selbstständige Arbeit nur mit Erlaubnis der Ausländerbehörde möglich	s. o.

Aufenthaltsstatus	Beschreibung	Wohnen	Erwerbstätigkeit	Sozialleistungen/ Krankenversicherung
■ § 25 Abs. 5 – Ausreisehin-dernisse (z. B. Reiseunfähigkeit)	Abschiebung seit 18 Monaten ausgesetzt, Abschiebehindernisse bestehen auf „absehbare Zeit", keine selbstverschuldeten Gründe (z. B. Mangelnde Mitwirkung bei Passbeschaffung)	s. o. (d. h. wieder mit möglicher Wohnsitzauflage)	Eine unselbständige Erwerbstätigkeit darf ohne Zustimmung der Arbeitsagentur aufgenommen werden. Eine formale Erlaubnis durch die Ausländerbehörde ist erforderlich.	Für die ersten 18 Monate: AsylbLG, d.h. Kein Anspruch auf ALG II oder Sozialhilfe Vorwiegend durch Sachleistungen; KV: Krankenscheine über Sozialamt
■ § 25 Abs. 5 – Ausreisehin-dernisse (z. B. Reiseunfähigkeit)			Selbstständige Arbeit nur mit Erlaubnis der Ausländerbehörde möglich.	nach 18 Monaten: Ende AsylbLG, Anspruch auf ALG II oder Sozialhilfe; KV dann durch ALG oder Sozialhilfe oder durch Arbeit
Niederlassungserlaubnis	Unbefristeter Aufenthaltstitel = Daueraufenthaltsrecht	keine Auflagen oder Bestimmungen mehr möglich; ist räumlich unbeschränkt; kann aber bei Auslandsreisen erlöschen	keine Auflagen oder Bestimmungen mehr möglich	keine Auflagen oder Bestimmungen mehr möglich, außer in durch das Aufenthaltsgesetz zugelassenen Fällen

Tabelle 5: Zusammenfassung der verschiedenen Aufenthaltstitel und deren Folgen (Stand 10.04.2015, nach Ebert, 2015)

ALG: Arbeitslosengeld; AsylbLG: Asylbewerberleistungsgesetz; AsylVfG: Asylverfahrens-Gesetz; EAE: Erstaufnahmeeinrichtung; GU: Gemeinschaftsunterkunft; KV: Krankenversicherung; ZAAB: Zentrale Aufnahme- und Ausländerbehörde

Deutschland, auch wenn die Symptome aus dem Kontext gelöst identisch zu sein scheinen.

Der Kontext kann auch als Auslöser für PTBS-Symptome gesehen werden. Eine Veränderung des Kontexts, zum Beispiel aufenthaltsrechtliche Aspekte und damit einhergehende Lebensveränderungen, kann therapeutische Wirkung haben:

„The help I need? I want the government to help me have my stay. Then it will relieve me a little bit of fear. Because with fear a lot of things grip somebody, you know, while one is afraid. When you not have your residential permit, you not have hope. Then, a lot of things will relieve in your body."

Isolierung: Familie, Freunde und community

Fragen, die sich auf Familie, Freunde oder eine *community* und deren Umgang mit den psychischen Problemen des Befragten bezogen, führten zu weiteren Missverständnissen.

So wurde in insgesamt neun Antworten thematisiert, dass es keine Familie, Freunde oder *community* gebe. Ein Klient benannte sogar die Abwesenheit der Familie explizit als Komponenten seines subjektiven Krankheitskonzepts. Als Krankheitsursache beschreibt er, *„that I am living here alone, without family"*. Heilung erhofft er sich von einem Wiedersehen mit seiner Familie:

„I have not seen my family for six years, almost six years. And I think if I would see them again, it will be more helpful because then I should not worry so much like I am worrying now. That would be very helpful."

Diskussion

Die Ergebnisse geben Hinweise auf die Anwendbarkeit der im CFI gestellten Fragen zur Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte traumatisierter Flüchtlinge. Viele der Fragen wurden sprachlich verstanden und führten zu Antworten mit eindeutigen Hinweisen auf vielschichtige zugrundeliegende Krankheitskonzepte – wobei diese sich nur teilweise mit dem PTBS-Konzept nach DSM-IV deckten. Andere Fragen führten systematisch zu Missverständnissen zwischen Interviewer und Interviewten. Aufgrund dieser Ergebnisse wird in Tabelle 6 eine modifizierte Version des CFI zur Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte von traumatisierten Flüchtlingen vorgeschlagen.

Für diesen Leitfaden wurden die Fragen des CFI, die schlecht verstanden wurden, verworfen. Dies betrifft die Fragen 9 bis 11, 13.2 und 16.2. Die Fragen mit hoher relativer Antworthäufigkeit wurden individuell auf ihre Antwortmuster hin überprüft. Fragen, die Antworten mit reichhaltigen Informationen zu zugrundeliegenden Krankheitskonzepten und vereinzelt sogar zu PTBS-spezifischen Symptomen hervorriefen, wurden als anwendbar bewertet und übernommen. So werden die Fragen 3, 4.1, 4.2, 7, 12.2, 13.1, 14 und 16.1 in ihrer CFI-Ausgangsform für den Leitfaden vorgeschlagen. Frage 8 wurde trotz einer hohen relativen sinngemäßen Beantwortungshäufigkeit verworfen, da nur ein Klient im

CFI Frage	Modifizierte Version
1	People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would you describe the problem you have now?
2	Apart from experts, have you told someone about your problem, like a family member or a close friend? ■ **If „yes":** How did you describe your problem? ■ **If „no":** Imagine you were talking to a person you feel very close to now or have felt very close with earlier in your life. This might also be someone back in [*home country*]. Imagine you were telling that person about your problem. What would you say?
3	What troubles you most about your problem?
4.1 4.2	Why do you think this is happening to you? What do you think are the causes of your problem? ■ **Probe:** Some people may explain their problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes.
6	In Germany, are there any kinds of support that make your problem better?
7	Are there any kinds of stresses that make your problem worse, such as difficulties with money?
12.1 12.2	Often people look for help from many different sources, including different kinds of doctors, helpers, or healers. Since your problem started what kinds of treatment, help, advice, or healing have you sought for your problem? ■ **Probe:** What types of help or treatment were most useful?
5	Now, think about a friend who did not flee. A friend who has the same problems you have now but in your home country. What would people in your home country think is causing his or her problem?
15	What would people in your home country suggest would be helpful for him or her?
14	Now, let's talk some more about the help you need. What kinds of help do you think would be most useful to you at this time for problem?
16.1	Sometimes doctors and patients misunderstand each other because they come from different backgrounds or have different expectations. Have you been concerned about this?

Tabelle 6: Leitfaden zur Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte traumatisierter Flüchtlinge in Anlehnung an das CFI

Hinblick auf ein subjektives Krankheitskonzept geantwortet hatte.

Kontextabhängigkeit: Empfehlungen für die Praxis

Die Tatsache, dass die aktuellen psychischen Probleme der befragten Flüchtlinge konzeptuell an den deutschen Asylkontext gebunden sind, erschwert es, in abstrakten Fragen räumlich und zeitlich zwischen dem Herkunftsland und Deutschland zu springen. Daher ist es wichtig, Fragen möglichst konkret zu formulieren und den zeitlichen und räumlichen Kontext, auf den sich die Fragen beziehen, genau zu benennen. Der Kontext, auf den sich bezogen wird, muss aus der Formulierung der Fragen klar hervorgehen, damit diese gemäß ihrer Intention beantwortet werden können. In der modifizierten Version des CFI soll das Gedankenspiel des zeitlichen und räumlichen Bezugswechsels auf diese Weise erleichtert werden (siehe Tabelle 6).

So werden im vorgeschlagenen Leitfaden bei den modifizierten CFI-Fragen 1 und 12 der zeitliche Bezugsrahmen gezielt benannt (*„the problem you have now"* und *„since your problem started"* statt *„in the past"*; siehe Tabelle 6). Bei CFI-Frage 6 soll in der neuen Version die Nennung von „Germany" als räumlicher Bezugsrahmen das Verständnis der Intention der Frage erleichtern.

Eine besondere Herausforderung stellen die CFI-Fragen 5 und 15 dar, die sich auf Gedankenspiele bezüglich der subjektiven Krankheitskonzepte von Familienmitgliedern und Freunden im Herkunftsland beziehen. Hier findet in der modifizierten Version des CFI eine Technik Anwendung, die von den Psychotherapeuten von REFUGIO München bereits in den vergangenen Jahren intuitiv angewandt und in Zusammenarbeit mit Dolmetschern verfeinert wurde, um Gedankenspiele zur Exploration traditionellerer Konzepte zu erleichtern. In Anlehnung an die Ergebnisse der Interviewauswertungen sowie die Erfahrungen der Psychotherapeuten und im Unterschied zum CFI zielen die Fragen der modifizierten Version nicht auf die eigene imaginierte Wirklichkeit der Klienten bei einem hypothetischen Aufenthalt in seinem Herkunftsland ab. Vielmehr werden die Klienten aufgefordert, sich einen Freund vorzustellen, der nicht fliehen konnte und nun im Herkunftsland unter dem gleichen Problem leidet wie der Klient. Was würde er denken und was würden andere ihm empfehlen? Die zwei Fragen, die auf diesem Gedankenspiel basieren (Fragen 5 und 15 des CFI) folgen im neuen Leitfaden direkt aufeinander, um die Zahl an Gedankensprüngen möglichst gering zu halten.

Isolierung: Empfehlungen für die Praxis

Es wurde deutlich, dass die Isolierung und der Verlust bzw. Kontaktabbruch von Angehörigen für Flüchtlinge brisante Themen sind, die in der Formulierung von Fragen in Interviews oder in der Psychotherapie mit Flüchtlingen berücksichtigt werden müssen. Zum Beispiel ist es sinnvoll, zunächst herauszufinden, ob Kontakt mit Angehörigen besteht und ob mit diesen ein Austausch über Probleme wie PTBS stattfindet. Danach kann entschieden werden, ob und wie die Fragen gestellt werden. Die Umformulierung der CFI-Frage 2 für die Anwendung bei traumatisierten Flüchtlingen geschah dementsprechend. Alternativ kann auch das oben beschriebene „Freund im Herkunftsland"-Gedankenspiel Unklarheiten vorbeugen (siehe CFI-Fragen 5 und 15; Tabelle 6).

Welches Problem?

Eine Unklarheit, die sich in der vorliegenden Studie durch die gesamten Interviews und deren Auswertung zog, ist die Problemdefinition. In den Antworten der Flüchtlinge vermischten sich psychische, physische und strukturelle Probleme. Spezifische PTBS-Symptome wurden – abgesehen von Antworten auf die Fragen 1 und 3 – sehr selten genannt. Die diagnostischen Kriterien „verminderte Reagibilität" und „Konzentrationsschwierigkeiten" fanden keine Erwähnung. Dies kann als Hinweis darauf gesehen werden, dass die subjektiven Krankheitskonzepte traumatisierter Flüchtlinge weiter gefasst sind als das PTBS-Konzept nach DSM-IV und psychische, physische und strukturelle Grenzen überwinden. Diese Feststellung entspricht der Kritik an der globalen Validität von PTBS. Ihre Kritiker bemängeln die Reduktion politischer, wirtschaftlicher und sozialer Gewalt auf eine biopsychologische Dimension (Kienzler, 2008). Eine weitere Erklärung für die Divergenz der Konzepte gibt Siloves (2004): Physische und strukturelle Probleme sind nicht Teil der Reaktion auf ein Trauma, sondern stellen vielmehr post-migratorische Faktoren dar, welche die PTBS überlagern.

Unabhängig davon, ob physische und strukturelle Probleme als Dimension einer Traumareaktion oder als getrennt von dieser gesehen werden: Im Alltag der Klienten spielen diese Probleme eine enorme Rolle und sind – auch konzeptuell – verwoben mit den posttraumatischen Belastungssymptomen nach DSM-IV. Kultursensible Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen muss diese Probleme demnach mit einbeziehen. Denn eine spezifische Besserung der psychischen PTBS-Symptome, wie sie in einer „gewöhnlichen" Traumatherapie bewirkt wird, erleichtert zwar den Betroffenen das Leben, vor allem strukturelle Probleme bleiben jedoch bestehen. Ein Klient mit einem erweiterten Traumakonzept wird sich immer noch „krank" und „traumatisiert" fühlen. Es wird einmal mehr deutlich, dass es, wie Kammerlander (1997) schreibt, in der psychotherapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen nicht nur um die Behandlung von Individuen geht, sondern immer auch um den Einsatz für strukturelle Verbesserungen der Lebensbedingungen und Rechte verfolgter Menschen.

Weiterführende Empfehlungen für Praxis und Forschung

Neben dem in Tabelle 6 vorgeschlagenen Leitfaden lassen sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie weitere allgemeine Empfehlungen zur Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte traumatisierter Flüchtlinge ableiten.

Die vorliegende Studie zeigt, dass Formulierungen wie diejenigen im CFI häufig zu abstrakt sind. Um Missverständnissen vorzubeugen, können Dolmetscher als Experten einbezogen werden: Bei REFUGIO München hat es sich bereits in den vergangenen Jahren bewährt, Dolmetscher schon vor dem Therapiegespräch zu konsultieren, um herauszufinden, ob eine bestimmte Fragestellung übersetzbar ist. Wenn Dolmetscher eine Frage nur durch die Nennung von Beispielen und Vorgabe von Antwortmöglichkeiten (z. B. *„Wo würden Sie hingehen, um Hilfe zu bekommen – zu einem Arzt, zu einem Heiler, zu einer weisen Frau oder zu einem Psychotherapeuten?")* bzw. durch die genauere Beschreibung des Kontexts in der Muttersprache eines Klienten verständlich übersetzen können, deutet dies darauf hin, dass die Ausgangsfrage zu abstrakt formuliert ist.

Besonders im Elterntraining wurde bei REFUGIO die Erfahrung gemacht, dass Muttersprachler einen wesentlich offeneren Zugang zu den Familienmitgliedern bekommen.

Nach Kluge (2011) ist es darüber hinaus generell sinnvoll, wenn Menschen mit gleichem kulturellen Hintergrund und gleicher Muttersprache wie denen der Klienten in ein Gespräch oder einen psychotherapeutischen Prozess eingebunden werden. Ghane, Kolk und Emmelkamp (2010) konnten zeigen, dass türkische und marokkanische psychiatrische Patienten dazu tendieren, einem Interviewer gleicher Herkunft eher interpersonelle, viktimisierende (z. B. Opfer von Missbrauch) oder religiöse bzw. mystische (z. B. göttliche Bestrafung) Erklärungsmodelle und Krankheitsursachen zu berichten. Ethnisch unterschiedlichen Interviewern wurden eher medizinische Krankheitsmodelle berichtet. Zudem sind Krankheitskonzepte sprachlich gebunden: Sprache beeinflusst Denken. Bei bilingualen Personen sind verschiedene Inhalte, Emotionen und Erfahrungsräume mit unterschiedlichen Sprachen verbunden. Traditionelle Krankheitskonzepte werden auf der Muttersprache eher berichtet als auf einer Zweitsprache (Kluge, 2011).

Da die Interviews in der vorliegenden Arbeit mit Klienten aus dem subsaharischen Afrika von einer deutschen Interviewerin auf einer Zweitsprache durchgeführt wurden, ist auch in der vorliegenden Studie, so wie in jeglichen Situationen mit kulturellem *mismatch,* ein solches Bias zu erwarten. Durch den Einsatz von Dolmetschern und muttersprachlichen Psychotherapeuten, wie er bei REFUGIO München stattfindet, kann diesen Verzerrungen vorgebeugt werden. Besonders im Elterntraining wurde bei REFUGIO die Erfahrung gemacht, dass Muttersprachler einen wesentlich offeneren Zugang zu den Familienmitgliedern bekommen.

Um das sprachliche und inhaltliche Verständnis der Fragen zu erhöhen, schlug ein Klient vor, die Fragen gleichzeitig schriftlich und mündlich zu stellen. Dieses Vorgehen kann sowohl in Forschung als auch in der Praxis angewendet werden. Umgesetzt wurde diese Idee bereits in dem Computerprogramm MultiCASI zur Vereinfachung der Fragebogen-basierten stan-

dardisierten PTBS-Diagnostik bei Flüchtlingen. Items werden Klienten sowohl sprachlich als auch schriftlich in der Muttersprache präsentiert (Knaevelsrud, Wagner, Karl & Müller, 2007).

Einschränkungen

Die Modifizierung der CFI-Fragen in Tabelle 6 geschah mit dem Ziel, einen Leitfaden zur Exploration subjektiver Krankheitskonzepte traumatisierter Flüchtlinge zu entwickeln. Aufgrund der geringen Fallzahl von neun Personen ist die vorliegende Studie als Pilotstudie und der vorgeschlagene Leitfaden als Entwurf zu betrachten, der genauer evaluiert werden muss.

Da die befragten Klienten im Durchschnitt seit vier Jahren in Deutschland und seit zwei Jahren in Kontakt mit dem Therapiezentrum REFUGIO stehen, ist von einer positiven Selektion der Stichprobe auszugehen: Das CFI dürfte größere Probleme bei der Anwendung in Erstaufnahmeeinrichtungen bereiten, also wenn die Flüchtlinge gerade erst nach Deutschland gekommen sind. Außerdem dürften traumatisierte Flüchtlinge im Erstgespräch psychisch wesentlich belasteter sein als die in der vorliegenden Studie untersuchte therapieerfahrene Gruppe, was die Anwendbarkeit des CFI stärker als hier dargestellt einschränken könnte. Durch das Interview ausgelöste Dissoziationen und Intrusionen sind zu erwarten. Um dem vorzubeugen, ist es sowohl in weiterer Forschung als auch in der Anwendung des Leitfadens wichtig, dass diese durch eine in der Arbeit mit traumatisierten Menschen erfahrene Person geschieht. Darüber hinaus ist es hilfreich zu betonen, dass der Befragte nicht seine ganze Geschichte erzählen muss, sondern dass im Gespräch zunächst das derzeitige Erleben im Vordergrund stehen soll. Abhängig vom psychischen Zustand kann es sinnvoll sein, die Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte nicht in die Anamnese, sondern erst in den fortgeschrittenen Psychotherapieprozess zu integrieren.

Sowohl in der Forschung als auch in der Anwendung des Leitfadens ist es wichtig, dass diese durch eine in der Arbeit mit traumatisierten Menschen erfahrene Person geschieht.

In der vorliegenden Studie konnte die Relevanz der Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte gezeigt werden. Auch die befragten Klienten erlebten diese Exploration als positiv. Nicht nur im Fragebogen zur Evaluation der Interviewsituation, sondern auch im anschließenden Nachsorgegesprächen mit den Psychotherapeuten meldeten sie zurück, das Interview interessant gefunden und sich über das Interesse der Interviewerin gefreut zu haben. Diesem Interesse an einem Austausch über subjektive Krankheitskonzepte sollte nachgegangen werden. Die Exploration subjektiver Krankheitskonzepte stellt ein für die Psychotherapie wertvolles Vorgehen dar, das in die therapeutische Praxis, besonders in transkulturellen Settings, integriert werden sollte. Der in Tabelle 6 vorgeschlagene Leitfaden stellt hierfür einen ersten Schritt dar.

Literatur

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5. Aufl.). Washington DC: American Psychiatric Association.

BafF (2015). Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter durch die Konsequenzen der AsylbLG-Novelle. Verfügbar unter: www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Gef%C3%A4hrdung-der-psychotherapeutischen-Versorgung-Gefl%C3%BCchteter-durch-AsylbLG_Novelle.pdf [02.04.2015].

Baron, J., Steinhäuser, T., Berth, H. & Auckenthaler, A. (2014). „Überall ‚Nein'. Ein Alptraum." – Erfahrungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden mit der psychosozialen Versorgung in Deutschland. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 46 (3), 701-718.

Bottlender, R., Hloucal, T. M. & Priebe, S. (2011). Gemeindepsychiatrische Versorgung von Migranten. In W. Machleidt & A. Heinz, A. (Hrsg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie (S. 517-525). München: Elsevier.

Bundesamt für Migration und Flüchtinge (2015). Aktuelle Zahlen zu Asyl: Ausgabe Februar 2015. Verfügbar unter: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile [01.04.2015].

Breslau, J. (2004). Cultures of Trauma: Anthropological Views of Posttraumatic Stress Disorder in International Health. Culture, Medicine and Psychiatry, 28 (2), 113-126.

Cunningham, M. & Cunningham, J. D. (1997). Patterns of symptomatology and patterns of torture and trauma experiences in resettled refugees. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31 (4), 555-565.

De Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W. & Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. Journal of the American Medical Association, 286 (5), 555-562.

De Jong, J. T., Komproe, I. H. & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. The Lancet, 361, 2128-2130.

Ebert, J. (2015). Zusammenfassung der verschiedenen Aufenthaltstitel und deren Folgen. (Unveröffentlichtes Manuskript). REFUGIO München.

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (1), 12-20.

Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. Kindheit und Entwicklung, 17 (4), 224-231.

Ghane, S., Kolk, A. M. & Emmelkamp, P. M. G. (2010). Assessment of explanatory models of mental illness: effects of patient and interviewer characteristics. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 45, 175-182.

Haenel, F. (2011). Posttraumatische Belastungsstörung – Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Folter- und Bürgerkriegsüberlebenden. In W. Machleidt & A. Heinz, A. (Hrsg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie (S. 307-319). München: Elsevier.

Hinton, D. E., Hinton, L., Tran, M., Nguyen, M., Nguyen, L., Hsia, C. & Pollack, M. H. (2007). Orthostatic panic attacks among Vietnamese refugees. Transcultural Psychiatry, 44, 515-44.

Hinton, D. E. & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. Depression and anxiety, 28 (9), 783-801.

Hinton, D. & Otto, M. W. (2006). Symptom presentation and symptom meaning in Cambodian refugees with posttraumatic stress disorder and panic disorder. Cognitive Behavioral Practice, 13 (4), 249-260.

Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., Stevenson, J. & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status

in refugees: a critical review. Journal of the American Medical Association, 288 (5), 611-621.

Jadhav, S., Weiss, M. G. & Littlewood, R. (2001). Cultural experience of depression among White Britons in London. Anthropology & Medicine, 8 (1), 47-69.

Kammerlander, A. (1997). Einleitung. In A. Kammerlander (Hrsg.), Das Persönliche ist politisch. Psychosoziale Zentren – Therapie mit Folterüberlebenden im Spannungsfeld zwischen menschlichem Einzelschicksal und Politik (S. 2-5). Frankfurt: IKO.

Keith, K. D. (2013). Categorization. In K. D. Keith (Hrsg.), The encyclopedia of cross-cultural psychology (Vol. I, pp. 160-161). Chichester: Wiley & Sons.

Kelly, G. A. (1986). Die Psychologie der persönlichen Konstrukte (E. Danziger-Tholen, Übers.). Paderborn: Junfermann.

Kienzler, H. (2008). Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena. Social Science & Medicine, 67 (2), 218-227.

Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the ‚new cross-cultural psychiatry': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. Transcultural Psychiatry, 43 (1), 126-144.

Kirmayer, L. J. & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. Psychosomatic Medicine, 69, 832-840.

Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. PLOS Medicine, 3 (10), 1673-1676.

Kluge, U. (2011). Sprach- und Kulturmittler im interkulturelle psychotherapeutischen Setting. In W. Machleidt & A. Heinz, A. (Hrsg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie (S.145-154). München: Elsevier.

Knaevelsrud, C., Wagner, B., Karl, A. & Müller, J. (2007). New treatment approaches: integrating new media in the treatment of war and torture victims. Torture, 17 (2), 67-78.

Maier, T., Schmidt, M. & Müller, J. (2010). Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. Swiss Medical Weekly, 140, 1-7.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.

McCabe, R. & Priebe, S. (2004). Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. British Journal of Psychiatry, 185, 25-30.

Petrie, K. J. & Pennebaker, J. W. (2004). Health-related Cognitions. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Eds.), The SAGE Handbook of Health Psychology (pp. 127-142). London: Sage.

Phillips, L. A., Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. British journal of health psychology, 17 (2), 244-257.

Sachs, E., Rosenfeld, B., Lhewa, D., Rasmussen, A. & Keller, A. (2008). Entering exile: Trauma, mental health, and coping among Tibetan refugees arriving in Dharamsala, India. Journal of traumatic stress, 21 (2), 199-208.

Silove, D. (2004). The Global Challenge of Asylum. In J. P . Wilson, & B. Drozdek (Eds.), Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims (pp. 13-31). New York: Brunner-Routledge.

Spoont, M., Sayer, N. & Nelson, D.B. (2004). PTSD and Treatment Adherence. The role of Health Beliefs. Journal of Nervous and Mental Disorders, 193, 515-522.

Tagay S., Erim Y., Stoelk B., Möllering A., Mewes R. & Senf W. (2007). Das Essener Trauma-Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, 1, 75-89.

Taieb, O., Chevret, S., Moro, M. R., Weiss, M. G., Biadi-Imhof, A., Reyre, A. & Baubet, T. (2012). Impact of Migration on Explanatory Models of Illness and Addiction Severity in Patients With Drug Dependence in a Paris Suburb. Substance Use & Misuse, 47, 347-355.

UNHCR (1951). Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. Verfügbar unter: www.unhcr.de/fileadmin/rechtsinfos/fluechtlingsrecht/1_international/1_1_voelkerrecht/1_1_1/FR_int_vr_GFK-GFKundProt_GFR.pdf [25.04.2014].

Wilson, J. P. (2004). Theoretical, Conceptual and Sociocultural Considerations. In J. P. Wilson & B. Drozdek (Eds.), Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims (pp. 3-6). New York: Brunner-Routledge.

Winkler, N., Ruf-Leuschner, M., Ertl, V., Pfeiffer, A., Schalinski, I., Ovuga, E., (...) & Elbert, T. (2015). From war to classroom: PTSD and depression in formerly abducted youth in Uganda. Frontiers in Psychiatry, 6, 2.

Jenny Mika, M. Sc.

REFUGIO München
Rosenheimer Str. 38
81669 München
jenny.mika@gmx.de

Klinische Psychologin (M. Sc.) und Medizinethnologin (M. Sc.), Mitarbeiterin von REFUGIO München. Ihre Interessensschwerpunkte sind transkulturelle Psychiatrie, PTBS und die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen.

Aktuelles aus der Forschung

Die Neuklassifikation somatoformer Störungen im DSM-5

Ausschnitte der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion und Implikationen für die klinische Praxis

Wiebke Broicher

Einleitung

Die Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 1993) und DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003) benutzen die Kategorie der „Somatoformen Störungen", um Patientinnen und Patienten[1] zu beschreiben, die unter medizinisch ungeklärten somatischen Symptomen leiden. Diese „Somatoformen Störungen" gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland (Wittchen et al., 2011). Nach ICD-10 und DSM-IV umfassen sie eine sehr heterogene Gruppe von Diagnosen (siehe Kasten 1), was sowohl für psychotherapeutische als auch für wissenschaftliche Zwecke als wenig praktikabel eingestuft wird. Sie werden daher als überarbeitungsbedürftig angesehen (Löwe et al., 2008).

F45 Somatoforme Störungen
F45.0 Somatisierungsstörung
F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2 Hypochondrische Störung
F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.8 Sonstige somatoforme Störungen

Kasten 1: Unterteilung Somatoformer Störungen nach ICD-10

Eine grundlegende Überarbeitung ist mit dem DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) vorgelegt worden. Es konzipiert diese Diagnosegruppe nun neu unter dem Begriff „Somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen" (siehe Kasten 2). Die Unterkategorie der Somatischen Belastungsstörung (SBS) fasst die bisherigen Diagnosen der Somatisierungsstörung, der undifferenzierten Somatisierungsstörung, der somatoformen autonomen Funktionsstörung, der anhaltenden sowie der somatoformen Schmerzstörung und – falls körperliche Symptome berichtet werden – auch der hypochondrischen Störung zusammen. Die hypochondrische Störung ohne körperliche Symptome findet sich nun unter dem Begriff der „Krankheitsangststörung".

Besonders umstritten ist von jeher die Unterscheidung zwischen medizinisch begründbaren (*medically explained symptoms, MES*) und nicht begründbaren (*medically unexplained symptoms, MUS*) körperlichen Beschwerden. Die Zuordnung von Körpersymptomen zu MUS oder MES ist selbst für Spezialisten schwierig und wird noch verkompliziert durch Patienten, die zwar nachgewiesenermaßen unter einer medizinischen Erkrankung leiden, deren Beschwerden aber das erwartbare Maß überschreiten. Die Neuklassifikation im DSM-5 hebt diese Unterscheidung auf und die Diagnose SBS können nun sowohl Patienten erhalten, die über körperlich nicht eindeutig erklärbare Beschwerden klagen, wie auch Patienten, bei denen die körperlichen Beschwerden im Kontext einer organmedizinischen Grunderkrankung auftreten. Auch ist keine Mindestanzahl an körperlichen Symptomen für die Diagnose vonnöten. Damit soll der bisher implizierte Leib-Seele-Dualismus überwunden werden. Kritisiert wird unter anderem, dass dies

Somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen
Somatische Belastungsstörung (SBS)
Krankheitsangststörung
Konversionsstörung (Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen)
Psychologische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen
Vorgetäuschte Störung
Andere näher bezeichnete somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen
Andere nicht näher bezeichnete somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen

Kasten 2: Neukategorisierung „Somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen" im DSM-5

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

A. Eines oder mehrere somatische Symptome, die belastend sind oder zu erheblichen Einschränkungen der alltäglichen Lebensführung führen.

B. Exzessive Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bezüglich der somatischen Symptome oder damit einhergehender Gesundheitssorgen, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale ausdrücken:
   1. Unangemessene und andauernde Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome.
   2. Anhaltende stark ausgeprägte Ängste in Bezug auf die Gesundheit oder die Symptome.
   3. Exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitssorgen aufgebracht werden.

C. Obwohl keine der einzelnen somatischen Symptome durchgängig vorhanden sein muss, ist der Zustand der Symptombelastung persistierend (typischerweise länger als sechs Monate).

Bestimme, ob:
Mit überwiegendem Schmerz (früher: „Schmerzstörung") (…)

Bestimme, ob:
Andauernd: Ein chronischer Verlauf ist gekennzeichnet durch schwergradige Symptome, deutliche Beeinträchtigungen und eine langer Dauer (länger als sechs Monate).

Bestimme den aktuellen Schweregrad:
Leicht: Nur eines der unter Kriterium B bezeichneten Symptome trifft zu.
Mittel: Zwei oder mehr der unter Kriterium B bezeichneten Symptome treffen zu.

Schwer: Zwei oder mehr der unter Kriterium B bezeichneten Symptome treffen zu; zusätzlich bestehen multiple somatische Beschwerden (oder ein sehr schwer ausgeprägtes somatisches Symptom).

Kasten 3: Kriterien der Somatischen Belastungsstörung nach DSM-5

zu einer überhöhten Prävalenz dieses Störungsbildes führen könne. Sowohl DSM-IV als auch ICD-10 verlangen für die Diagnose einer somatoformen Störung, dass die MUS medizinische Untersuchungen nach sich ziehen, das DSM-IV spezifiziert, dass in wichtigen Lebensbereichen Beeinträchtigungen bestehen müssen. Die bisherige Studienlage, ob MUS und MES anhand dieser Kriterien unterscheidbar sind, ist nicht eindeutig. Vorgestellt werden soll die Studie von Klaus et al. (2013), die sich der Frage widmet, inwiefern eine Dichotomisierung in MUS und MES gerechtfertigt ist.

Das DSM-5 legt als neues obligates Diagnosekriterium kognitiv-emotionale und Verhaltensmerkmale im Umgang mit den körperlichen Symptomen fest (siehe Kasten 3, Kriterium B). Hiermit wird zwar nur ein kleiner Teil der Faktoren berücksichtigt, die in der Literatur als relevant für die Entstehung und Aufrechterhaltung berichtet werden (Herzog et al., 2014) – im Gegensatz zur bisherigen Praxis einer Ausschlussdiagnostik werden so jedoch erstmals positive Diagnosekriterien definiert, die eine Klassifikation als psychische Störung rechtfertigen.

Die Einführung psychischer Symptome als Kriterium für die Diagnose der SBS hat die Validität und den klinischen Nutzen des neuen Diagnosesystems erhöht, wie die Arbeit von Voigt et al. zeigt (2013), die als zweite Studie dargestellt werden soll.

Die dritte hier referierte Studie ist eine aktuelle Übersichtsarbeit von van Dessel et al. (2014), der zufolge psychotherapeutische Interventionen für Patienten mit somatoformen Störungen bzw. medizinisch nicht erklärbaren Symptomen höchstens mittlere Effekte erbringen. Im Gegensatz dazu existieren für die Hypochondrie Behandlungen mit erwiesenermaßen hohen Effektstärken (Olatunji et al., 2014), was gegen eine Zusammenfassung dieser Kategorien spricht.

Entlang dieser drei Studien soll die Neukategorisierung der somatoformen Störungen im DSM-5 bewertet werden.

Für deutsche Psychotherapeuten ist die ICD-10 gegenüber den Krankenkassen das verbindliche, das heißt abrechnungsrelevante Diagnosesystem, auch wenn das DSM im Vergleich ausführlichere diagnostische Kriterien mit höherer klinischer und psychosozialer Relevanz liefert. Die folgenden Ausführungen haben also in erster Linie wissenschaftlichen Charakter. Vor dem Hintergrund, dass viele Studien US-amerikanisch sind und damit das neue DSM-5 zugrunde legen, lässt die Neukategorisierung Auswirkungen auf die wissenschaftlich gestützte Entwicklung psychotherapeutischer Interventionen erwarten und kann auf diesem Weg auch für deutsche Kliniker relevant werden.

Darüber hinaus ist auch für die ICD-11 eine Revision der ICD-10-Kategorie „Somatoforme Störungen" zu erwarten. Bisher sind zwar noch keine konkreten Änderungen bekannt gegeben (www.who.int/classifications/icd/ICDRevision/en), eine Anlehnung an das DSM scheint jedoch, wie auch bei den Vorgängerversionen der ICD geschehen, möglich.

Was sagt die Diagnose über den Krankheitsverlauf? – Prädiktive Validität und klinischer Nutzen der DSM-5 Neukategorisierung somatoformer Störungen

Voigt, K., Wollburg, E., Weinmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Langs, G. & Löwe, B. (2013). Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder: prospective 1-year follow-up study. Journal of Psychosomatic Research, 75 (4), 358-361.

Ziel: Diese Studie vergleicht die prädiktive Validität und den klinischen Nutzen der Kategorien „Somatische Belastungsstörung (SBS)" des DSM-5 und „Somatoforme Störungen (SST)" nach DSM-IV und berücksichtigt dabei insbesondere das im DSM-5 eingeführte Kriterium B (siehe Kasten 3).

Methode: 322 stationäre Patienten einer verhaltenstherapeutisch arbeitenden psychosomatischen Klinik wurden bei ihrer Aufnahme in Hinblick auf das Bestehen einer SBS bzw. SST untersucht. Außerdem wurden mittels Fragebögen die depressive und ängstliche Symptomatik, die häufigsten somatischen Symptome inklusive der Ursachenzuschreibung (somatisch, psychisch oder umweltbezogen) für die einzelnen berichteten Symptome, die Stärke gesundheitsbezogener Ängste, das Krankheitsverhalten (beispielsweise Medikation, Scanning, …), dysfunktionale körper- und gesundheitsbezogene Kognitionen (beispielsweise Katastrophisierung, Selbstkonzept körperlicher Schwäche, …) zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende erhoben. Vorhergesagt werden sollte die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten (bestehend aus einer Summenskala zum körperlichen Funktionsniveau und einer Summenskala zum psychischen Funktionsniveau) ein Jahr nach Behandlungsbeginn (*follow-up*).

Ergebnisse: Die Diagnose einer SBS erhielten 9% weniger Patienten als die Diagnose einer SST. Psychosomatische Patienten, die zu Beginn ihrer sechs- bis achtwöchigen Behandlung die Diagnose einer SBS nach DSM-5 oder die Diagnose einer Somatoformen Störung nach DSM-IV erhalten hatten, berichteten im Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität auch ein Jahr nach Behandlungsbeginn noch über ein schlechteres körperliches Funktionsniveau als Patienten ohne eine dieser Diagnosen. Ein schlechteres psychisches Funktionsniveau ein Jahr nach Behandlungsbeginn wurde jedoch allein durch die DSM-5-Diagnose einer SBS vorhergesagt, nicht jedoch durch die Diagnose einer SST.

Die Ergebnisse einer hierarchischen multiplen Regression zeigten, dass die Stärke gesundheitsbezogener Ängste, die Anzahl somatischer Symptome sowie verschiedene Bereiche dysfunktionaler Kognitionen, nämlich ein „Selbstkonzept körperlicher Schwäche", die „Intoleranz von Körperbeschwerden" und die „Tendenz zu gesunder Ernährung und Lebensführung" sowie eine somatische Ursachenzuschreibung das körperliche Funktionsniveau ein Jahr nach Behandlungsbeginn vorhersagten. Ängstliche oder depressive Symptome, eine psychische oder umweltbezogene Ursachenzuschreibung und auch die Skalen des Krankheitsverhaltens vermochten dies nicht.

Das körperliche Funktionsniveau verbesserte sich während der Behandlung und verschlechterte sich bis zur Follow-up-Untersuchung leicht. Varianzanalytisch wurde geprüft, inwiefern Veränderungen in den einzelnen psychischen Merkmalen während der Behandlung die Veränderung des körperlichen Funktionsniveaus im Nachbefragungszeitraum vorhersagen konnten. Allein die Veränderung der körperlichen Gesundheit während der Behandlung sagte das körperliche Funktionsniveau zum Katamnesezeitpunkt voraus, keines der übrigen psychischen Merkmale war hierzu in der Lage und damit von klinischem Nutzen. Allerdings hatte eine vorangegangene Studie (Voigt et al., 2012) gezeigt, dass Veränderungen der körperlichen Gesundheit während der Behandlung abhängig waren von Veränderungen mehrerer der übrigen untersuchten psychischen Merkmale im Behandlungsverlauf. Es besteht also ein indirekter Zusammenhang.

Schlussfolgerung: Die Autoren schließen aus den Ergebnissen auf die grundsätzliche prädiktive Validität der neu eingeführten DSM-5 Diagnose SBS, die der DSM-IV Diagnose überlegen scheint, da sie nicht nur das körperliche Funktionsniveau, sondern auch das psychische Funktionsniveau ein Jahr nach Behandlungsbeginn voraussagt. Es erscheint daher sinnvoll, dass für die Vergabe einer SBS mit dem B-Kriterium auch psychische Merkmale spezifiziert wurden. Diese Diagnose ist dadurch berechtigterweise den psychischen Störungen zuzuordnen. Neben den mit Kriterium B benannten symptombezogenen Gedanken/Gefühlen und Verhaltensweisen, konnten eine Reihe weiterer psychischer Merkmale ausgemacht werden, die v. a. mit verhaltenstherapeutischen Konzepten der Somatisierung zusammenhängen und sich als prädiktiv wertvoll erwiesen. Die Autoren schlagen daher auch in Hinblick auf die Revision der ICD-10 vor, die mit Kriterium B eingeführten psychologischen Merkmale noch weiter zu präzisieren.

Kommentar: Die Zuordnung der SBS zu den psychischen Störungen war im Revisionsprozess zum DSM-5 kritisch diskutiert worden, wird aber von den Ergebnissen der hier vorgelegten Studie bestätigt. Besonders interessant erscheint, dass weitere psychische Merkmale, wie etwa ein Selbstkonzept körperlicher Schwäche, prädiktiven Wert für das langfristige Behandlungsergebnis hatten, die auch in neueren Konzepten zu Somatisierung genannt werden. Für die häufig genannte Kritik, dass die SBS-Neukategorisierung zu einer überhöhten Prävalenz führen könnte, findet sich dagegen kein Hinweis, wobei das Design keine allgemeingültige Aussage über die klinische Praxis erlaubt.

Wie sinnvoll ist es, medizinisch erklärbare (MES) und nicht erklärbare Symptome (MUS) zu trennen?

Klaus, K., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Glaesmer, H. & Mewes, R. (2013). The distinction between „medically unexplained" and „medically explained" in the context of somatoform disorders. International Journal of Behavioral Medicine, 20 (2), 161-171. doi: 10.1007/s12529-012-9245-2.

Ziel der Studie war es, die Relevanz der Dichotomisierung von Körpersymptomen in MUS und MES zu bewerten.

Methodik: 321 Teilnehmer aus der Allgemeinbevölkerung wurden mittels eines strukturierten diagnostischen Interviews telefonisch in Hinblick auf das Auftreten von 49 verschiedenen körperlichen Symptomen innerhalb der vergangenen zwölf Monate befragt. Für jedes Symptom wurde der Beginn und die Dauer erfragt, ob aufgrund dessen eine medizinische Konsultation stattgefunden hatte und welche ärztlich gesicherte Diagnose ggf. gestellt worden war. Außerdem gaben die Interviewteilnehmer an, wie hoch sie die symptombezogene Beeinträchtigung einschätzten und ob sie infolgedessen ihren Lebensstil verändert hatten. Experten werteten die Interviews aus und ordneten die berichteten Symptome anhand zuvor festgelegter Kriterien MUS bzw. MES zu. Ein Jahr nach dem ersten Interview konnten 244 Teilnehmer zur Stabilität der ehemals berichteten Symptome und zu ggf. neu aufgetretenen Symptomen befragt werden.

Ergebnisse: Nur 9% der Teilnehmer waren symptomfrei, 14% nannten ein einzelnes Symptom. Die meisten berichteten jedoch über multiple Beschwerden. Am häufigsten wurden Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen und Kopfschmerzen genannt.

Vor allem Schmerzsymptome und pseudoneurologische Symptome führten dazu, dass ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde. Dabei wurde überwiegend keine medizinische Ursache gefunden. MUS und MES führten gleichermaßen zu Beeinträchtigungen und einer Veränderung der Lebensführung, während Beschwerden, für die keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde, als weniger beeinträchtigend eingeschätzt wurden. Schmerzen wurden gegenüber allen anderen Symptomgruppen (gastrointestinal, pseudoneurologisch, kardiovaskulär, die Sexualfunktionen betreffend) als am stärksten beeinträchtigend erlebt.

Die meisten Beschwerden remittierten bis zur Nachbefragung ein Jahr später. Nur 40% bestanden weiterhin, 55% der Symptome, die im zweiten Interview berichtet wurden, waren neu aufgetreten. Als besonders stabil erwiesen sich Rückenschmerzen innerhalb der MES und alle Arten Schmerzen innerhalb der MUS. Bemerkenswerterweise hatte sich die angenommene Ätiologie in vielen Fällen zum Nacherhebungszeitpunkt verändert (20% der MUS wurden MES, 50% der MES wurden MUS).

Schlussfolgerung: MUS und MES führten zu vergleichbaren Beeinträchtigungen und waren auch vergleichbar instabil. Der überwiegend vorübergehende Charakter der Symptome deckt sich mit ähnlichen Befunden aus der Literatur. Die höhere Stabilität von Schmerzsymptomen, insbesondere von solchen ohne medizinisch erklärbare Ursache, könnte darauf zurückzuführen sein, dass Patienten mit MUS, wie einige Studien zeigen, psychische Besonderheiten aufweisen, die eine Chronifizierung von Schmerzen befördern – beispielsweise neigen sie dazu, physische Betätigung zu vermeiden. Diese Vermeidungsneigung könnte auch eine Erklärung dafür liefern, wie aus MES, etwa Rückenschmerzen aufgrund eines Bandscheibenvorfalls, chronische MUS werden.

Kommentar: Die Studie stützt solche Vorbefunde, die keinen Unterschied von Patienten mit MUS und MES in Hinblick auf klinisch relevante Aspekte gefunden haben. Bei der Aufrechterhaltung und Exazerbation somatoformer Störungen spielen erwiesenermaßen neben psychischen auch physiologische und biologische Faktoren eine Rolle. Auch von daher sollten Klassifikationssysteme die Möglichkeit bieten, all diese Faktoren einzuschließen, was ebenfalls gegen eine reine Dichotomisierung von MUS vs. MES spricht. Andererseits könnte die gänzliche Aufhebung dieser Begrifflichkeiten dazu führen, dass die damit verbundenen diagnostischen Kategorien diskriminatorischen Wert einbüßen. Wichtig erscheint in jedem Fall, dass diagnostische Klassifikationen somatoformer Störungen psychische Merkmale festlegen, mit denen auch auf geeignete Behandlungsansätze hingewiesen werden kann.

Die Studienergebnisse sprechen dafür, Schmerzsymptome diagnostisch gesondert zu behandeln, da diese in höchstem Maße zu Chronifizierung neigen und zu symptombedingten Beeinträchtigungen sowie negativen Veränderungen des Lebensstils führen.

Eine methodische Einschränkung der Studie ist die – bekanntermaßen schwierige – Einteilung in MUS und MES, wobei v. a. MES, die zum Zeitpunkt des Interviews nicht vollständig untersucht waren, als MUS fehlklassifiziert sein könnten. Eine entscheidende Stärke der Studie ist, dass die Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung stammt. Bisherige Studien sind vor allem an klinischen Stichproben durchgeführt worden, was die Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse stark einschränkt, ganz besonders hinsichtlich Aussagen zum Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen des Gesundheitssystems. Eine weitere methodische Stärke ist, dass Leitlinien basierte Interviews verwendet wurden.

Wie wirksam sind psychotherapeutische Interventionen bei medizinisch nicht erklärbaren Symptomen?

van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., van der Horst, H. E. & van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11, p. CD011142.

Ziel dieser Übersichtsarbeit war es, die Wirksamkeit nicht pharmakologischer Behandlungen für Patienten mit somatoformen Störungen bzw. medizinisch nicht erklärbaren Symptomen zu bestimmen.

Eingeschlossene Studien und Teilnehmer: Die Autoren werteten 21 randomisierte kontrollierte Studien aus, in denen insgesamt 2.658 Erwachsene mit der Diagnose einer somatoformen Störung bzw. eines alternativen Konzeptes einer Störung mit medizinisch nicht erklärbaren Symptomen untersucht wurden. Alle Patienten litten seit mehreren Jahren unter ihren Symptomen. Explizit ausgeschlossen wurden Studien zur Hypochondrischen Störung.

Interventions- und Kontrollgruppen: Die Patienten wurden zufällig entweder einer psychologischen Behandlung (zwei Drittel kognitiv-behaviorale Ansätze, ein Drittel psychodynamische, integrative oder achtsamkeitsbasierte Ansätze) oder einer herkömmlichen, ggf. auch „erweiterten Behandlung" wie regelmäßige hausärztliche Termine ergänzt durch Psychoedukation, beziehungsweise einer Wartekontrollgruppe zugewiesen. Eine Studie verglich Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Verhaltenstherapie. Die untersuchten psychotherapeutischen Interventionen umfassten eine bis 13 Sitzungen über einen Zeitraum von einem Tag bis zu neun Monaten.

Ergebnisse: Alle untersuchten psychotherapeutischen Interventionen reduzierten die Symptome stärker als die herkömmlichen Behandlungen oder Wartekontrollgruppen. Die Effekte lagen jedoch lediglich im niedrigen bis mittleren Bereich. Gegenüber „erweiterten Behandlungen" waren keine Unterschiede erkennbar, im Gegenteil wurden die psychotherapeutischen Interventionen etwas häufiger abgebrochen. Schädigende Wirkungen der psychotherapeutischen Interventionen wurden nicht berichtet, aber auch nicht durchgängig untersucht. Die methodische Qualität der eingegangen Studien wurde als niedrig eingeschätzt.

Kommentar: Psychotherapeutische Interventionen wurden insgesamt gut akzeptiert. Insbesondere die KVT zeigte sich gegenüber herkömmlichen Behandlungsansätzen und Wartekontrollgruppen überlegen. Im Vergleich zu Therapieansätzen bei Hypochondrischen Störungen lagen die Effekte jedoch deutlich niedriger. Die hier untersuchten Patienten willigten außerdem explizit in die Teilnahme an psychotherapeutischen Interventionen ein, sodass die Behandlungs-Compliance vermutlich höher war, als im klinischen Alltag zu erwarten. Die Effekte könnten dadurch überschätzt sein. Aus klinischer Sicht sprechen die Ergebnisse gegen eine Zusammenfassung von (Teilen) der ehemaligen Diagnose der hypochondrischen Störung unter dem Dach der SBS. Die im DSM-5 erzwungene Zusammenfassung der ehemals eigenständigen Diagnosen könnte die Forschung an und die Weiterentwicklung von Behandlungsmöglichkeiten erschweren.

Zusammenfassung und Ausblick

Begrüßenswert an der Neukategorisierung der somatoformen Störungen im DSM-5 ist die Aufnahme expliziter psychischer Kriterien, die diese Diagnosekategorie aus dem Status einer Ausschlussdiagnose herausführt und als psychische Störung legitimiert und den Fokus mehr auf zugrunde liegende Mechanismen verschiebt. Die Studie von Voigt et al. (2013) bestätigt die Validität und den Nutzen des neuen Kriteriums „B" und spricht sogar dafür, die aufgeführten psychischen Merkmale noch konkreter zu fassen. Auch Klaus et al. (2013) sprechen sich für eine empiriegestützte Spezifizierung psychischer Merkmale in Form diagnostischer Kriterien aus. Diese könnten nützliche Hinweise für Behandlungsmöglichkeiten liefern.

Die Studienergebnisse von Klaus et al. sprechen außerdem dafür, Schmerzsymptome diagnostisch gesondert zu behandeln, da diese in höchstem Maße zu Chronifizierung neigen und zu symptombedingten Beeinträchtigungen sowie negativen Veränderungen des Lebensstils führen. Eine Kategorisierung unter dem Dach der SBS, lediglich mit der Spezifizierungsmöglichkeit „überwiegender Schmerzen", könnte in Hinblick auf die Entwicklung von Behandlungsansätzen zu kurz greifen und verleugnet die schon bestehende umfangreiche Forschung in diesem Bereich. Eine ähnliche Problematik ergibt sich in Hinblick auf die Zweiteilung der bisherigen Hypochondrie-Diagnose, wie die Ergebnisse der Studie von van Dessel et al. (2014) nahelegen. Hier besteht, wie auch Rief et al. (2014) fordern, dringender Diskussionsbedarf.

Rief et al. (ebd.) stellen auch deutlich infrage, ob ein Patient mit jahrelang bestehenden und wechselnden MUS (ICD-10 „Somatisierungsstörung") in Hinblick auf die zugrundeliegenden psychischen Mechanismen tatsächlich vergleichbar ist mit beispielsweise einer Brustkrebspatientin, die drei Jahre nach der Erstdiagnose trotz aktueller Rezidivfreiheit starke Angst vor einem erneu-

ten Auftreten der Krebserkrankung hat und zusätzlich unter medizinisch nicht erklärbaren Kopfschmerzen leidet. Beide Patienten wären nach DSM-5 der neuen Kategorie SBS zuzuordnen, obwohl sie auch in medizinischer Hinsicht ganz unterschiedlicher Behandlungen bedürfen. Ergänzend schlagen sie eine modifizierte Beschreibung von MUS als „nicht besser durch einen medizinischen Krankheitsfaktor erklärbar" vor. Sie weisen außerdem darauf hin, dass gesundheitsbezogene Ängste infolge einer Krebsdiagnose normal oder sogar notwendig sein können, um etwa auf Anzeichen eines Rezidiv angemessen reagieren zu können, während die gleichen Ängste innerhalb einer Somatisierungsstörung als Katastrophisierung zu bewerten sind. Das DSM-5 macht hier hinsichtlich des Leidensdrucks und der negativen Konsequenzen keinen Unterschied, was jedoch kritisch hinterfragt werden sollte.

Trotz einiger positiver Aspekte der Neukategorisierung somatoformer Störungen im DSM-5, insbesondere der Aufnahme psychischer Kriterien, gefährdet die allzu grobe Zusammenfassung von ehemals distinkten Diagnosen die empirisch gestützten Möglichkeiten zur Weiterentwicklung von bereits bestehenden und anerkannten Behandlungsansätzen. Dies sollte Eingang in einen weiteren kontinuierlichen Diskussionsprozess finden. Es ist zu hoffen, dass dieser auch die anstehende Revision der ICD-10 günstig beeinflusst.

Literatur

American Psychiatric Association (Hrsg. H. Saß, H. U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben) (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (Hrsg. P. Falkai & H. U. Wittchen) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Bern: Hogrefe.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.-H. (Hrsg.). (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Herzog, A., Voigt, K., Meyer, B., Rief, W., Henningsen, P., Hausteiner-Wiehle, C. & Lowe, B. (2014). The Somatic Symptoms Experiences Questionnaire (SSEQ): a new self-report instrument for the assessment of psychological characteristics of patients with somatoform disorder. *Psychotherapie* Psychosomatik und Medizinische *Psychologie*, 64 (3-4), 115-121. doi: 10.1055/s-0032-1333303.

Klaus, K., Rief, W., Brahler, E., Martin, A., Glaesmer, H. & Mewes, R. (2013). The distinction between „medically unexplained" and „medically explained" in the context of somatoform disorders. International Journal of Behavioral Medicine, 20 (2), 161-171. doi: 10.1007/s12529-012-9245-2.

Löwe, B., Mundt, C., Herzog, W., Brunner, R., Backenstrass, M., Kronmuller, K. & Henningsen, P. (2008). Validity of current somatoform disorder diagnoses: perspectives for classification in DSM-V and ICD-11. Psychopathology, 41 (1), 4-9. doi: 10.1159/000109949.

Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A. & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. Behaviour Research and Therapy, 58, 65-74. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.002.

Rief, W. & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 339-367. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153745.

van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstauber, M., Leone, S. S., Terluin, B. & van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 11, CD011142. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2.

Voigt, K., Wollburg, E., Weinmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Langs, G. & Lowe, B. (2012). Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder – comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. Journal of Psychosomatic Research, 73 (5), 345-350. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.08.020.

Voigt, K., Wollburg, E., Weinmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Langs, G. & Löwe, B. (2013). Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder: prospective 1-year follow-up study. Journal of Psychosomatic Research, 75 (4), 358-361. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.08.017.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B. & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology, 21 (9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Wiebke Broicher

Landeskammer für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
WBroicher@ptk-hessen.de

Psychologische Psychotherapeutin (TP) und Wissenschaftliche Referentin der Landeskammer für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen

Recht: aktuell

Rechtliches zur Organisation der praktischen Ausbildung

Johann Rautschka-Rücker

Zusammenfassung: Die Organisation der praktischen Ausbildung stellt erhebliche Anforderungen an die Ausbildungsinstitute, da Berufsrecht, Sozialrecht und Zivilrecht (Behandlungsvertrag) zu beachten sind. Die „Behandlung unter Supervision" stellt eine Besonderheit der Psychotherapeutenausbildung dar, kann aber als Ausprägung des Rechtsinstituts der „Delegation" verstanden werden. Die Supervision dient der Gewährleistung des Facharztstandards, dem auch Behandlungen im Rahmen der Ausbildung genügen müssen. Besonderer Wert sollte auf die rechtliche und organisatorische Einbindung der Supervisorinnen und Supervisoren[1] gelegt werden.

Rechtliche Stellung des Ausbildungsinstituts

Auf die Ausgestaltung der praktischen Ausbildung wirken drei Rechtsgebiete prägend ein:

- die berufsrechtlichen Vorgaben zur Ausbildung (Psychotherapeutengesetz, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen),
- die sozialrechtlichen Vorgaben des § 117 Abs. 2 SGB V und § 8 Psychotherapie-Vereinbarung sowie
- die zivilrechtlichen Vorschriften zum Behandlungsvertrag (§ 630a – 630h BGB) nebst haftungsrechtlichen Gesichtspunkten.

Dadurch entsteht eine komplexe rechtliche Situation, die dem Ausbildungsinstitut organisatorische Vorkehrungen und Anstrengungen abverlangt, denn das Ausbildungsinstitut steht nach allen Seiten (Patient, Ausbildungsteilnehmer, Approbationsbehörde, Kassenärztliche Vereinigung) in der Pflicht.

Auf der Grundlage des § 117 Abs. 2 SGB V wird die Ausbildungsstätte nach § 6 PsychThG als Träger der Ausbildungsambulanz zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt. Näheres dazu wird in § 8 Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.

Damit wird das Ausbildungsinstitut Vertragspartner des Behandlungsvertrages nach § 630a BGB und hat sowohl die Behandlung zu organisieren als auch die Einhaltung aller Pflichten aus dem Behandlungsverhältnis zu gewährleisten.

Im Hinblick auf das Ausbildungsverhältnis steht die praktische Ausbildung unter der Aufsicht und Verantwortung des Instituts (vgl. Jerouschek, 2004, § 6 Rz. 6). Das Ausbildungsinstitut trägt für die praktische Ausbildung die juristische Gesamtverantwortlichkeit und hat den Ablauf und die Organisation der Ausbildung zu gewährleisten, selbst wenn die konkrete Behandlungstätigkeit in einer Lehrpraxis dieser Ausbildungsstätte stattfindet (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 7. März 2007, Az.: L 5 KA 1861/06).

§ 117 Abs. 2 SGB V verlangt, dass „die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen."

Supervision und Facharztstandard

Nach § 8 Psychotherapie-Vereinbarung dürfen die Leistungen ausschließlich „von ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den in dieser Vereinbarung genannten Qualifikationen erbracht oder durch den Ausbildungsteilnehmer frühestens nach Absolvierung der Hälfte der entsprechenden Ausbildung und Nachweis von ausreichenden Kenntnissen und Erfahrungen in dem betreffenden Psychotherapie-Verfahren unter Supervision dafür qualifizierter Therapeuten durchgeführt werden".

§ 630a BGB regelt, dass die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat, das heißt, das Ausbildungsinstitut hat Facharztstandard zu gewährleisten. Das ist nicht nur eine zivilrechtliche Anforderung aus dem Behandlungsvertrag, sondern auch sozialrechtlich vorgegeben. Dazu führt das Bundessozialgericht folgendes aus: „Auch wenn bei den vorgenommenen Behandlungen Ausbildungszwecke im Vordergrund stehen, vollziehen sich diese immerhin an behandlungsbedürftigen Versicherten und sonstigen Leistungsberechtigten der GKV, die nach dem SGB V gegen die Leistungsträger nicht Anspruch auf irgendeine Form der psychotherapeutischen Behandlung haben. Die Versicherten dürften auch

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

mit ihren Beiträgen nur zur Finanzierung solcher Leistungen herangezogen werden und können nur solche Leistungen beanspruchen, die in Einklang mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts – insbesondere den Psychotherapie-Richtlinien und Psychotherapie-Vereinbarungen – stehen." (BSG, Urteil vom 5.2.2003, Az.: B 6 KA 26/02R)

Im Hinblick auf die Gewährleistung des Facharztstandards der Behandlung einerseits (§ 8 Psychotherapie-Vereinbarung, § 630a Abs. 2 BGB) und des Ausbildungserfolgs andererseits (§ 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen) spielt die Supervision eine entscheidende Rolle. Was mit dem Begriff der Supervision gemeint ist, regeln weder der Gesetz- noch der Verordnungsgeber oder die Vertragschließenden der Psychotherapie-Vereinbarung. Offenbar greifen sie auf ein Instrument zurück, das in der psychotherapeutischen „Weiterbildung", wie man das vor Erlass des PsychThG nannte, traditionell Anwendung fand. Im Hinblick auf den neuen Anwendungskontext von Supervision lohnt es aber die Frage zu stellen, was sie leisten muss, um die an sie gestellten normativen Anforderungen zu erfüllen.

Anforderungen an die Supervison

Soweit die Supervision der Gewährleistung des Facharztstandards dient, halte ich die Grundsätze der Delegation für analog anwendbar. Aus §§ 15 und 28 SGB V ergibt sich ein Arzt- oder im Hinblick auf die Einbeziehung der Psychotherapeuten besser Approbationsvorbehalt. Beide Vorschriften kennen aber auch eine mögliche Hilfeleistung anderer geeigneter Personen. So findet sich z. B. in § 28 SGB V die Aussage: „Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist." Danach dürfen im Einzelfall Personen mit Tätigkeiten betraut werden, für die sie die erforderliche Qualifikation, Zuverlässigkeit und Erfahrung aufweisen; es besteht die Pflicht zur notwendigen Instruktion und zur umfassenden Überwachung und Kontrolle (vgl. Kern in Handbuch des Arztrechts, § 45 Rz. 8).

Folgt man diesen Grundsätzen, hat also zunächst eine Auswahl geeigneter Ausbildungsfälle zu erfolgen, die hinsichtlich ihrer Anforderungen dem Ausbildungsstand angemessen sind. Dazu müssen aus meiner Sicht Ambulanzleitung und Supervisoren, die die betreffende, in Ausbildung stehende Person beurteilen können, zusammenwirken. Darüber hinaus benötigt die Auswahlentscheidung eine Einschätzung der zu behandelnden Person hinsichtlich Diagnose, Indikation und Anforderungen an die erforderliche Behandlung, die von einer Person mit einem Fachkundenachweis nach § 95c SGB V aufgrund eigener Feststellungen getroffen werden muss.

Im nächsten Schritt erfordert die Supervision eine angemessene, an den Fähigkeiten bzw. Defiziten sowie dem Behandlungsgeschehen orientierte Anleitung und Behandlungskontrolle. Die Frequenz der Supervisionssitzungen hat sich dabei nach den fachlichen Erfordernissen zu richten und darf nicht schematisch nach jeder vierten Behandlungssitzung eingeschoben werden.

Meines Erachtens ist darüber hinaus eine allgemeine Beaufsichtigung unabdingbar, die die Einhaltung straf- und berufsrechtlicher Normen (z. B. Schweigepflicht, Abstinenz etc.) sichert. Nur so kann der Supervisor die volle Verantwortung für das gesamte Behandlungsgeschehen übernehmen.

Gesamtverantwortung des Ausbildungsinstitutes

Ich hatte bereits auf Organisationspflichten und Gesamtverantwortung des Ausbildungsinstituts hingewiesen. Nach § 4 Abs. 2 und 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen hat es die Supervisoren auszuwählen, anzuerkennen und die Anerkennungen regelmäßig zu überprüfen. Das Bundessozialgericht vertritt in der o. g. Entscheidung zur Ermächtigung darüber hinaus die Auffassung, dass auch die Zulassungsgremien zu prüfen haben, ob die vom Ausbildungsinstitut genannten Supervisoren die notwendige Qualifikation besitzen.

Wird vermittels einer qualifizierten Supervision die Erfüllung des Facharztstandards organisatorisch abgesichert, hat das Ausbildungsinstitut zugleich die notwendigen Vorkehrungen getroffen, den nach § 630a BGB geschuldeten Standard zu gewährleisten.

Da das Ausbildungsinstitut Vertragspartner des Patienten ist, trägt es neben dem Supervisor auch haftungsrechtliche Risiken. Bei der Konstruktion der „Behandlung unter Supervision" sind die Supervisoren diejenigen Beteiligten, die – von der behandelnden Person abgesehen – am dichtesten am Behandlungsgeschehen „dran sind" und am ehesten Risiken erkennen und beherrschen können. Dies macht es aus meiner Sicht erforderlich, dass das Ausbildungsinstitut mit ihnen vertragliche Abreden trifft, die ihre Pflichten klar regeln.

Supervision geht nicht nur Supervisor und Supervisand an. Sie ist integraler Bestandteil der Ausbildung durch das Institut, das die Anerkennung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die Einbindung in die Ausbildung vorzunehmen hat. Der Verzicht auf Prüfung der Qualifikation und Anerkennung wäre schlicht rechtswidrig, der Verzicht auf Regelung der Pflichten des Supervisors im Hinblick auf die Haftung des Ausbildungsinstitutes einigermaßen fahrlässig.

Aus dem Blickwinkel der Ausbildung und den Pflichten aus den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sehe ich die Notwendigkeit einer kontinuierlichen engen Zusammenarbeit von Ausbildungsinstitut und Supervisoren. Wie sollten sonst der Fortschritt der Ausbildungsteilnehmer beurteilt, Stärken und Schwächen identifiziert und möglicherweise notwendige Korrekturen eingeleitet, wie die Prüfungsreife festgestellt werden? Immerhin sind mindestens

drei Supervisoren je Ausbildungsteilnehmer beteiligt (§ 4 Abs. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen).

Patientenakte bei Ausbildungsfällen

Einen weiteren Aspekt möchte ich noch ansprechen, weil es darüber nach meinen Erfahrungen Missverständnisse im Hinblick auf Eigentumsrecht und Datenschutz gibt, nämlich die Patientenakte. Das Eigentum an der Patientenakte steht dem Ausbildungsinstitut bzw. dessen Träger als Vertragspartner und Verpflichtetem aus dem Behandlungsvertrag zu. Zu dem notwendigen Inhalt der Patientenakte gehören auch Aufzeichnungen über Inhalte bzw. Ergebnisse von Supervisionssitzungen, soweit sie die Behandlung, das heißt deren Konzeptionierung, Durchführung und Kontrolle betreffen. Nicht in die Patientenakte gehören Aufzeichnungen in Supervisionsprotokollen, die Selbsterfahrungsprozesse betreffen.

Der Zugang zur Patientenakte kann der verantwortlichen Leitung der Ausbildungsambulanz auch nicht aus datenschutzrechtlichen Gründen unter Verweis auf den Supervisor und seine Stellung verwehrt werden. Der Supervisor steht zwar in der fachlichen Fallverantwortung, er vertritt aber in aller Regel nicht das Institut bzw. dessen Ambulanz und ihn treffen auch nicht die Pflichten aus dem Behandlungsvertrag, wie z. B. die ordnungsgemäße Führung der Patientenakte, die Gewährung der Einsichtnahme oder die Information über Behandlungsfehler. Deren Sicherstellung hat das Ausbildungsinstitut zu gewährleisten. Auch im Hinblick auf die Abwehr eventueller Haftungsansprüche ist der Zugang zu der Dokumentation bzw. Patientenakte für das Institut unverzichtbar.

Literatur

Jerouschek, G. (Hrsg.) (2004). Psychotherapeutengesetz. PsychThg. Gesetz über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze. Kommentar. München: C.H. Beck.

Johann Rautschka-Rücker

Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
JRautschka-Ruecker@ptk-hessen.de

Jurist, seit 2003 Geschäftsführer und Justitiar der Psychotherapeutenkammer Hessen; die Beratungstätigkeit für Mitglieder und Kammergremien liefert immer wieder den Ansatz für Veröffentlichungen zu berufsrechtlichen Fragestellungen.

Interview

„Endlich eine abholende Präventions- und Reha-Strategie umsetzen“

Ein Gespräch mit Direktor Hubert Seiter, DRV Baden-Württemberg, zur BPtK-Angestelltenbefragung sowie zur Rolle von Psychologie und Psychotherapie in der Medizinischen Rehabilitation

Dietrich Munz & Dieter Schmucker

In Zusammenarbeit mit den Landespsychotherapeutenkammern führte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) eine umfassende Befragung unter den angestellten Kolleginnen und Kollegen[1] durch. Die Ergebnisse der Studie sind auf der Homepage der BPtK unter www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html dargestellt.
Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen wächst, diese sind mittlerweile die Hauptursache für Frühberentung. Auch in der somatischen Rehabilitation leiden viele Patienten unter komorbiden psychischen Krankheiten und bedürfen psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlung. Die Träger der medizinischen Rehabilitation, in besonderer Weise die Deutsche Rentenversicherung, haben diese Entwicklung und Bedarfe frühzeitig erkannt und das Angebot medizinischer Rehabilitation weiter entwickelt.
Mehr als 15% der angestellten Psychotherapeuten arbeiten in allen Bereichen der Rehabilitation. Oft beklagt und durch die Studie bestätigt, hat die psychotherapeutische Approbation und Qualifikation häufig keine Relevanz im Arbeitsvertrag und für die Vergütung, obwohl Psychotherapeuten bspw. in behandlungsrelevante Entscheidungen einbezogen sind oder diese selbstständig treffen. Die Ergebnisse der BPtK-Studie waren für uns Anlass für einige Fragen an den Ersten Direktor der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Hubert Seiter.

Dietrich Munz (DM): **Herr Direktor Seiter, die Psychotherapeutenkammern befragten ihre angestellten Mitglieder zu verschiedenen Aspekten ihres Anstellungsverhältnisses in den verschiedenen Arbeitsbereichen, u. a. auch der Rehabilitation und Suchtbehandlung. Dies möchten wir als Anlass nehmen, um mit Ihnen über die Situation der angestellten Psychotherapeuten in der Rehabilitation zu sprechen.**

Doch zunächst einige allgemeine Fragen zur medizinischen Rehabilitation: In letzter Zeit erfährt der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Arbeitsanforderungen zunehmend mehr Aufmerksamkeit. Der Anteil psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt, in der Rehabilitation und auch bei Frühberentungen steigt stetig an. Welche Konzepte hat die DRV Baden-Württemberg zur Etablierung einer „gesünderen“ Arbeitswelt beziehungsweise welche Möglichkeiten hat die medizinische Rehabilitation, auf diese Entwicklung zu reagieren?

Direktor Hubert Seiter: Die medizinische Rehabilitation muss sich besser und zielgenauer abstimmen. Verbesserungsbedürftig ist zum einen die Schnittstelle zur Akutbehandlung. Eine Art Anschlussrehabilitation, wie sie bei anderen Indikationen seit Jahrzehnten sehr erfolgreich praktiziert wird, wäre ein wichtiger Schritt. Während der medizinischen Rehabilitation müssen medizinisch-berufliche Orientierungsgespräche zur Regel werden. Ob bzw. wie qualifiziert dies erfolgt, muss maßgeblich sein für den Preis und die Belegung der Einrichtung. Notwendige berufliche Rehabilitationsmaßnahmen müssen schon während bzw. unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet und durchgeführt werden. Für das Benchmarking der Reha- und Kostenträger muss die Schnittstelle, das heißt eine sehr kurze Zeitspanne zwischen der medizinischen und einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme, zu einem wesentlichen Mess- und Vergleichskriterium werden. Und vor allem: Wir müssen die öffentliche Diskussion um ein Präventionsgesetz nutzen, um – endlich – eine „abho-

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

lende Präventions- und Reha-Strategie“ umzusetzen.

DM: Können Sie diesen Gedanken etwas genauer ausführen …

Unser Leistungsrecht ist traditionell so gestaltet, dass das Verfahren grundsätzlich erst in Gang kommt, wenn ein Antrag gestellt wird. Das ist wichtig, denn so bringt sich die oder der Betroffene selbst aktiv sowohl bei der Einleitung als auch später in der Maßnahme ein. Sie/er signalisiert: Ich will etwas für meine Gesundheit bzw. für den Erhalt der Erwerbsfähigkeit tun! Nicht nur bei psychischen Belastungen stellen wir allerdings zunehmend fest, dass Betroffene und das betriebliche Umfeld oft viel zu spät an wie auch immer geartete Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen denken. Um dem entgegenzuwirken und beispielsweise bei psychischen Auffälligkeiten nicht erst nach sieben und mehr Jahren mit Maßnahmen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit aktiv werden zu können, ist die Rentenversicherung dabei, einen Firmenservice aufzubauen. Wir gehen in die Betriebe und stellen den Arbeitgebern und deren Personalchefs vor, welche Möglichkeiten wir haben, um die Erwerbsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sichern.

DM: **Wie lässt sich diese konsequente, fast schon revolutionäre Realisierung des Grundsatzes „Prävention vor Reha vor Rente“ mit einem gedeckelten Reha-Budget verwirklichen?**

Nur mithilfe des Gesetzgebers. Die demografische Herausforderung darf nicht nur in Sonntagsreden beschrieben und der damit einhergehende Fachkräftemangel beklagt werden. Es muss uns möglich sein, in die Gesundheit und die Erwerbsfähigkeit rechtzeitig und bedarfsgerecht zu investieren. Mit unflexiblen Budgetobergrenzen ist das nicht angemessen machbar. Im Klartext: Wir können derzeit mit medizinischen und beruflichen Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen nur gut 2% unserer Versicherten erreichen. Damit lässt sich der vom Gesetzgeber gewollte spätere Einstieg in die Rente nicht realisieren. Um nicht missverstanden zu werden: Ob derartige Investitionen sich lohnen, darf – nein muss – selbstverständlich von den Vertretern der Beitragszahler, den Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern in der Selbstverwaltung, kritisch hinterfragt werden.

Dieter Schmucker (DS): **Viele chronische Erkrankungen erfordern langfristig eine Verhaltensänderung (Bewegung, Ernährung, Stress) von den Patienten. In der psychosomatischen und Suchtrehabilitation existieren etablierte und erfolgreiche Konzepte zur Lebensstiländerung der Patienten. Inwieweit könnten**

solche Konzepte eine Rolle spielen für die Weiterentwicklung der Rehabilitation als Ganzes?

Derartige Programme sind schon jetzt Inhalt jeder qualifizierten Reha-Maßnahme. Sie haben recht, die psychosomatische, vor allem aber die Sucht-Reha hat diesbezüglich richtungsweisende Akzente gesetzt. Zum einen, weil dort Lebensstiländerungen für den nachhaltigen Erfolg einer Maßnahme ausschlaggebend sind. Aber auch, weil dort schon immer der psychologische und psychotherapeutische Input in das Reha-Geschehen eine herausragende Rolle spielt und nicht zuletzt, weil die – meine – Erfahrung lehrt, dass diese Berufsgruppe es besonders gut versteht, sich konzeptionell einzubringen.

DS: **Ein relativ hoher Anteil der Patienten in den somatischen Indikationen leidet neben der körperlichen Erkrankung auch an einer komorbiden psychischen Störung. Im Bericht der unter Ihrer Leitung arbeitenden Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“[2] der AG Standortfaktor Gesundheit des Sozialministeriums Baden-Württemberg wird ausgeführt, dass die somatische Rehabilitation „nach wie vor zu medizinlastig“ sei. Wie könnte eine Entwicklung in Richtung einer mehr ICF[3]-orientierten ganzheitlichen Ausrichtung der Rehabilitation angestoßen werden?**

Wie gesagt, Ihre Berufsgruppe ist gut geschult und hat die Erfahrung, die „Weiterentwicklung der Reha“ – der somatischen und der psychosomatischen – konzeptionell maßgeblich zu beeinflussen. Wenn es gelingt, die notwendige und ganzheitliche ICF-Orientierung teamorientiert nicht nur anzustoßen, sondern gemeinsam zu ent-

2 www.lpk-bw.de/fachportal/fp_vn/pdf/pg_reha_selbsthilfe_abschlussbericht_2012.pdf

3 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); die von der WHO 2001 herausgegebene Internationale „Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/ beschreibt den funktionalen Gesundheitszustand, die Behinderung, die soziale Beeinträchtigung sowie die relevanten Umweltfaktoren von Menschen. Somit ergänzen sich das bio-medizinische Modell der ICD-10 und das bio-psycho-soziale Modell der ICF: Während die ICD Krankheiten klassifiziert, klassifiziert die ICF Informationen über die Folgen der Krankheiten in Bezug auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen sowie Umweltfaktoren. Beide zusammen liefern somit ein umfassendes Bild von der Gesundheit.
Leistungen der Rehabilitation und zur Teilhabe behinderter Menschen können gemäß dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) erheblich beeinträchtigt, gefährdet oder bereits gemindert ist. Eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person. Ein Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabekonzept der ICF eng verbunden. Danach ist eine alleinige bio-medizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) für die Begründung von Rehabilitationsleistungen nicht ausreichend, sondern eine Berücksichtigung und Darstellung der krankheitsbedingten bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen ist erforderlich.

wickeln, wäre dies der beste Weg, um – wie Sie sagen – eine unangemessene „Medizinzentriertheit" zu vermeiden. Derartige kollektive Prozesse müssen wir Reha- und Kostenträger nicht nur einfordern, wir müssen gelungene Gemeinschaftswerke auch wahrnehmen und honorieren.

DM: **Nach Angaben des Statistischen Bundesamts waren 2013 mehr Psychologen und Psychotherapeuten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation beschäftigt als Ärzte und Fachärzte. Welchen Stellenwert haben die Psychologen und Psychotherapeuten aus Ihrer Sicht in der medizinischen Rehabilitation?**

Wie gesagt, einen hohen! Nicht nur bei der konzeptionellen Weiterentwicklung, auch bei der individuellen Klärung psychischer Probleme mit erforderlichen therapeutischen Interventionen. Diesen hohen Stellenwert reduziere ich im Übrigen keinesfalls nur auf psychosomatische oder Suchtkliniken.

DM: **In der stationären Psychiatrie macht sich der Ärztemangel bereits deutlich bemerkbar. Arztstellen werden deshalb immer häufiger auch mit Psychotherapeuten besetzt. Wie ist das in der medizinischen Rehabilitation und Suchttherapie?**

Gebraucht werden qualifizierte Ärzte und Psychologen/Psychotherapeuten. Jede Berufsgruppe weiß um ihre fachlichen wie rechtlichen Grenzen. Im Vordergrund muss allerdings das gemeinsame Interesse stehen, die anvertrauten Patienten bzw. Rehabilitanden optimal zu behandeln. Das erfordert durchaus auch pragmatische Entscheidungen, die der gemeinsamen Sache, dem gemeinsamen Auftrag dienen und ggf. auch ein übertriebenes Standesdenken in seine Schranken weist. Um konkret zu werden: Es war und ist Unsinn, einer zwar kleinen, aber erfolgreichen Suchteinrichtung fachärztliche Vorgaben zu machen, die rechnerisch korrekt – und zwar bis zu zwei Stellen hinter dem Komma –, aber unbezahlbar

sind. Was spricht also dagegen, z. B. die fachliche Leitung einer derartigen Einrichtung einem gut qualifizierten und langjährig erfahrenem Psychologen zu übertragen, der selbstverständlich weiß bzw. regeln muss, wie er sich – wenn notwendig – fachärztlicher Kompetenz bedienen kann? Meine Mitarbeiter sind gehalten, solche und ähnlich Konstellationen verlässlich abzustimmen.

DS: **Ein Fünftel der Psychotherapeuten, die in der somatischen Rehabilitation tätig sind, hat in der Angestelltenbefragung angegeben, Leitungs- und Führungsaufgaben zu übernehmen, aber formal keine Leitungsfunktion zu haben. Woran liegt das und können Sie sich vorstellen, dass sich in Zukunft hieran etwas ändern könnte?**

Wer Leitungs- und Führungsaufgaben aufgrund seiner Qualifikation übertragen bekommt, hat eine Leitungsfunktion inne. Dies ist mit dem federführenden Kostenträger abzustimmen. Dabei ist – wie bereits gesagt – ggf. verbindlich zu fixieren, dass dies selbstverständlich nicht zulasten der notwendigerweise vorzuhaltenden ärztlichen Fachkompetenz gehen kann. Um auch hier sehr deutlich zu werden, überzeichne ich bewusst: Es kann für den Bestand einer Klinik und für den einzelnen Rehabilitanden gefährlicher sein, einen nur eingeschränkt deutsch-sprechenden, teuren Facharzt im Rentneralter der Form halber in die Leitungsfunktion einer „sprechenden" Reha-Klinik einzubeziehen, statt die Leitungsfunktion einem ausgesprochen verlässlichen Psychologen zu übertragen, wenn in einem verbindlichen Kooperationsvertrag festgeschrieben ist, dass jederzeit höchste ärztliche Fachkompetenz von einer benachbarten Akutklinik zur Verfügung gestellt wird.

DM: **Ein bisschen besser sieht es im Bereich der psychosomatischen und der Suchtrehabilitation aus. Aber auch dort kritisieren die Psychotherapeuten fehlende Chancen zur Übernahme von Leitungsfunktionen. Was könnte die DRV tun, um hier etwas zu ändern?**

Das bereits Gesagte gilt für Suchteinrichtungen erst recht! Meine Mitarbeiter wissen das und finden in der Regel auch wechselseitig akzeptable Lösungen.

DM: **Nach wie vor werden Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation als Diplom-Psychologen bezeichnet, auch über zehn Jahre nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Hier**

besteht Nachholbedarf. Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass sich der „Psychotherapeut" als Berufsbezeichnung in den Arbeitsverträgen noch nicht durchgesetzt hat?

Soweit ich weiß, ist klar umschrieben, wer „Psychotherapeut" ist und deshalb auch entsprechend benannt werden muss. Wenn hier noch Klärungsbedarf besteht, muss dies mit den Betreibern

betroffener Kliniken abgestimmt und falls nötig auch bei Struktur- oder Visitationsgesprächen mit den Kostenträgern thematisiert werden.

DS: **In den neuen Strukturanforderungen der DRV an die Reha-Einrichtungen aus dem letzten Jahr wird zwar formal zwischen Psychologen und Psychotherapeuten unterschieden, dennoch gibt es für Psychotherapeuten keine festgelegten Stellenpläne – auch nicht in der Psychosomatik und Suchtrehabilitation. Wäre es zur Qualitätssicherung nicht sinnvoll, hier konkrete Stellenpläne vorzugeben?**

Wie Sie aus meinen Ausführungen entnehmen können, bin ich kein Freund von übertriebenem Formalismus. Das gilt beispielsweise auch für das regelhafte Abverlangen von „konkreten Stellenplänen" der Reha-Einrichtungen durch den Reha- bzw. Kostenträger. Selbstverständlich muss allerdings der federführende Reha-Träger wissen bzw. es muss mit ihm vereinbart werden, welche Kompetenzen oder Stellen zur vereinbarten Leistungserbringung in der Klinik bzw. auch kooperativ mit anderen Einrichtungen vorgehalten werden. Dafür sind die Strukturanforderungen der DRV eine gute Grundlage.

DM: **In Bezug auf die Vergütung geben die Kollegen – vor allem aus dem Suchtbereich und dem somatischen Bereich – an, dass ihre Approbation keinen Einfluss auf ihre Vergütung habe. Woran liegt das?**

Angemessene Vergütungen orientieren sich an Tarifvereinbarungen oder ergeben sich aus Individualverträgen. Als Reha- und Kostenträger sehen wir uns diesbezüglich daher nicht unmittelbar gefordert. Ganz grundsätzlich sind wir allerdings als Rentenversicherungsträger selbstverständlich daran interessiert, dass hochwertige Arbeit an bzw. mit unseren Rehabilitanden von qualifizierten Fachleuten erbracht wird. Eine angemessene Bezahlung ist hierfür sicher ein Indiz.

DM: **Herr Direktor Seiter, wir bedanken uns herzlich für das Gespräch.**

Hubert Seiter

DRV-Baden-Württemberg
Adalbert-Stifter-Str. 105
70437 Stuttgart
Hubert.Seiter@drv-bw.de

Erster Direktor und Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg, Geschäftsbereiche Strategie und Kommunikation, Sozialmedizinischer Dienst/Reha-Management, Controlling, Organisation und Bau.

Dr. Dietrich Munz

Sonnenbergklinik Stuttgart
Christian-Belser-Str. 79
70597 Stuttgart
dietrichmunz@t-online.de

Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker, arbeitet in der Sonnenbergklinik in Stuttgart, Arbeitsschwerpunkte: Essstörungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen; Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Mitglied im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals.

Dieter Schmucker

Städtische Rehakliniken Bad Waldsee
Maximilianstraße 13
88339 Bad Waldsee
d.schmucker@waldsee-therme.de

Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe der Städtischen Rehakliniken Bad Waldsee (Orthopädie, Gynäkologie, Onkologie). Arbeitsschwerpunkte: Psychoonkologie, Behandlung chronischer Schmerzen, Verhaltensmedizin; Vorsitzender des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Buchrezensionen

Für eine den Körper einbeziehende ganzheitliche Sichtweise

Kern, Ernst (2014). Personzentrierte Körperpsychotherapie. München: Reinhardt Verlag, 186 Seiten, 24,90 €

Körperpsychotherapeutische Schulen wie die Konzentrative Bewegungstherapie oder die Bioenergetik beziehen sich traditionell vornehmlich auf psychodynamische Theorien. Ernst Kern, in einer Klinik tätiger Psychotherapeut, der viel mit Patienten arbeitet, die an schweren Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgen leiden, kommt von der personzentrierten Psychotherapie und ist Dozent an verhaltenstherapeutischen Instituten. So lautet die Frage, die er an den Anfang seines Buches stellt: „Gibt es eine eigene personzentrierte Körperpsychotherapie?"

Wer dazu ein Buch schreibt, will zeigen, dass es sie gibt. Und das tut Kern auf überzeugende Art. Dabei legt er zugleich dar, welche theoretische Basis die Körperpsychotherapie jenseits der Schulen finden kann und wie sich ihre Methoden in die klinische Arbeit einbinden lassen, auch wenn man von einem anderen therapeutischen Ansatz ausgeht.

Das Buch beginnt mit einer Einführung in die phänomenologischen Grundlagen des Feldes. Zu diesen gehöre es, den „Menschen in all seinen Aspekten" zu betrachten und dessen Erfahrung zum Ausgangspunkt der Therapie zu nehmen. Kern bezieht sich auf Rogers, sieht aber die Erfahrung als „körperlich fundiert" an; das Selbst sei in der spürbaren Innenwelt des Körpers gegründet. In seinen theoretischen Bezügen geht Kern über Rogers hinaus. Er beruft sich auf die Leibphänomenologie und auf soziologische Theorien der Leiblichkeit. Die leibliche Existenz versteht er zudem intersubjektiv als ein Sein mit anderen. Die auf Rogers aufbauende Theorie der Einheit des seelischen und körperlichen Erlebens von Gendlin verknüpft er mit Theorien des Körperselbst, der körperlichen Basis der Emotionen und der somatischen Marker von Damasio.

Als Modell der Selbstentwicklung zieht Kern die Theorie der Stufen des Selbst von Stern heran. Dabei gelingt es ihm nicht nur, diese Theorie in ihrer Komplexität einfach darzustellen, er bezieht sie auch klinisch auf ein Verständnis von Brüchen, die es in jeder Phase der Selbstentwicklung geben kann. Zum Beispiel bringt er Brüche in der Entwicklung des Kern-Selbst damit in Verbindung, dass das Gefühl der Selbsturheberschaft gestört ist. Auch zieht er Stern heran, um die Vorstellung der personzentrierten Therapie zu untermauern, dass therapeutische Veränderung nur im „Gegenwartsmoment" stattfindet.

Neben einer phänomenologischen und entwicklungspsychologischen Grundlage möchte Kern der personzentrierten Körperpsychotherapie auch eine emotionstheoretische Grundlage geben. Dazu bezieht er sich auf Überlegungen zur Emotionstheorie von Downing und auf ein Modell des affektiven Zyklus von Geuter und Schrauth. Kern weist darauf hin, dass auch eine übersteigerte Wahrnehmung und ein „viel zu rascher Spannungsaufbau" einen affektiven Zyklus stören können.

Der Autor will in seinem Buch keine neue Körperpsychotherapie vorstellen. Seine Absicht ist vielmehr, „eine den Körper selbstverständlich einbeziehende ganzheitliche Sichtweise" nahezulegen. In klinischer Hinsicht spricht er daher vor allem die „Übergänge vom Sprechen zum Körper und wieder zurück" an. Das macht das Buch sehr wertvoll für Psychotherapeuten, die in ihrer eigenen Art zu arbeiten eine Brücke zu einem körperbezogenen Vorgehen suchen.

Die zweite Hälfte des Buches widmet sich klinischen Fragen. Kern zeigt, wie das Focusing von Gendlin die Brücke zwischen Sprechen und Körper baut, indem vom Körpererleben ausgehend der Strom der inneren Erfahrung exploriert wird. Als gelernter Tanztherapeut sieht er diese Brücke allerdings auch in Angeboten zu Handlung, Bewegung und Körperkontakt. Er betont, wie wichtig eine annehmende und nicht bewertende therapeutische Haltung gegenüber der inneren Wahrnehmung im Sinne von Rogers und eine „körperbasierte Kongruenz und Präsenz" auch aufseiten des Psychotherapeuten sind.

Für die körperpsychotherapeutische Arbeit in der Gruppe bezieht sich Kern auf das Modell des Gruppenprozesses von Röhricht, dessen Phasen er zu den Stufen der Selbstentwicklung von Stern in Beziehung setzt. Für die verschiedenen Phasen stellt er auf sie zugeschnittene Körperübungen vor, z. B. Übungen zum Atmen oder zum meditativen Gehen für die Phase des Ankommens, Übungen zur Körper- und Gefühlswahrnehmung für die Phase der „Selbst-Erfahrung" nach Röhricht, die bei Stern der Herausbildung erster Identitätskerne entspricht, oder interaktive Körperübungen zu Grenzen und zu gemeinsamem affektiven Erleben, die vorsprachliche Affektabstimmungen ansprechen. In diesem Teil gibt das Buch viele praktische Anregungen, insbesondere für die Körperpsychotherapie in der Gruppe.

Kern rundet sein Buch mit Hinweisen dazu ab, wie aus Sicht einer personzentrierten Körperpsychotherapie Störungsbilder wie Depressionen, Ängste, Süchte oder Traumafolgen phänomenologisch und vom Körpererleben her verstanden werden können und welche körperpsychotherapeutischen Zugänge störungsspezifisch indiziert sind.

Das Buch von Kern ist in jeder Hinsicht eine Bereicherung: für Psychotherapeuten, die sich mit dem körperbezogenen Herangehen vertraut machen wollen

genauso wie für Körperpsychotherapeuten, die ihren Ansatz mit Grundvorstellungen der Humanistischen Psychotherapie verbinden wollen. Ich habe beim Lesen genossen, wie Kern diese Integration vollzieht.

Prof. Dr. Ulfried Geuter,
Berlin

Erzähl mir eine Geschichte!

Rehahn-Sommer, Sabine (2015). Verhaltenstherapeutische Praxis in Fallbeispielen. Leben statt Überleben und andere Geschichten. Heidelberg: Springer, 254 Seiten, 19,99 €

Wozu braucht es ein Buch mit Psychotherapiegeschichten? Erfolgt die Auswahl von Interventionen nicht entlang empirisch fixierter Leitlinien? Aber wie ist das in spezifischen Fällen? Die in Manualen und Richtlinien festgeschriebenen Interventionen dürfen nicht nach Schema F durchgeführt werden. Die Forschung zeigt nur in Ausnahmefällen gute Ergebnisse für ein rein standardisiert durchgeführtes Vorgehen (Beutler et al., 2013). Die psychotherapeutischen Regeln stehen ohne Bezug zum Einzelfall selbstherrlich dar. Die „richtige" Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen dagegen erfordert Sorgfalt und Geschick.

Weil die empirisch-quantitative Forschung ihren Handlungsanweisungen an den Praktiker notwendigerweise abstrahiert, entsteht für den psychotherapeutischen Praktiker im konkreten Einzelfall eine Lücke. Füllen muss er sie oft selbst – mit Erfahrungen aus seiner eigenen Praxis. Oder er lässt sich durch das Buch von Sabine Rehahn-Sommer inspirieren. „Verhaltenstherapeutische Praxis in Fallbeispielen" verspricht der Titel und löst dieses Versprechen mit fünf langen Therapiegeschichten ein. „Im Unruhestand", „Leben statt Überleben", „Schicksals Schläge" lauten einige der Kapitelüberschriften. Um es vorwegzunehmen: Es handelt sich nicht um Geschichten im Stile Irving Yaloms, der von seiner Praxis inspirierte Fälle literarisch aufbereitet. Vielmehr orientiert sich Rehahn-Sommer an der klassischen Form verhaltenstherapeutischer Fallberichte. So enthalten alle fünf Fälle eine „Problemanalyse", eine „diagnostische Beurteilung" und die Darstellung eines „Therapiekonzepts". Anschließend werden die Phasen geschildert, die die Psychotherapie durchlaufen hat. Das macht Rehahn-Sommers Buch weniger unterhaltsam als Yaloms psychotherapeutische Literaturromanzen. Gleichzeitig wird das Buch dadurch aber instruktiver. Es macht die Entscheidungsprozesse der Psychotherapeutin in schwierigen Therapiesituationen transparent. In einer stagnierenden Therapiephase etwa beschreibt die Autorin ihren Gedankengang folgendermaßen: „Ich habe mich bei meinem Vorgehen von meiner Einstellung leiten lassen, dass Frau Schubert (selbstverständlich?!) – eigentlich – das Ziel hat, mehr Kontrolle und Eigenverantwortung zu erlangen, um damit ihrem Leben eine stimmigere Richtung geben zu können und sich vor den Folgen der bisherigen Strategien schützen zu können. Nun wird mir aber klar, dass das überhaupt nicht der Fall ist!" (S. 224f.)

Dieser kurze Ausschnitt zeigt die Unterschiede zu herkömmlichen Fallberichten. Die Psychotherapeutin tritt als Akteurin in Erscheinung, der Text ist in der Ich-Form geschrieben. Der Behandlungsverlauf wird als Prozess geschildert, dessen Ende nicht allein aus den zu Beginn der Therapie gewonnenen Informationen bestimmt wird.

In der auf diese Überlegungen folgende Sequenz legt die Psychotherapeutin der Klientin ihre Überlegungen offen, was eine Annäherung bewirkt: „Frau Schubert reagiert in einer Weise, die ich als deutlichen Schritt auf mich zu erlebe." (a. a. O.) Klar wird in dieser wie in vielen anderen Passagen des Buches: Verhaltenstherapie ist auch ein interaktionelles Geschehen. Ein entscheidender Teil der Behandlung ist die zwischenmenschliche Begegnung.

In dem das Buch abschließenden Fazit macht Rehahn-Sommer ihre Anliegen für eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung deutlich: 1.) einen Schwerpunkt auf allgemeine Wirkfaktoren, 2.) Selbsterfahrung mit Schwerpunkt auf personenbezogenen Aspekten der psychotherapeutischen Praxis, 3.) Erleichterung des Praxistransfers durch engmaschige Auswertung von Videoaufzeichnungen und 4.) die Möglichkeit zur Beobachtung erfahrener Psychotherapeuten (S. 249).

All dies macht die psychotherapeutische Praxis wesentlich greifbarer. Es bildet die Grundlage, auf der sich Sorgfalt und Geschick in der Handhabung der verhaltenstherapeutischen Verfahrensvielfalt erst entwickeln können. Erst mit Blick auf die reale und anschaulich beschriebene Praxis im Einzelfall werden psychotherapeutische Interventionen brauchbar definiert.

Sabine Rehahn-Sommers Buch gestattet Auszubildenden und Kollegen einen Blick über die Schulter der Praktikerin. Eine fast einmalige Gelegenheit unter den aktuellen Publikationen. Weil das Fallbeispiel eine selten geschriebene Geschichte der aktuellen deutsche Fachliteratur ist, bleibt die sprachliche Form häufig noch nahe an der Antragsprosa, die niedergelassene Psychotherapeuten aus ihrem Berufsalltag nur allzu gut kennen. Weil die Wiedereinführung der 1. Person Singular in die verhaltenstherapeutische Fallgeschichte ein so enormer Schritt ist, lohnt die Lektüre dennoch für alle an der psychotherapeutischen Praxis interessierten Leser. Und auch Klienten können in das Buch hineinschauen, um die Andeutung einer Antwort auf die heimlich immer wieder gestellte Frage zu bekommen: Was denkt mein Psychotherapeut eigentlich wirklich über mich?

Dipl.-Psych. Thorsten Padberg,
Berlin

Leserbriefe

Liebe Leserinnen und Leser,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank!

Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen.

Als Leserinnen und Leser beachten Sie bitte, dass die Diskussionsbeiträge die Meinung der Absender und nicht unbedingt die der Redaktion wiedergeben.

Achtsamkeit in der Psychotherapie – Schattendasein oder doch schon Sonnenaufgang?!

Zu B. Husmann & O. Nass: Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung sind zentrale psychotherapeutische Kompetenzen. Psychotherapeutenjournal 1/2015, S. 4-12.

Welch ein erfreulicher Artikel! Der hochinteressante und sehr aktuelle Beitrag trifft in der Tat einen immer noch wunden Punkt in der Psychotherapie. Achtsamkeit, ein „Arbeitstool" der Psychotherapie, scheint bei aller Forschungsaktivität, Literatur und der Welle an Interesse, die das Wort immer wieder hervorruft, ein Schattenblüher zu sein. Wir sind den Autoren dankbar für ihre Hinweise, denn der Artikel unterstreicht für uns noch einmal mehr die Wichtigkeit der Achtsamkeit in der therapeutischen Arbeit, ob mit Erwachsenen oder mit Kindern und Jugendlichen. Gerade für die Letzteren wäre ein vermehrter Einsatz von bewährten achtsamkeitsbasierten Interventionen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wünschenswert. In unserer täglichen Praxis als niedergelassene Psychotherapeutinnen erleben wir täglich die positiven Wirkungen von Achtsamkeitsübungen, die bei vielen Störungsbildern flankierend zum gewählten Therapiekonzept eingesetzt werden können.

Beim Lesen des Artikels war uns auch ein kleiner Druckfehler aufgefallen: Unser Geist (mind) mag gelegentlich voll (full) sein, doch wir versuchen, mit dem Geist (mind) achtsam (mindful) umzugehen – unser Ziel ist also nicht mindfullness, sondern mindfulness ...!

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Ursula Geisler, München
Dr. Jutta Muttenhammer, Augsburg

Ein stärkeres Augenmerk auf ASS in den kinderärztlichen Regeluntersuchungen ist wünschenswert

Zu I. Kamp-Becker & K. Quaschner: Autismus-Spektrum-Störungen. Eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand und verhaltenstherapeutischen Behandlungsvorgehen. Psychotherapeutenjournal 1/2015, S. 34-41.

Vor dem Hintergrund, dass ich bis 2011 beim Aufbau einer Spezialsprechstunde für Autismus-SpektrumStörungen (ASS) an der universitären Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Basel (UPK-KJPK) mitwirken konnte, hat mich Ihre Entscheidung sehr gefreut, diesem Thema im Psychotherapeutenjournal solch breiten Raum zu geben.

Ergänzend zum Artikel ist anzumerken, dass es wichtig erscheint, die Diagnose möglichst frühzeitig zu stellen. Es handelt sich ja um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die von Fachleuten schon recht früh erkannt werden kann. Obwohl Eltern häufig im Nachhinein berichten, das Kind habe sich schon im Säuglings- und Kleinkindalter „irgendwie anders" verhalten als Gleichaltrige, dauert es oft bis zum Kindergarten- oder Schulalter, ehe sie in Kontakt mit abklärenden Stellen kommen. Da sich Behandlungsansätze als besonders erfolgreich erwiesen haben, wenn sie schon im Kleinkindalter einsetzen und das ganze soziale Umfeld einbezogen wird, werden durch eine späte Diagnose leider Chancen vertan. Es wäre daher wünschenswert, in den kinderärztlichen Regeluntersuchungen ein stärkeres Augenmerk auf dieses Störungsspektrum zu richten. Eventuell könnte der vorliegende Artikel in modifizierter Form in einer pädiatrischen Fachzeitschrift veröffentlicht werden.

Ebenfalls ergänzend sei erwähnt, dass bei Kleinkindern eine Arbeit, die die Beziehung zu den Bezugspersonen in den Fokus stellt, vielversprechend erscheint. Durch die andere Wahrnehmung der Kinder (z. B. taktil) entstehen nämlich von Beginn an quasi „Missverständnisse" zwischen Kind und Betreuern und stören den Beziehungsaufbau. Idealerweise sollte solch eine Arbeit einer Behandlung nach verhaltenstherapeutischen Ansätzen vorangehen. Dieses Vorgehen erfordert ein hohes Engagement der Eltern und muss sorgfältig fachlich begleitet werden.

Für den süddeutschen Raum ist es sicher von Interesse, dass in Zusammenarbeit mit der UPK-KJPK in Basel ein entsprechendes Programm angeboten wird. Es wird auch forschend begleitet und hat sich in den letzten Jahren als Behandlungsangebot für die deutschsprachige Schweiz bewährt (www.autismus-fias.ch/Literatur: Artikel in „Psychiatrie und Neurologie" 2/2014 von Schmeck, K., Felder, W. & Herbrecht, E. – „Frühintervention bei Autismus-Spektrum-Störung").

Dipl.-Psych. Angelika Stein, Lörrach

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Neuwahl des Vorstands und Ausbildungsreform – 26. Deutscher Psychotherapeutentag in Berlin

Am 25. April 2015 fand der 26. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) in Berlin statt. Künftig spricht Dr. Dietrich Munz für die deutschen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Der 63-jährige angestellte Psychotherapeut wurde mit deutlicher Mehrheit zum neuen Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gewählt. Dr. Munz löst damit Prof. Dr. Rainer Richter ab, der zehn Jahre lang an der Spitze des Vorstands stand. Der DPT wählte außerdem mit großen Mehrheiten als neue Vizepräsidenten Dr. Nikolaus Melcop und Peter Lehndorfer sowie als Beisitzer Dr. Andrea Benecke und Wolfgang Schreck.

v. l. n. r.: Prof. Dr. Rainer Richter, MinDir Karin Knufmann-Happe, Wolfgang Schreck

BMG zur Reform des Psychotherapeutengesetzes

Vor der Wahl des neuen Vorstands informierte Karin Knufmann-Happe, Ministerialdirektorin (MinDir) im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), über die Planung zur Reform des Psychotherapeutengesetzes. „Der Beschluss des 25. DPT war für das BMG der Startschuss für die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes“, stellte sie eingangs fest.

Für das BMG seien mehrere Aspekte handlungsleitend. Angesichts eines wachsenden Bedarfs an einer qualitativ hochwertigen Versorgung psychisch kranker Menschen wolle das Ministerium die Qualifizierung einer Profession verbessern, die als Heilberuf bereits breit in der Versorgung etabliert sei. Ziel sei es weiterhin, Inhalte aus Psychotherapie, Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik in das Studium einzubinden und alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu berücksichtigen. Es reiche nicht, „das Psychologiestudium in ein Psychotherapiestudium umzuetikettieren“. Am Staatsexamen als Voraussetzung der Approbation werde man festhalten, gleichzeitig werde man sich der Bachelor-/Mastersystematik nicht grundsätzlich verschließen.

Für den Erwerb praktischer Behandlungskompetenz sei man an Lösungen interessiert, die die heutigen Ausbildungsinstitute in die künftige Aus- und Weiterbildung integrieren. Es könne nicht darum gehen, „kaputt zu machen, was gut funktioniert“. Wichtig sei auch die Klärung der Frage, welche Inhalte in das Studium und welche in die anschließende Weiterbildung gehörten. Dabei wünsche sie sich eine enge Kooperation mit den Psychotherapeutenkammern.

Eine klare Absage erteilte Knufmann-Happe der Vorstellung, die Zugangsvoraussetzungen zu den heutigen Ausbildungen vorab zu ändern. Auch die Änderung der Zugangsvoraussetzungen erfordere ein aufwendiges Gesetzgebungsverfahren und sei deshalb keine schnelle Lösung. Man könne dies allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt als Alternative prüfen. Nur bestehe dann die Gefahr, den Bachelor als Zugangsvoraussetzung festgeschrieben zu bekommen. Eine zufriedenstellende Lösung der Vergütung von Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) sei auf diesem Weg auch nicht möglich.

Bericht des Vorstandes

Prof. Dr. Rainer Richter legte zum letzten Mal als BPtK-Präsident den Delegierten den Bericht des Vorstandes vor.

Schweigepflicht

Prof. Richter ging zunächst auf die mediale und politische Aufarbeitung des Flugzeugunglücks vom 24. März 2015 ein. Es dürfe – so Richter – keinesfalls akzeptiert werden, dass sechs Millionen Menschen, die in Deutschland unter einer Depression leiden, quasi unter Generalverdacht gestellt werden. Psy-

chotherapeuten seien zudem bereits heute verpflichtet, zwischen Schweigepflicht, dem Schutz der Patienten, dem Schutz von Dritten und dem Gemeinwohl abzuwägen und gegebenenfalls Maßnahmen zum Schutz der Patienten oder Dritter zu ergreifen. Eine vom Vorstand vorgelegte Resolution wurde einstimmig angenommen (www.bptk.de).

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Abbau von Praxissitzen

Im weiteren Bericht des Vorstandes kritisierte Richter das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Darin plane die Bundesregierung, in Regionen mit einem Versorgungsgrad von über 110 Prozent Praxissitze abzubauen, wenn die dortigen Zulassungsausschüsse zu dem Ergebnis kämen, dass diese Sitze für die Versorgung nicht notwendig seien. Dadurch seien bundesweit 7.400 Praxissitze von Psychotherapeuten vom Abbau bedroht – bei durchschnittlichen Wartezeiten von drei Monaten auf ein Erstgespräch.

Ursache sei, dass die Bedarfsplanung für Psychotherapeuten strukturelle Fehler aufweise, die ihre Aussagekraft noch geringer mache als die Bedarfsplanung anderer Arztgruppen. Deshalb sei auch die Forderung angemessen, die Arztgruppe der Psychotherapeuten grundsätzlich aus der Aufkaufregelung auszunehmen und zunächst den Gemeinsamen Bundesausschuss damit zu beauftragen, eine prospektive und sektorenübergreifende Bedarfsplanung zu entwickeln.

Aufhebung von Befugniseinschränkungen

Prof. Richter erläuterte den Delegierten ferner die Forderung der BPtK, mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz einzelne Befugniseinschränkungen aufzuheben. Dazu gehöre, dass Psychotherapeuten zukünftig ins Krankenhaus einweisen, Krankentransporte, Soziotherapie, medizinische Rehabilitation sowie Ergotherapie im Rahmen der neuropsychologischen Therapie verordnen können. Im Rahmen einer kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Behandlung sollen auch Ergotherapie und

Prof. Dr. Rainer Richter

Logopädie verordnet werden können. Damit beschränke sich die BPtK auf besonders vulnerable Patientengruppen, für die die Aufhebung der Befugniseinschränkungen eine Verbesserung und Erleichterung der Versorgung bewirke.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Ein Kernstück der Reform, so Prof. Richter, sei für die Psychotherapeutenschaft die Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden, damit Menschen mit psychischen Beschwerden schneller einen ersten Termin und eine fachgerechte Diagnostik erhielten. Er hoffe, dass auch die ökonomischen Rahmenbedingungen geschaffen würden, damit eine solche Sprechstunde flächendeckend angeboten werden könne.

Versorgungsprobleme spezifischer Patientengruppen

Prof. Richter machte weiter deutlich, dass die Versorgungsprobleme spezifischer Patientengruppen immer mehr in den Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion treten, wie zum Beispiel psychisch kranke Menschen mit schweren Beeinträchtigungen, Menschen in Pflegeheimen, sterbende Menschen in der Hospiz- und Palliativversorgung, Menschen mit Behinderungen oder auch Migranten und Flüchtlinge. Die Politik suche patientenorientierte und das heiße in aller Regel multiprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgungsangebote, die von der Prävention über die Kuration bis in die Rehabilitation hinein eine friktionslose Versorgung sicherstellten.

Es sei auf Bundes- und Landesebene in den letzten Jahren gelungen, den Beitrag der Psychotherapie und der Psychotherapeuten besser sichtbar zu machen. Mittlerweile sei es der Gesundheitspolitik bewusst, dass auch für die genannten Patientengruppen Psychotherapie ein Bestandteil der Versorgung sein müsse. Nun erwarte man von den Landespsychotherapeutenkammern und der Bundeskammer Taten. Die Politik fordere konkrete umsetzungsorientierte Vorschläge, die dann auch in der Versorgung Bestand hätten.

Tätigkeitsbericht 2011 – 2015

Zum Schluss seines Berichtes verwies Prof. Richter auf den BPtK-Tätigkeitsbericht für die Amtszeit von 2011 bis 2015. Dieser Tätigkeitsbericht sei wegen der zahlreichen statistischen Angaben ein gutes Nachschlagewerk, das zur Hand zu nehmen sich immer wieder lohne (www.bptk.de).

Verabschiedung des Vorstandes der BPtK

Die Delegierten des 26. DPT bedankten sich mit lang anhaltendem Beifall beim BPtK-Vorstand für die Arbeit der zurückliegenden Amtsperiode. In der

Aussprache würdigten viele Delegierte die Arbeit der zurückliegenden Jahre. Für die Neuwahl des Vorstandes traten neben dem Präsidenten Prof. Dr. Rainer Richter auch die Vizepräsidentin Monika Konitzer und die Beisitzerin Andrea Mrazek, Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, nicht mehr an.

Neuwahl des Vorstandes der BPtK

Wahl des Präsidenten

Aufgabe des 26. DPT war es, einen neuen Vorstand der BPtK zu wählen. Für das Amt des Präsidenten kandidierten Dr. Nikolaus Melcop, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Bayern, und Dr. Dietrich Munz, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und seit acht Jahren Vizepräsident der BPtK.

Dr. Melcop skizzierte in seiner Kandidatenrede, dass für ihn Versorgung das zentrale Thema der Kammern sei. Hierfür habe er sich als bayerischer Kammerpräsident engagiert und werde dies auch gerne auf Bundesebene tun. Auch die Reform des Psychotherapeutengesetzes zähle für ihn zu den zentralen Themen des neuen Vorstandes. Die Profession sei sich in dem Ziel einig, dass ein guter Beruf auf eine bessere Grundlage gestellt werden solle. Es gehe nun darum, herauszufinden, wo noch Dissens bestehe und dann einen Weg zu finden, wie man damit umgehen könne.

Dr. Munz betonte in seiner Rede, dass es für ihn eine große Ehre, aber auch eine große Herausforderung sein werde, Präsident der BPtK zu werden, wenn die Delegierten denn so entschieden. Es gehe darum, das Erfolgsmodel BPtK weiterzuentwickeln und sich fachlich fundiert und nachhaltig für die Weiterentwicklung der Versorgung einzusetzen. Finanzierung und Personalanforderungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, eine konzeptionelle Neuentwicklung der Bedarfsplanung sowie sektorspezifische und sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement seien nur einige Themen, die auf der Agenda stünden. Die Reform der Aus- und Weiterbildung werde eine Herkulesaufgabe. Für diese gebe es ein klares Votum des 25. DPT, das er sich vollständig zu eigen gemacht habe.

v. l. n. r.: Prof. Dr. Rainer Richter, Dr. Dietrich Munz, Andrea Mrazek, Peter Lehndorfer

Die Delegierten des DPT wählten mit deutlicher Mehrheit Dr. Dietrich Munz zum neuen Präsidenten der BPtK.

Wahl der Vizepräsidenten

Im zweiten Wahlgang trat für das eine Amt des Vizepräsidenten Dr. Nikolaus Melcop ohne Gegenkandidaten an. Er wurde mit großer Mehrheit zum Vizepräsidenten der BPtK gewählt.

Für das weitere Vizepräsidentenamt kandidierten Dr. Andrea Benecke und Peter Lehndorfer. In ihrer Rede versprach Benecke, Vizepräsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, die Perspektive einer kleinen Kammer in den Vorstand der BPtK einzubringen. Sie sei seit zehn Jahren an der Uni Mainz tätig und leite dort ein Ausbildungsinstitut und eine Ausbildungsambulanz. Sie stehe für die Direktausbildung und ihr liege die Statusverbesserung für Angestellte besonders am Herzen.

Peter Lehndorfer, Vizepräsident der Landespsychotherapeutenkammer Bayern, erinnerte in seiner Rede daran, dass er von Beginn an im Vorstand der BPtK sei und damit – im Falle seiner Wahl – das dienstälteste Vorstandsmitglied wäre. Auch er stehe hinter dem Beschluss des 25. DPT zur Reform des Psychotherapeutengesetzes. Seine Überzeugung sei, dass die Psychologie nicht die einzige wissenschaftliche Grundlage der Psychotherapie sei. Er votiere für einen Beruf, da er glaube, dass sich damit das hohe Qualitätsniveau der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland auf europäischer Ebene besser vertreten lasse. An eine Direktausbildung müsse sich eine vertiefte Weiterbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und zum Psychotherapeuten für erwachsene Patienten anschließen können.

Der DPT wählte mit großer Mehrheit Herrn Peter Lehndorfer zum Vizepräsidenten der BPtK.

Wahl der Beisitzer

Für das Amt eines Beisitzers im BPtK-Vorstand kandidierten im nächsten Wahlgang Dr. Andrea Benecke und Marion Schwarz. Frau Schwarz verwies auf ihre zehnjährige Tätigkeit im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hessen und ihre Rolle als Sprecherin des KJP-Ausschusses. Auch sie trage die Beschlüsse des DPT mit. Der DPT wählte mit deutlicher Mehrheit Frau Dr. Andrea Benecke.

v. l. n. r.: Wolfgang Schreck, Dr. Andrea Benecke, Peter Lehndorfer, Dr. Dietrich Munz, Dr. Nikolaus Melcop

Im Wahlgang für das Amt des zweiten Beisitzers im BPtK-Vorstand kandidierten Dr. Heike Winter, Gerd Höhner und Wolfgang Schreck. Dr. Heike Winter, Vizepräsidentin der hessischen Landespsychotherapeutenkammer, machte in ihrer aufgrund der Zeitknappheit kurzen Bewerberrede deutlich, dass eines ihrer zentralen Anliegen die Verbesserung der Versorgung sei. Sie sei davon überzeugt, dass die Reform der Ausbildung ein Schlüssel zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Versorgung sei. Gerd Höhner, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer NRW, sagte zu, sich für eine grundlegende Reform der Psychotherapeutenausbildung einzusetzen. Wichtig seien ihm der Erhalt der Verfahrensvielfalt und die Weiterentwicklung der Versorgung.

Wolfgang Schreck, Mitglied des Vorstandes der Kammer NRW und seit dem 1. DPT in der Sitzungsleitung der Deutschen Psychotherapeutentage engagiert, betonte seine Fähigkeit, Konflikte zu konstruktiven Lösungen zu führen, die er auch im Vorstand der BPtK nutzen wolle. Er stehe hinter dem Beschluss des 25. DPT zur Reform der Ausbildung, denke allerdings, dass es im Interesse der Profession sei, die Diskussion kritisch weiterzuführen.

Der DPT wählte mit großer Mehrheit Herrn Wolfgang Schreck als zweiten Beisitzer in den BPtK-Vorstand.

Weitere Wahlen

Der DPT wählte als Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) im Länderrat Marion Schwarz und Helga Planz sowie als stellvertretende KJP-Vertreter im Länderrat Bernhard Moors und Peter Andreas Staub.

Veröffentlichung der BPtK-Beschlüsse künftig auf der Homepage

Der DPT passte die Satzung der BPtK in dem Sinne an, dass künftig Beschlüsse der BPtK auf der Homepage veröffentlicht und auf eine schriftliche Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal verzichtet werden kann.

Resolutionen

Der DPT beschloss neben der Resolution zur Schweigepflicht eine Resolution zur angemessenen therapeutischen Versorgung von Flüchtlingen, eine Resolution zur GKV-Finanzierung von Dolmetscherleistungen für Patienten mit Migrationshintergrund und eine Resolution, die sich gegen die Pläne im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, die psychotherapeutische Versorgung abzubauen, wendet. Die Resolutionen sind auf der Homepage der BPtK www.bptk.de verfügbar.

Diotima-Ehrenpreis 2015 für Prof. Dr. Stefan Klingberg – Würdigung für Engagement zu Psychotherapie bei Psychosen

Prof. Dr. Stefan Klingberg, leitender Psychologe und Wissenschaftler an der psychiatrischen Universitätsklinik in Tübingen ist Preisträger des Diotima-Ehrenpreises der deutschen Psychotherapeutenschaft 2015. Die Bundespsychotherapeutenkammer ehrt mit Prof. Klingberg einen Wissenschaftler und Psychotherapeuten, der einen wesentlichen Beitrag für die Psychosenpsychotherapie in Deutschland geleistet und sich dabei sehr für eine Umsetzung neuer, evidenzbasierter Forschungsergebnisse in den Behandlungsalltag eingesetzt hat.

Prof. Dr. Stefan Klingberg

„Die Angst vor Realitätsverlust ist mit ein Grund, warum schizophrene Psychosen diejenigen psychischen Erkrankungen sind, die mit den meisten Vorurteilen belegt sind, durchaus auch von Seiten der Behandler". Mit diesen Worten begrüßte BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter die Gäste und die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz zur siebenten Diotima-Ehrenpreisverleihung der deutschen Psychotherapeutenschaft. Obwohl heute nachgewiesen sei, dass Psychotherapie in allen Phasen einer psychotischen Erkrankung wirksam sei, gehöre Psychotherapie noch längst nicht zur Routinebehandlung bei Schizophrenie.

Prof. Dr. Dorothea von Haebler, Vorsitzende des Dachverbands Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie (DDPP) und Oberärztin an der Psychiatrischen Klinik der Charité, setzte mit ihrem Rückblick in die Geschichte der Psychosenbehandlung Prof. Klingbergs Verdienste in ein besonderes Licht. Zu dieser Vergangenheit gehörten Behandlungsmethoden wie die Lobotomie oder Elektrokrampftherapie. Auch die großen Hoffnungen, die zu Beginn in Neuroleptika gesetzt wurden, hätten sich nicht erfüllt. Obwohl Psychopharmaka sehr hilfreich seien, um akute Symptome einzugrenzen und manchmal auch um einen Kontakt zum Patienten ermöglichen zu können, verblieben bei einem hohen Prozentsatz der Erkrankten doch erhebliche Einschränkungen, erläuterte Prof. von Haebler. Hier setze die psychotherapeutische Behandlung an.

In seiner Laudatio würdigte der BPtK-Präsident den Preisträger als engagierten Forscher und Psychotherapeuten. Der diesjährige Diotima-Ehrenpreis solle auch der Psychosenpsychotherapie zu mehr Aufmerksamkeit verhelfen und längerfristig auch zu einem steigenden Engagement der Psychotherapeuten in diesem Versorgungsbereich führen. Prof. Klingberg habe Anfang der 1990er Jahre zu einer Zeit angefangen, sich mit dem Thema zu beschäftigen, als der Einsatz der atypischen Neuroleptika gerade auf dem Vormarsch war und man in der Psychosenbehandlung vor allem auf Medikamente setzte. Es sei Pionierarbeit gewesen, sich zu dieser Zeit für die Erforschung der psychotherapeutischen Behandlung dieser Erkrankung einzusetzen. Prof. Klingberg habe maßgeblichen Anteil daran, dass die Psychosenpsychotherapie heute evidenzbasiert sei. Dies sei eine zentrale Voraussetzung dafür, Psychotherapie im Versorgungssystem angemessen zu verankern.

In seinem eigenen Vortrag beschrieb Prof. Stefan Klingberg seine berufliche Laufbahn unter dem Blickwinkel „Psychotherapie bei Psychosen – gestern, heute und morgen". Als er Anfang der 1990er Jahre seine wissenschaftliche Laufbahn in einem Forschungsprojekt zur Rückfallprophylaxe bei Psychosen angefangen habe, sei die Psychopharmakotherapie die erste Therapieoption gewesen. Zudem wurde die Psychoedukation zwar evaluiert war aber weit davon entfernt, zum Versorgungsalltag zu gehören. „Aus heutiger Sicht ist es kaum vorstellbar, dass die Information des Patienten über seine Erkrankung – also etwas im Prinzip völlig selbstverständliches – damals eine Errungenschaft war", berichtete Prof. Klingberg.

Damals sei man aber auch noch weit davon entfernt gewesen, dass Psychotherapie auch bedeuten könne, mit dem Patienten über den Wahn zu reden. Inzwischen erstelle seine Arbeitsgruppe jedoch Lehrvideos für die Ausbildung in Psychosenpsychotherapie, in denen genau dies vorgeführt werde. Prof. Klingberg wies auch noch einmal auf die extreme psychotherapeutische Unterversorgung speziell von Psychosepatienten hin. Hier sei noch einiges an Arbeit zu erledigen. Er wünsche sich deshalb in zehn Jahren im „Psychotherapeutenjournal" zu lesen: „Kammer fordert, nicht nur Psychosen psychotherapeutisch zu behandeln!".

Die Delegierten des 26. DPT haben eine Änderung der Satzung der BPtK beschlossen.

§ 2 Absatz 3 der Satzung wird wie folgt neu gefasst: *„Zur Veröffentlichung bestimmte Beschlüsse der Bundespsychotherapeutenkammer werden auf deren Homepage veröffentlicht. Auf die Veröffentlichung ist auf geeignete Weise hinzuweisen."* Die Änderung tritt rückwirkend zum 14. November 2014 in Kraft.

Die aktuell gültige Fassung der Satzung der BPtK finden Sie auf der BPtK-Homepage unter Recht – Satzungen & Ordnungen (www.bptk.de/recht/satzungen-ordnungen.html).

Impressionen vom Empfang zu Ehren von Prof. Dr. Rainer Richter am 23. April 2015 im Spiegelsaal von Clärchens Ballhaus

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

WICHTIG – Landespsychotherapeutentag 2015 am 27.6.2015 in Stuttgart – WICHTIG

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum Landespsychotherapeutentag am 27. Juni laden wir Sie herzlich ein. Wir werden uns dort mit Möglichkeiten der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beschäftigen und ausreichend Möglichkeit bieten, mit Ihnen zusammen die Versorgungsprobleme zu diskutieren. In Baden-Württemberg herrscht hierbei eine besondere Situation, denn nach der Bedarfsplanung besteht hier im bundesweiten Vergleich mit die beste Versorgung in der Bundesrepublik. Nach der Bedarfsplanung bedeutet dies, dass wir in Baden-Württemberg nominell eine sehr hohe Überversorgung haben und die Gefahr besteht, dass mehr als 900 der aktuell knapp 3000 Praxen im Laufe der Jahre nicht wieder besetzt werden könnten. Deshalb ist dringend eine neue bedarfsorientierte Planung erforderlich.

In Baden-Württemberg wurden im Vergleich zu anderen Bundesländern auch die meisten Selektivverträge in der fachärztlichen Versorgung abgeschlossen, so auch ein Vertrag in den Fachgebieten Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie. Wir hoffen, dass beim Landespsychotherapeutentag ein Erfahrungsaustausch dazu möglich ist, um zu diskutieren, welche Versorgungsvorteile, aber auch welche Probleme sich aus einer solchen Versorgungsregelung mit einzelnen Krankenkassen ergeben.

Wir würden uns sehr freuen, wenn wir Sie zu einer anregenden Diskussion in Stuttgart begrüßen dürften.

Ihr Kammervorstand,

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

LPK-Vertreterversammlung am 21. März 2015

Am 21. März fand die 4. Vertreterversammlung (VV) der laufenden Amtszeit statt. Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz ergänzte den schriftlich vorliegenden Vorstandsbericht. Er berichtete über die LPK-Stellungnahmen zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Außerdem schilderte er die Pläne zur Novellierung des Heilberufekammergesetzes sowie die Eingaben der Kammer dazu. Vorstandsmitglied Dr. Roland Straub berichtete anschließend vom Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ (siehe separater Absatz unten) sowie von seiner Teilnahme an weiteren Gremien zur Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Dr. Munz informierte darüber, dass Vizepräsident Martin Klett in den Fachbeirat „Präventionsnetzwerk Ortenaukreis“ berufen worden ist. Der stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen Ullrich Böttinger gab als Leiter dieses Beirats einen Überblick über die dortigen Projekte und die Tätigkeit. Grundlegendes Ziel sei der Aufbau eines systematischen, institutions- und systemübergreifenden Netzwerks zur Förderung der seelischen und körperlichen Gesundheit und Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien im gesamten Landkreis. Der Schwerpunkt solle auf einer ersten Stufe in der Unterstützung von Familien mit sozialer Benachteiligung liegen. Es folgte eine ausführliche Diskussion mit den Delegierten.

Vertreterversammlung, Plenum

Die Diskussion über Haushaltsfragen war wie gewohnt konstruktiv, wenn

auch in einigen Punkten kontrovers. Es wurden Nachtragshaushalte für 2014 und 2015 verabschiedet sowie eine Änderung des Stellenplans 2015.

Eine Satzungsänderung bezüglich der Wahl der baden-württembergischen Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) konnte nicht beschlossen werden, da die Gegner der vorgeschlagenen Änderung den Sitzungsraum verließen und damit die satzungsmäßig geforderte Anwesenheit von 2/3 der VV nicht mehr gegeben war und somit keine Beschlussfähigkeit bestand.

Versammlungsleitung und Vorstand, v. l. n. r.: Dr. Peter Baumgartner, Ulrike Böker, Dr. Dietrich Munz, Martin Klett, Birgitt Lackus-Reitter, Kristiane Göpel und Dr. Roland Straub

Aufgrund der weiter gestiegenen Mitgliederzahl steht der LPK BW ein weiterer Sitz im Deutschen Psychotherapeutentag zu. Für diesen 15. Sitz wurde Dr. Alessandro Cavicchioli gewählt.

Die Berufsordnung (BO) wurde an die wegen des neuen Patientenrechtegesetzes überarbeitete Muster-BO der BPtK angepasst. Die Änderung des § 9 der BO, der sich mit der für probatorische Sitzungen nötigen Zustimmung beider sorgeberechtigten Elternteile bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien befasst, wurde aufgrund der sehr kontroversen Diskussion auf die nächste Vertreterversammlung vertagt.

Landespsychotherapeutentag 2015 zur psychotherapeutischen Versorgung

PROGRAMM
Landespsychotherapeutentag 2015
„Ambulante psychotherapeutische Versorgung – aktueller Stand und Perspektiven"
Samstag, 27.06.2015 – Maritim Hotel, Seidenstr. 34, Stuttgart

10:30	Begrüßung *(Dr. Dietrich Munz, Präsident)* Grußwort *(Ansgar Lottermann, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)*
11:00	Die ambulante psychotherapeutische Versorgung – Fakten zum gegenwärtigen Stand als Grundlage für eine bedarfsgerechte Zukunftsplanung *(Prof. Dr. Rainer Richter, Hamburg, Geschf. Direktor des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg, Präsident der PTK Hamburg)*
11:45	Aktuelle Problemlagen in der Versorgung psychisch kranker Menschen aus Sicht der Gesetzlichen Krankenkassen *(Andreas Vogt, Leiter der Techniker Krankenkasse Landesvertretung Baden-Württemberg)*
12:15	Pause (Imbiss)
13:15	Was spricht in unserem Gesundheitssystem für die selektivvertragliche Versorgung – allgemein und speziell im Bereich der ambulanten Psychotherapie *(Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart)*
13:45	Selektivverträge – Zukunft einer sektorenübergreifenden Versorgung; Wettbewerb der Innovationen? *(Prof. Dr. Thomas Schlegel, Kanzlei für Medizinrecht, Frankfurt)*
14:15	Podiumsdiskussion mit den Referenten (*Moderation: Cornelia Wanke, Berlin)*
15:30	Ende der Podiumsdiskussion – open end bei Suppe und Fingerfood

Der diesjährige LP-Tag stellt das Thema „Ambulante Psychotherapeutische Versorgung" in den Fokus. Zwar kann die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu anderen Bundesländern im Land als überdurchschnittlich gut bezeichnet werden, trotzdem sind lange Wartezeiten auf ein Erstgespräch und einen Behandlungsplatz deutliche Hinweise auf Probleme in der Versorgungsstruktur. Die zunehmende Anzahl von Krankschreibungen und Arbeitsunfähigkeit sowie Frühberentung wegen psychischer Erkrankung signalisieren einen höheren Bedarf an Prävention und Versorgung der betroffenen Menschen.

Mit der Tagung wollen wir auf diese Probleme hinweisen und mit Experten Lösungsmöglichkeiten diskutieren. Prof. Rainer Richter, bis Mitte Mai amtierender Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, wird aus Sicht unseres Berufsstandes den aktuellen Stand der psychotherapeutischen Versorgung darstellen. Ergänzt wird diese aus der Perspektive der Krankenkassen durch Andreas Vogt für die Techniker Krankenkasse und Dr. Christopher Hermann für die AOK Baden-Württemberg. Mit ihnen wollen wir zusammen mit dem Frankfurter Medizinrechtler Prof. Thomas Schlegel diskutieren, ob und welche Probleme mit Selektivverträgen gelöst werden sollen.

Weitere Infos unter: www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb_lpk_tag15.html.

Korrektur der Bedarfsplanung – Gespräch mit MdB Bilger (CDU)

Der LPK-Vorstand hat Anfang des Jahres alle Bundestagsabgeordneten aus Baden-Württemberg angeschrieben und darauf hingewiesen, dass die im Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) geplante Verschärfung der Vorschrift zur Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit bei Weitergabe einer Praxis in den nach der Bedarfsplanung überversorgt ausgewiesenen Planungsbezirken die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen schlechter werden lässt. Steffen Bilger, Bundestagsabgeordneter im Kreis Ludwigsburg, hat in seiner Antwort um ein erläuterndes Gespräch gebeten. In der letzten Legislaturperiode war er stellvertretendes Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestags.

v. l. n. r.: Christian Dietrich, Martin Klett, Steffen Bilger und Dr. Dietrich Munz

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz und Vizepräsident Martin Klett sowie LPK-Geschäftsführer Christian Dietrich erläuterten die Probleme der Bedarfsplanung in der Arztgruppe Psychotherapie, nach der der Bedarf auf den 1999 bestehenden Bestand festgelegt wurde. Die mehrfach erhobenen Wartezeiten auf ein Erstgespräch und auf eine psychotherapeutische Behandlung verdeutlichen, dass die psychotherapeutische Versorgung unzureichend ist. Erörtert wurde in dem Gespräch auch die im GKV-VSG vorgesehene Einführung einer Sprechstunde bei Psychotherapeuten, die eine Verkürzung der Wartezeit auf ein Erstgespräch und zeitnahe Beratung der Patienten erwarten lässt. Die dargestellten Mängel der Behandlungskapazitäten können hierdurch jedoch nicht behoben werden. Steffen Bilger sicherte zu, die besprochenen Themen zum GKV-VSG mit anderen Gesundheitspolitikern weiter zu erörtern.

Da sich wenige Tage vor dem Gespräch der tragische Flugzeugabsturz in den französischen Alpen ereignet hatte, war in den Medien diskutiert worden, die Schweigepflicht für Ärzte und Psychotherapeuten zu lockern. Hierzu erklärten Dietrich Munz und Martin Klett, dass eine Aufweichung der Schweigepflicht für Psychotherapeuten angesichts der schon bestehenden Rechtslage mit Offenbarungspflicht bei akuter Gefahr für Menschenleben nicht zu einer höheren Sicherheit führen werde, sondern dass zu erwarten sei, dass sich dann Piloten oder bspw. auch Berufskraftfahrer mit psychischen Problemen weniger an Psychotherapeuten wenden würden und somit die Gefahr akuter psychischer Krisen eher zunehmen würde. Diese Meinung wurde von MdB Bilger geteilt.

Tarifrechtlich geregelte Vergütung während der Praktischen Tätigkeit – Gespräch mit ver.di-Vertreterin Irene Gölz

Nachdem Rückfragen an die Kammer gerichtet worden waren, ob die für die Universitätskliniken geltende tarifrechtliche Vergütung von Psychologen während der praktischen Tätigkeit in der Psychotherapeutenausbildung auch auf Pädagogen Anwendung finden würde, suchten wir zur Klärung das Gespräch mit ver.di. Irene Gölz Fachbereichsleiterin Gesundheit, Kirchen, soziale Dienste in BW, erläuterte, dass es in den Tarifverhandlungen mit den Universitäten in Baden-Württemberg nicht möglich gewesen sei, diese Tarifregelung auch für die praktische Tätigkeit von Absolventen der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit anderen Grundberufen zu erreichen. In der nächsten Tarifrunde solle dieses Thema jedoch nochmals aufgegriffen werden, um hier eine Lösung für alle Absolventen einer Psychotherapeutenausbildung zu erreichen.

Im Gespräch wurde auch erörtert, wie tarifrechtliche Möglichkeiten für eine höhere Vergütung von Psychotherapeuten nach der Approbation durchgesetzt werden könnten. Die Fachkommission Gesundheitsberufe von ver.di befasse sich mit diesem Thema mit dem Ziel, eine je nach Tätigkeitsbereich den Fachärzten gleichgestellte Vergütung für approbierte Psychotherapeuten zu erreichen. Es sei, wie Irene Gölz hervorhob, sinnvoll, dass die Kammern hierzu auch auf die Arbeitgeberverbände zugehen würden, um dort aufzuklären, dass die Approbation Psychotherapeuten befähige, in den verschiedenen Institutionen eigenständig und eigenverantwortlich heilkundig tätig zu sein. Die Kammer wird diese Anregung aufgreifen und auf die Vertreter der Arbeitgeberseite bei den Tarifverhandlungen zugehen, um hier die Belange der angestellten Psychotherapeuten vorzutragen.

Arbeitskreis Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung

Im Rahmen der VV (s. o.) gab Vorstandsmitglied Dr. Roland Straub eine Zwischenbilanz des Kammerarbeitskreises „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung". Hier eine gekürzte Fassung seines Vortrags.

Seit die UN-Behindertenrechtskonvention 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist, fordern Betroffene, Angehörige und Verbände verstärkt ein, diese Rechte auch in den Gesetzen der Bundesländer entsprechend zu adaptieren. In diesem Zusammenhang wird beklagt, dass es zu wenig Angebote vor allem im Bereich der ambulanten Psychotherapie gäbe, es an Psychotherapeuten mangele, die bereit seien bzw. sich zutrauten, Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischer Störung zu behandeln.

Wie bereits berichtet, wurde ein Kammerarbeitskreis (AK) eingerichtet, der sich aus erfahrenen institutionellen und niedergelassenen „Experten" zusammensetzt. Der Auftrag an den AK war, den aktuellen Stand der Versorgung zu erfassen, Vorschläge zur Verbesserung zu erarbeiten und spezielle Fortbildungen zu etablieren.

In einer ersten Initiative wurden im November 2013 dann fünf regionale Veranstaltungen durchgeführt. Diese wurden im November 2014 fortgesetzt. Bei allen Veranstaltungen konnten sich Teilnehmer in eine Liste eintragen, in der sie zustimmten, bei Anfrage an die Kammer wegen eines Therapieplatzes genannt zu werden. Diese Liste der Therapeuten umfasst aktuell ca. 60 Psychotherapeuten und wird laufend erweitert. Der AK erarbeitete zusätzlich eine Informationsbroschüre, die u. a. Informationen zu den Besonderheiten der Beziehungsgestaltung, den Rahmenbedingungen, der Diagnostik und den kassenfinanzierten Anträgen umfasst (siehe www.lpk-bw.de/broschueren.html).

AK-Mitglieder; obere Reihe: Dr. Roland Straub, Elisabeth Noeske, Silke Sacksofsky, Stefan Meir; untere Reihe: Sabine Luttinger, Damaris Halbeis, Dr. Kerstin Lutz, Dr. Jan Glasenapp, Michael Kief*; nicht auf dem Bild: Ullrich Böttinger, Klaus Diegel, Hermann Kolbe (* beim Start dabei)*

Die Fortbildungen brachten das Thema verstärkt in die Öffentlichkeit. Eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit den hierbei wichtigen Versorgungsfragen hat begonnen. Gemeinsame Veranstaltungen mit der Ärztekammer sind geplant. Für die weitere Koordination wurde Dr. Roland Straub, Mitglied des Vorstandes, zum Behindertenbeauftragten ernannt.

Veranstaltungen

LPK-Fachtag „Balance – Berufsrecht, eine Herausforderung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?" am 25.07.2015 in Stuttgart
(13-17h, Hotel Pullmann Fontana, Vollmoellerstr. 5)**:**

Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist aufgrund der rechtlichen Beziehung zwischen Kindern und ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten besonderen Bedingungen unterworfen. Neue gesetzliche Vorgaben z. B. durch das Patientenrechtegesetz gaben den Anstoß zur Planung des Rechtstages. Sie sorgen für Verunsicherung im Umgang mit Patienten. Beispielhaft dafür ist die Dokumentationspflicht. Weiterhin erinnern Beschwerdefälle, die in der LPK eintreffen, immer wieder daran, wie kompliziert sich für KJP das Thema Aufklärung am Anfang eines Kontaktes mit Patienten gestaltet, und welche Gradwanderung für den KJP das Thema Sorgerecht beinhalten kann. Das Einhalten der Schweigepflicht in einem Kontext von mehreren Personen, mit denen der KJP in der therapeutischen Situation arbeitet, ist ebenfalls sehr sensibel und konflikthaft. Dies sind nur einige Themen, mit denen KJP-Kollegen konfrontiert sind. Um KJPs zu mehr Rechtssicherheit im alltäglichen Handeln zu verhelfen, soll auf dem diesjährigen Fachtag mit fachkundigen Juristen anhand von Beispielen aus der Praxis über die rechtlichen Besonderheiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und deren Eltern diskutiert werden.

Fortbildung Flüchtlingshilfe/Psychotherapie: Eine Fortbildungsveranstaltung für die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen nach einer Flucht ist in Vorbereitung und wird voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte stattfinden.

Weitere Infos zu den beiden Veranstaltungen in Kürze unter www.lpk-bw.de.

Geschäftsstelle

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

Hinweis für die Teilausgabe BW: Bitte beachten Sie auch unsere Bekanntmachungen in der Heftmitte.

PTK | Bayern

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

6. Bayerischer Landespsychotherapeutentag in München: Psychotherapie und Internet … zwei kompatible Systeme?

Kernfragen des 6. Bayerischen Landespsychotherapeutentages (LPT) am 9. Mai 2015 waren: Mit welchen Gefahren müssen Nutzer/innen und Psychotherapeut/innen rechnen? Wo sind Chancen für die Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen? Welche Qualitätsanforderungen sind unverzichtbar? Kammerpräsident **Nikolaus Melcop** betonte vor den rund 350 Teilnehmer/innen in seiner Einführung, dass Angebote zur Beratung oder Therapie über das Internet die Diagnostik und Behandlung durch eine/n Psychotherapeut/in/en im persönlichen Kontakt nicht ersetzen und in besonderen Fällen nur dann ergänzen könnten, wenn eine intensive und eine fachkundige Abwägung der Risiken und Chancen individuell für mögliche einzelne Nutzer durchgeführt wurde. Die Referent/innen stellten in den Vorträgen die technisch und fachlich fundierten Möglichkeiten des Internets für die Prävention und Behandlung psychischer Störungen vor und setzten sich kritisch mit den Auswirkungen dieser technischen Potenziale auseinander.

Zwei Tage vor dem LPT fand im Presse-Club München eine Pressekonferenz statt, die eine hohe Resonanz nach sich zog. Kammerpräsident **Nikolaus Melcop** und Vizepräsident **Bruno Waldvogel** forderten im Rahmen der Pressekonferenz in ihren Statements, dass die Internetangebote fachgerecht erstellt, kontrolliert und begleitet werden sollten. Für internetbasierte Interventionen müssten die gleichen Qualitätsstandards gelten wie bei der konventionellen Psychotherapie. Melcop sagte wörtlich: „Angebote für psychisch kranke Menschen im Internet sind kein Ersatz für eine Psychotherapie im persönlichen Kontakt bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten."

Kammerpräsident Nikolaus Melcop bei seiner Einführung zum 6. Bayerischen Landespsychotherapeutentag.
Foto: Siegfried Sperl

Vizepräsident **Bruno Waldvogel** informierte die Journalist/innen in der Pressekonferenz über den Forschungsstand zur Wirksamkeit von Online-Therapien und die entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen für Psychotherapeut/innen. Melcop und Waldvogel unterstrichen in ihren Erläuterungen, dass der Computer die klassische Psychotherapie nicht ablösen könne und dürfe. Online-Therapieangebote seien keine Alternativen zur heilkundlichen ambulanten Psychotherapie.

Nach der Eröffnung durch Bruno Waldvogel und den Grußworten von **Dr. Georg Walzel**, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, hob Kammerpräsident Nikolaus Melcop als Hintergrund des Themas des LPT zwei große Herausforderungen hervor, die sich der Gesellschaft heute stellen: die stark gestiegene Bedeutung psychischer Erkrankungen zusammen mit dem Bedarf nach psychotherapeutischer Behandlung und die weit reichende Lebensveränderung aller Menschen durch das Internet. Melcop betonte auch hier noch einmal, dass der Einsatz des Internets keinesfalls Ersatz für eine Psychotherapie im persönlichen Kontakt sein könne. Die Möglichkeiten des Internets dürften nicht dem Wildwuchs und dem Profitstreben anonymer Netzbetreiber überlassen bleiben. Insbesondere in Bezug auf Information, Prävention und Behandlung bei psychischen Erkrankungen ergeben sich erhebliche Gefahren für die Nutzer/innen. Er forderte verbindliche Qualitätskriterien für Internetangebote und bei einem Einsatz die Anleitung durch Psychotherapeut/innen oder fachspezifisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte. Die Berufsordnung schreibt hier die Einhaltung strenger Sorgfaltspflichten vor. Dies trifft insbesondere auf die Aufklärung von Patient/innen, die Diagnosestellung und den Einbezug in die Therapiedurchführung zu.

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für klinisch-psychologische Intervention an der Freien Universität Berlin, ging im ersten Fachvortrag auf die neuen Kommunikationsmedien in der psychotherapeutischen Versorgung ein. Die Referentin gab einen Überblick über

Die Referent/innen und der Vorstand der PTK Bayern auf dem 6. Bayerischen Landespsychotherapeutentag (v. l.):Anke Pielsticker, Benedikt Waldherr, Prof. Christine Knaevelsrud, Prof. Christian Roesler, Bruno Waldvogel, Nikolaus Melcop, Dr. Georg Walzel, Birgit Gorgas, Peter Lehndorfer, Jürgen Hardt und Dr. Veronika Brezinka. Foto: Siegfried Sperl

verschiedene Ansätze der Online-Therapie sowie deren Anwendungsbereiche und Spezifika des therapeutischen Settings im Internet. Exemplarisch erläuterte sie die Online-Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung und der Depression und stellte anhand einzelner Fallvignetten den typischen Verlauf einer Online-Intervention mit ihren settingspezifischen interaktionellen Besonderheiten dar. Knaevelsrud ging auch auf kritische Fragen ein, wie zum Beispiel, ob eine tragfähige therapeutische Beziehung ohne unmittelbaren, persönlichen Kontakt überhaupt entstehen könne und wie neue Medien additiv in bestehende therapeutische Angebote integriert werden könnten.

Jürgen Hardt, Gründungspräsident der LPK Hessen, stellte das Medium Internet aus kulturpsychologischer Sicht dar. Um das „Internet" habe sich eine hermetische und mächtige Diskurswelt entwickelt, deren Logik nur durch Paralogie (Lyotard) zu durchbrechen sei. Neue Medien hätten immer, wie ein Blick in die Mediengeschichte zeige, ein hohes Spaltungspotenzial. Die Spaltung sei besonders am generational divide (Turkle) des Internetgebrauchs und seiner Bewertung deutlich. Weil das Medium Internet aber nicht nur Kulturtechnik sondern zugleich auch Kulturobjekt (evocative object) sei, böte es zugleich Spaltung als naheliegende und primitive Lösung an. Die Spaltungen seien vielfältige: Verbreitung von Wissen als Information und Zerstörung von Bildung; Ausgestaltung und Auflösung des Subjekts; Intimität und Ende der Privatheit; Demokratisierung und zersplitternde Radikalisierung; Befreiung und totale Kontrolle; Vereinigung und Vereinzelung. Als Kulturtechnik setze das Internet zwar einerseits das Projekt der Moderne (Habermas) fort, kehre es zugleich aber in sein Gegenteil.

Vor dem Hintergrund von Forschungsarbeiten zur Bedeutung des Internets für die Anbahnung und Gestaltung von Paarbeziehungen stellte **Prof. Dr. Christian Roesler**, Professor für klinische Psychologie und Arbeit mit Familien an der Katholischen Hochschule Freiburg kritische Überlegungen zur virtuellen psychotherapeutischen Beziehung an. Die technischen Bedingungen der virtuellen Interaktion erzeugten neue Sozialformen, sie bildeten nicht einfach bestehende Sozialformen auf neuen medialen Ebenen ab, sondern wirkten wiederum in die sozialen Beziehungen hinein und veränderten diese, schüfen also neue Beziehungsformen und veränderten soziale Wirklichkeiten. Es wäre geradezu naiv und für die Psychotherapie potenziell auch gefährlich, anzunehmen, dass die bekannten Beziehungsformen sich einfach eins zu eins im virtuellen Feld abbilden würden. Der Referent plädierte für einen reflektierten Umgang mit neuen Interaktionsformen, wie beispielsweise internetbasierte Psychotherapie, sowie für ein Bewusstsein bezüglich ihres gesellschaftlichen Veränderungspotenzials und möglicher Gefahren.

Dr. Dr. Veronika Brezinka, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Zürich, erläuterte in ihrem Vortrag internetbasierte Interventionen in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Während internetbasierte Interventionen bei der Behandlung Erwachsener seit Längerem üblich seien, fänden sie zunehmend auch Eingang in den Kinder- und Jugendbereich. In mehreren Ländern gäbe es Initiativen, evidenzbasiertes Behandlungswissen mit computerbasierten Behandlungsprogrammen oder Computerspielen therapeutisch umzusetzen. Allerdings gäbe es auch eine Vielzahl von zweifelhaften Angeboten, bei denen primär ökonomische Interessen zu vermuten seien. Therapeutische Computerspiele könnten, müssten aber nicht Teil eines Online-Behandlungspaketes sein. Dr. Brezinka skizzierte hierzu die an der Universität Zürich entwickelten Spiele „Schatzsuche" und „Ricky und die Spinne", die für den Einsatz in einer individuellen Kindertherapie gedacht seien.

Thema des Fachvortrags von **Prof. Dr. Christiane Eichenberg**, Professorin für klinische Psychologie, Psychothera-

pie und Medien an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, waren internetassoziierte Störungen und ihre Behandlung. Neben dem empirisch belegten Nutzen des Internets für Prävention, Behandlung und Rehabilitation verschiedener psychischer Störungen könne die Internetnutzung jedoch auch zu klinisch relevanten Problemen führen. Immer häufiger suchten Patient/innen mit entsprechenden Problemen und Störungen daher die psychotherapeutische Praxis auf. Eichenberg unterteilte internetassoziierte Störungen in vier Gruppen: Exzessive Nutzungsformen (z. B. Online-Gambling), dysfunktionale Nutzungsformen (z. B. Online-Selbstdiagnosen), deviante Nutzungsformen (z. B. Cybermobbing) sowie selbstschädigende Nutzungsformen (z. B. Suizid-Foren).

Maßgeschneidertes Infotainment für Psychotherapeut/innen

Ein textakrobatisches und turbulentes Feuerwerk fränkischen Kabaretts des schlagfertigen Stand-up-Comedians und Kabarettisten Dr. Oliver Tissot war der passende humoristische Ausklang des 6. LPT. Tissots Improvisationen, Wortwitz, treffsichere Pointen, ausgefeilte Wortspiele und intelligent-hintergründige Bonmots zogen viel Beifall nach sich. Fazit: Ein furioser Auftritt mit hoher Gag-Frequenz.

Die Präsentationen der Fachvorträge der Referent/innen finden Sie in unserer Homepage Meldung vom 13.05.2015.

Vorstandswahlen der Bundespsychotherapeutenkammer: Neuer Präsident ist Dr. Dietrich Munz, neue Vizepräsidenten sind Dr. Nikolaus Melcop und Peter Lehndorfer

Auf dem 26. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT), der am 25. April 2015 in Berlin stattfand, wählten die Bundesdelegierten Dr. Dietrich Munz zum neuen Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Munz, bisheriger Vizepräsident der BPtK und gleichzeitig Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, wird ab dem 17. Mai 2015 die über 40.000 Psychotherapeut/innen in Deutschland vertreten. Die höchste Zahl an Einzelstimmen erhielt Nikolaus Melcop, Präsident der PTK Bayern, bei der Wahl zum 1. Vizepräsidenten. Melcop wurde zum ersten Mal in den Vorstand der BPtK gewählt. Die Bundesdelegierten wählten Peter Lehndorfer, Vizepräsident der PTK Bayern und seit Gründung der BPtK Vorstandsmitglied der BPtK, zum 2. Vizepräsidenten. Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, sowie Wolfgang Schreck, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen und seit Gründung der BPtK Mitglied der Versammlungsleitung der Deutschen Psychotherapeutentage, wurden als Beisitzer/in gewählt. „In meiner Funktion als neu gewählter Vizepräsident der BPtK werde ich mich nun auch bundesweit sowohl für alle Kammermitglieder als auch für die Patientinnen und Patienten einsetzen", betonte Melcop nach seiner Wahl. „Der Vorstand der BPtK wird seine Arbeit mit klarer Linie und großem Engagement für unseren Berufsstand fortsetzen", ergänzte Peter Lehndorfer.

Landesausschuss: 58,5 freie Sitze für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Bayern

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern hat Mitte Februar die neuen Planungsblätter für die ambulante psychotherapeutische und ärztliche Versorgung in Bayern bekannt gegeben. Bei Redaktionsschluss Mitte Mai sind in Bayern noch 58,5 freie Sitze im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorhanden. In welchen Planungsbereichen es aktuell noch Niederlassungsmöglichkeiten gibt, finden Sie in detaillierten Tabellen in den Informationen auf unserer Homepage, z. B. in der Meldung vom 27.02.2015. Wenn Sie sich auf einen der freien Sitze bewerben wollen, wenden Sie sich bitte an die Präsenzberater der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) für die jeweiligen Bezirke und Zulassungsbereiche. Bitte beachten Sie die unterschiedlichen Bewerbungsfristen. Weitere wichtige Informationen wie z. B. Bewerbungsmodalitäten und Antragsformulare finden Sie auf der Website der KVB.

Eckpunkte am Runden Tisch: ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz für Bayern entsteht

Am 15.04.2015 begrüßte Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml etwa 40 Expert/innen der Versorgung psychisch kranker Menschen sowie Landtagsabgeordnete zu einem Runden Tisch. Dieser soll gemäß Auftrag des Bayerischen Landtages Eckpunkte für ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz entwickeln, das das veraltete Unterbringungsgesetz ablösen und einem modernen Verständnis von Hilfe und Teilhabe für Menschen mit psychischen

Erkrankungen Rechnung tragen soll. Dazu werden neben der erforderlichen Regelung der Unterbringung von Menschen in Situationen der Selbst- oder Fremdgefährdung vor allem Hilfen im Vorfeld und in der Nachsorge sowie Maßnahmen zur Wahrung der Freiheitsrechte gefordert.

Im Vorfeld des Runden Tisches hatte das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege bereits 2014 erste inhaltliche Vorgaben für ein Gesetz vorgelegt und um Stellungnahmen der Verbände und weiterer Expert/innen gebeten. Auch die PTK Bayern hatte eine Stellungnahme abgegeben, in der sie neben der Notwendigkeit für eine flächendeckende Krisenversorgung u. a. auch auf Psychotherapie als integralem Bestandteil der ambulanten, stationären und ambulant-komplementären Versorgung einging und eine Stärkung der Patientenrechte und der Präventionsangebote forderte. Die Stellungnahmen waren insgesamt zahlreich und differenziert, und so konnte zum Runden Tisch bereits ein zweiter Entwurf vorgelegt werden. Auf dieser Grundlage wurden fünf Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themenfeldern gebildet. Sie beschäftigen sich mit dem flächendeckenden Ausbau und der Weiterentwicklung der Versorgung, der Stärkung der Selbsthilfe und der Patientenrechte, mit Prävention psychischer Erkrankungen und Fragen des Qualitätsmanagements und der Psychiatrieberichterstattung sowie mit der Neuregelung des konkreten Verfahrens der zwangsweisen Unterbringung. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden jeweils dem Runden Tisch vorgelegt, um einen breiten Konsens über alle Interessen hinweg zu erreichen. Dieses Verfahren, das auch die Teilnahme von Landtagsabgeordneten ermöglicht, wurde von allen Beteiligten sehr begrüßt. Gesundheitsministerin Huml zeigte sich zuversichtlich, dass die Eckpunkte bis Ende 2015 erarbeitet sein könnten, sodass 2016 ein Gesetzentwurf erstellt werden könne. Die PTK Bayern wird sich an mehreren Arbeitsgruppen beteiligen und sich für mehr Psychotherapie in allen Versorgungsbereichen und eine sektorübergreifende Angebotsstruktur einsetzen. Ebenso ist der Ausbau von Präventionsangeboten für alle Altersgruppen ein originäres Anliegen der PTK. Wir werden zu gegebener Zeit über die Fortschritte in der Entwicklung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes berichten.

Neues Beratungsangebot für Psychotherapie-Patient/innen

Seit dem 13.04.2015 können sich Patient/innen, die sich in einer Psychotherapie bei einem Mitglied der PTK Bayern befinden, beraten lassen, wenn sie Unterstützung im Umgang mit einer von ihnen als problematisch empfundenen Situation im Zusammenhang mit ihrer psychotherapeutischen Behandlung suchen. Das vertrauliche Beratungsangebot erstreckt sich auch auf Angehörige von Patient/innen. Die Beratung wird durch Psychotherapeut/innen durchgeführt, die von der Kammer hierzu berufen wurden. Diese sind jeweils montags um 13 Uhr und mittwochs um 18 Uhr unter der Telefonnummer 089/51 5555-275 für jeweils eine Stunde erreichbar. Das Beratungsangebot ist eine eigenständige und niedrigschwellige Einrichtung der PTK Bayern für Psychotherapiepatient/innen und nicht Teil von Verwaltungsverfahren der Kammer. Die dazu von der Delegiertenversammlung beschlossene Verfahrensordnung ist nach ihrer Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger am 15.08.2014 in Kraft getreten. Auf Basis der Kammersatzung besteht keine Mitteilungspflicht der Berater/innen gegenüber der Kammer. Die Beratung wird kostenfrei angeboten und kann auch anonym wahrgenommen werden. Die ehrenamtlichen Berater/innen sind zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verpflichtet. Das Beratungsangebot richtet sich an Patient/innen, die sich in einer Psychotherapie bei einem Mitglied der PTK Bayern befinden. Patient/innen, die sich in ärztlich-psychotherapeutischer Behandlung befinden, können sich an die Bayerische Landesärztekammer wenden. Für rechtliche Fragen kann auch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (www.patientenberatung.de) konsultiert werden.

Umfrage zur Psychotherapie mit ehemaligen Straftäter/innen – Erste Zwischenauswertung

Ausgehend von der Fortbildungsveranstaltung „Psychotherapie mit (Sexual-) Straftätern" im März 2012 und einer entsprechenden Mitgliederbefragung hat die PTK Bayern eine Liste mit Psychotherapeut/innen erstellt, die sich bereit erklären, ehemalige Straftäter/innen ambulant zu behandeln. Die Liste umfasst aktuell 32 Psychotherapeut/innen und wurde zwischenzeitlich an das Justizministerium, an Justizvollzugsanstalten (JVA) und an Bewährungshilfen in Bayern weitergeleitet. Diese 32 Kolleg/innen wurden im Dezember 2014 zu ihren Erfahrungen hinsichtlich Hürden und Verbesserungsmöglichkeiten in der Psychotherapie mit (ehemaligen) Straftäter/innen befragt.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich die Psychotherapeut/innen eine bessere Vernetzung mit den Ansprechpartner/innen in den Justizvollzugsanstalten und der Bewährungshilfe wünschen. Das Angebot einer ambulanten Psychotherapie nach Entlassung scheint noch relativ selten genutzt zu werden: Zwar haben bislang 68% der antwortenden Psychotherapeut/innen Anfragen von ehemaligen Straftäter/innen für eine psychotherapeutische Behandlung erhalten. Vorgespräche werden jedoch nur noch von 36% der Psychotherapeut/innen berichtet, wäh-

rend abgeschlossene Psychotherapien von 32% der Psychotherapeut/innen angegeben werden. Die überweisende Einrichtung war hierbei zumeist eine Justizvollzugsanstalt (48%). Rund 40% der Psychotherapeut/innen benannten Unklarheiten und zeitliche Verzögerungen hinsichtlich der Kostenübernahme von ambulanter Psychotherapie nach Entlassung, uneinheitliche Handhabungen hinsichtlich der Höhe und des Ablaufs der Kostenerstattung sowie das Fehlen eines Ansprechpartners in der JVA. 8% der Befragten wünschen sich eine von der PTK Bayern organisierte weitere Fortbildung u. a. zu den Themen Gewaltdelikte, Sexualstraftäter, Psychotherapie mit jugendlichen Straftäter/innen und motivierende Gesprächsführung. Die Umsetzung einer Fortbildung zum genannten Themenbereich ist bereits in Planung.

Der Vorstand der PTK Bayern hat in diesem Kontext beschlossen, weitere Gespräche zu Verbesserungsmöglichkeiten mit den entsprechenden Ansprechpartner/innen im Justizministerium, den Justizvollzugsanstalten und der Bewährungshilfe anzubahnen, nachdem eine weitere Befragung aller Mitglieder der PTK Bayern zu diesem Thema erfolgt ist.

DMP Brustkrebs in Bayern: KVB kooperiert mit PTK Bayern

Der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung bei psychisch stark belasteten Patientinnen ist bei einer Brustkrebserkrankung enorm wichtig. Brustkrebspatientinnen in Bayern können im Rahmen des „Disease Management Programms (DMP) Brustkrebs" begleitende ambulante psychoonkologische und psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch nehmen.

Im DMP Brustkrebs werden drei Stufen psychoonkologischer Versorgung unterschieden. Psychotherapeut/innen können sich durch entsprechende Fortbildungen für die Durchführung und Abrechnung dieser Stufen qualifizieren.

Stufe 1 und 2: Eine Fortbildung, die geforderte Grundkenntnisse vermittelt, qualifiziert zur Psychoonkologischen Testung und Beratung. Darüber hinaus ermöglicht diese Fortbildung, psychoonkologische „Einzelsitzungen" abzuhalten (zwei bis sechs Sitzungen pro Behandlungsfall), weitere Informationen dazu finden Sie unter dem unten angegebenen Link. Zudem besteht die Möglichkeit, Gruppensitzungen (mit jeweils zwei bis neun Teilnehmerinnen) im Umfang von zwei bis sechs Sitzungen je Behandlungsfall durchzuführen.

Stufe 3: Eine in der Regel mehrtägige Fortbildung ermöglicht teilnehmenden Psychotherapeut/innen die Abrechnung von „Psychotherapeutisch-psychoonkologischen Behandlungen". Die Genehmigung nach Stufe 3 berechtigt Psychotherapeut/innen auch zur Erbringung der Leistungen nach Stufe 1 und 2.

Bei Vorliegen einer psychischen Störung kann auch – wie bisher und außerhalb des DMP – eine Richtlinienpsychotherapie ergänzend indiziert sein.

Psychologische Psychotherapeut/innen und ärztliche Psychotherapeuten/innen mit KV-Zulassung, die psychoonkologisch fortgebildet sind, können die Aufnahme in das DMP Brustkrebs bei der KVB beantragen. Zur Abrechnung der Leistungen ist der Nachweis der psychoonkologischen Fortbildung der PTK Bayern oder der Bayerischen Landesärztekammer oder eine vergleichbare Fortbildung, die durch die KVB anerkannt und zertifiziert wurde, auf Anforderung vorzulegen. Die PTK Bayern organisiert regelmäßig gemeinsam mit der KVB entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für Psychotherapeut/innen (z. B. am 10./11. 07. 2015 in München, Zertifizierung für die Teilnahme am DMP Brustkrebs Stufe 3).

Weitere Informationen zum DMP Brustkrebs (zum Beispiel die aktuellen Verträge und Formulare zur Anmeldung bei der KVB) finden Sie unter: www.kvb.de/abrechnung/dmp/brustkrebs.

Kurznachrichten

Begrüßungsveranstaltung für neue Mitglieder und Ausbildungsteilneh-mer/innen Psychotherapie (AtP)

An der Veranstaltung am 28.02.2015 nahmen rund 70 neuapprobierte Mitglieder und Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie (AtP) teil. Nikolaus Melcop gab Informationen zum Hintergrund, Aufgaben und Struktur der Kammer. Peter Lehndorfer stellte die Regelungen zur Fortbildung und der Berufsausübung vor. Am Ende der Veranstaltung konnten im Dialog zahlreiche individuelle Fragen der Teilnehmer/innen beantwortet werden.

10. Treffen der AtP-Vertreter/innen und Neuwahl

Am 11.03.2015 fand das 10. Treffen der Vertreter/innen der Institute der bayerischen Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie (AtP) statt. Nikolaus Melcop stellte die Arbeit der Kammer, die aktuellen Entwicklungen der Berufspolitik sowie das vom 25. DPT am 15.11.2014 beschlossene Modell „Studium mit Approbation und anschließender Weiterbildung" vor. Ein weiterer Schwerpunkt des Treffens waren die Neuwahlen der Vertreter/innen der Ausbildungsteilnehmer/innen

für die Delegiertenversammlung der PTK Bayern. Zum neuen AtP-Sprecher (und damit satzungsgemäßem Gast in der Kammer-DV) ab März 2015 wurde gewählt: Dominik Schoeller. Die Stellvertreter/innen sind: Birgit Spendlinger; Franziska Maul, Julia Bachmann, Stephan Czeschka.

Veranstaltungen „Neue Berufsordnung und Patientenrechtegesetz"

An den beiden Veranstaltungen in München (14.03.2015) und Nürnberg (21.03.2015) nahmen insgesamt rund 80 Kammermitglieder teil. Vizepräsident Bruno Waldvogel, Kammer-Justiziar Thomas Schmidt und Theresa Kruss, Rechtsabteilung PTK Bayern, stellten in den Veranstaltungen die wesentlichen Regelungen der neuen Berufsordnung der Kammer – im Wesentlichen die Sorgfaltspflicht, Patientenakte, Aufklärung und Einwilligung, die Einflüsse des Patientenrechtegesetzes sowie Formen der Berufsausübung – vor.

Etappenerfolg im Maßregelvollzugsgesetz

Erfolg für die Lobbyarbeit der Kammer: Unter Federführung von Joachim Unterländer MdL, Vorsitzender des Sozialausschusses im Bayerischen Landtag, haben insgesamt 21 CSU-Fraktionsmitglieder Anfang April einen Änderungsantrag zum Gesetzentwurf der Bayerischen Staatsregierung für ein Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz eingebracht. Der Antrag der CSU sieht vor, die Leitung einer Einrichtung des Maßregelvollzugs in besonderen Fällen auch auf Psychologische Psychotherapeut/innen mit forensischer Zusatzqualifikation zu übertragen. Im ursprünglichen Gesetzentwurf war der Berufsstand überhaupt nicht genannt worden. Die Kammer hatte in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf u. a. die gleichberechtigte Einbeziehung des Berufsstandes neben Ärzt/innen gefordert.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter/innen teilgenommen haben: Mehrere Termine und Gespräche mit bayerischen Bundestagsabgeordneten zum geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz; Sitzung der Landesarbeitsgemeinschaft Prävention am **26.02.2015**; 6. Sitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrates am **09.03.2015**; BPtK-Symposium „Psychotherapeutische Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik – Anforderungen an die Personalausstattung" am **10.03.2015**; 29. Sitzung des QM/QZ-Lenkungsausschusses der KVB am **11.03.2015**; BPtK-Round-Table-Gespräch „Qualität von psychotherapeutischen Gutachten" am **27.03.2015**; 3. Sitzung der Landesarbeitsgemeinschaft Versorgungsforschung (LAGeV) am 17.04.2015; Verleihung des Ehrenpreises der Freien Berufe am **22.04.2015**; Runder Tisch „Ärztenachwuchs in Bayern" des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) am **28.04.2015**; Beirat „Fortbildung" der Landeskammern am **28.04.2015**; 8. Sitzung des Zentralstellenrates Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) Bayern am **30.04.2015**.

Bevorstehende Veranstaltungen

Fortbildung für die psychoonkologische Praxis: Eine Kooperationsveranstaltung der der PTK Bayern und der KVB. Termin: 10. und 11.07.2015 in München.

Warum ist Papa so komisch? Persönlichkeits- und Verhaltensstörung eines Elternteils aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns: Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern, des Netzwerkes Kinder krebskranker Eltern München und des Vereins lebensmut. Termin: 15.07.2015, 16.00 bis 19.30 Uhr in München.

Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung: Fortbildung mit den Schwerpunkten u. a. „Elemente des Businessplanes, Finanzierungsvoraussetzungen und Fördermöglichkeiten, rechtliche und steuerliche Fragen". Termin: 24.07.2015 in München.

Palliativmedizin bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen – Herausforderungen und Möglichkeiten für Psychotherapeut/innen: Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 12.09.2015 in Nürnberg.

14. Suchtforum mit dem Titel „Zwischen Genuss, Frust und Kontrollverlust – Essstörungen als 'gewichtige' Herausforderung einer Konsumgesellschaft?!" in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer. 2. Termin: 04.12.2015 in Nürnberg.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen I – Psychokardiologie und Diabetologie: Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 19.12.2015 in München.

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

Birketweg 30, 80639 München
Post: Postfach 151506, 80049 München
Tel. 089/51 55 55-0, Fax -25
Mo–Fr 9.00-13.00,
Di–Do 14.00-15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Aktuelle Themen zur psychotherapeutischen Versorgung – Psychotherapeutische Sprechstunde und Fortbildung in Psychosen-Psychotherapie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

neben den uns bewegenden „großen gesundheitspolitischen Themen", wie z. B. der Ausbildungsreform, der bevorstehenden Verabschiedung des Versorgungsstärkungsgesetzes und der Bedarfsplanung, werden bzw. wurden nahezu unbemerkt im Rahmen der Selbstverwaltung vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für uns PsychotherapeutInnen bindende Beschlüsse vorbereitet und verabschiedet. Diese erweitern nicht nur unsere Rolle und die der Psychotherapie, sondern haben neue fachliche Anforderungen an die Beratung, Diagnostik und Behandlung von PatientInnen zur Folge, – insbesondere auch an die Kooperation mit ärztlichen KollegInnen („Komplexbehandlung"), anderen Gesundheitsberufen, Kliniken und psychosozialen Einrichtungen.

So werden seit geraumer Zeit **Kriterien und unterschiedliche Modelle einer „Akutsprechstunde", „Terminsprechstunde"** des Berufsverbandes DPTV, der Bundespsychotherapeutenkammer, der Berliner Kammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und DGPPN (Berufs- und Fachverband der Psychiater) kontrovers diskutiert. **Der G-BA diskutiert diese mit dem Ziel, Ende 2015 – Anfang 2016 einen Beschluss vorzulegen.** Auf unserem Landespsychotherapeutentag am 12.09.15 werden wir Bedeutung und mögliche praktische Konsequenzen dieser Modelle in einem Workshop weiter vertiefen.

Am 03.01.2015 trat eine Änderung der Psychotherapierichtlinien in Kraft: EMDR kann bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der Tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie angewendet werden – für die „eine hinreichend fachliche Befähigung" des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin vorausgesetzt wird. Auch zu diesem Bereich werden wir uns noch äußern.

Bereits am 30.12.2014 beschloss der G-BA in den Psychotherapierichtlinien den § 22, Abs. 2 Nr. 4 neu zu fassen: „4. Schizophrenie und Affektive Störung".

Diese knappe Neufassung ersetzt den ursprünglichen Anwendungsbereich „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen". www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2087/

Mit dieser beschlossenen Änderung wird klargestellt, dass psychotische Störungen in ambulanter (Richtlinien-) Psychotherapie behandelt werden können, auch die Kern- und Akutsymptomatik.

Die Erweiterung der Psychotherapierichtlinien ermöglicht jetzt auch die psychotherapeutische Behandlung dieser unterversorgten Gruppe von PatientInnen.

Der Vorstand diskutiert, wie die KollegInnen konkret zu Problemen beim Verfassen ihrer Berichte an den Gutachter (Erstantrag) und z. B. bei Fragen zur Behandlungsplanung unterstützt werden können. Wir überlegen, dazu Gutachter/Obergutachter der KBV einzuladen, mit denen über die Spezifika dieser PatientInnen im Rahmen der Antragsverfahren diskutiert werden kann.

Dipl.-Psych. Michael Krenz
Präsident der Psychotherapeutenkammer Berlin

Im März veranstalteten wir ein **„Erstes kammerinternes Kolloquium" zu „Psychotherapie von Patienten mit Erkrankung des psychotischen Formenkreises und Persönlichkeitsstörungen"**, zu dem wir HochschullehrerInnen, stationär und ambulant tätige PsychiaterInnen, ÄrztInnen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychologische PsychotherapeutInnen zu Statements und folgenden Fragestellungen eingeladen hatten:

„Was müssen PP und KJP über ihre Psychotherapieausbildung hinaus wissen und können, um o. g. Patientengruppen diagnostizieren/beraten/behandeln/überweisen zu können?" **Ziel war es, Kriterien für eine verfahrensübergreifende Curriculare Fortbildung für PP und KJP zu entwickeln, nach denen die Vertreter der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren zur Diagnostik und zu Fragen der Behandlung psychotisch Erkrankter („Schizophrener Formenkreis", „Frühgestörte"), für in laufenden Behandlungen von psychotischen Episoden bedrohte Patienten, schwer Depressive mit psychotischer Symptomatik u. a. m. Fortbildungsveranstaltungen anbieten können.**

Zentral ist in diesem Zusammenhang die zukünftige Kooperation mit den staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten, Fachverbänden, Kliniken, insbesondere der Charité, HochschullehrerInnen und psychosozialen Trägern. **Wir schaffen keine konkurrierende neue Curriculare Fortbildung zu anderen Anbietern, sondern versuchen, verschiedene**

Angebote und unterschiedliche Zugänge zu diesen Patientengruppen zu vernetzen, dies u. a. mit dem Ziel der Qualitätssicherung.

Die zu entwickelnden Kriterien – wir werten zurzeit diesbezüglich das Protokoll des Kolloquiums aus – sollen für die interessierten KollegInnen wie ein roter Faden durch die unterschiedlichen Fortbildungsangebote verschiedenster Anbieter führen. Diese sind freiwillig und sollen unterschiedliche Zugänge zur Diagnostik und Behandlung eröffnen: z. B. über Intervisions- und Supervisionsgruppen, Balintgruppen, kasuistisch-technische Seminare, Veranstaltungen zu den neuesten Erkenntnissen zur Krankheits- bzw. Störungslehre, Behandlungstechnik u. a. m.

Es handelt sich hier weder um eine zertifizierte Weiterbildung noch um Spezialisierungen, sondern um eine differenzierte Fortbildung, die an das in der Ausbildung vermittelte Wissen und Können anknüpft und dieses weiter vertieft.

Von besonderer Bedeutung für eine angemessene und erfolgreiche Patientenbehandlung wird die anzustrebende praktische Zusammenarbeit „vor Ort" mit PsychiaterInnen, ÄrztInnen für psychosomatische Medizin, HausärztInnen, Kliniken und psychosozialen Trägern sein.

Wie Sie schlaglichtartig sehen, spielen wir die in unserem Feld liegenden gesundheitspolitischen und fachlichen „Bälle" und bitten Sie „mitzuspielen", d. h.: sich konkret an der erfolgreichen Gestaltung unserer Ziele zu beteiligen.

In diesem Sinne herzliche und kollegiale Grüße

Ihr Michael Krenz

Erziehungs- und Familienberatung als Arbeitsfeld approbierter PsychotherapeutInnen

In Berlin sind in jedem Stadtbezirk eine EFB des bezirklichen Jugendamtes und eine in freier Trägerschaft Ansprechpartner für Familien, Eltern, Kinder und Jugendliche sowie weitere, mit Erziehung befasste Menschen. Sie bieten Erziehungsberatung gemäß § 28 in Verbindung mit den §§ 16, 17 und 18 SGB VIII.

Eltern, Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und andere erziehungsberechtigte Personen können sich in allen Fragen und Problemen, die im Zusammenhang mit der Erziehung und dem Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen und im Zusammenleben in der Familie auftreten können, an eine EFB wenden. Dazu zählen Erziehungsprobleme jeder Art und jeden Alters, ebenso Familienprobleme und Probleme der Erwachsenen: individuelle Erziehungsprobleme und Paarprobleme bis hin zu Trennungs-, Scheidungs- und Umgangsfragen.

Das Angebot ist kostenfrei und kann ohne formalisiertes Antragsverfahren in Anspruch genommen werden, auf Wunsch auch anonym. Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterliegen der Schweigepflicht.

In den Beratungsstellen arbeitet jeweils ein multidisziplinäres Team, bestehend aus Dipl.-PsychologInnen (oder Master), Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sowie SozialpädagogInnen, alle mit abgeschlossener psychotherapeutischer Zusatzausbildung.

Das Angebot umfasst Diagnostik, Beratung und/oder Therapie, wobei das Spektrum von einem einmaligen ausführlichen Beratungsgespräch bis hin zu länger anhaltenden Beratungsprozessen und Therapien für Kinder, Jugendliche, Paare und Familien reicht. Hinzu kommen Gruppenangebote wie Elternkurse, Gruppen für Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche sowie notfallpsychologische Angebote für Familien, die mit Trauer und Tod konfrontiert sind.

Entsprechend wird in unterschiedlichsten Settings gearbeitet: mit Kindern oder Jugendlichen einzeln, mit Eltern oder ganzen Familien, mit Gruppen, bei Paaren auch im Co-Setting.

Das Problemspektrum, mit dem die MitarbeiterInnen in EFB konfrontiert werden, ist umfangreich und komplex und reicht von Fragen zur Erziehung über leichte Auffälligkeiten bis hin zu Symptomen und Störungen mit Krankheitswert. Die Anforderungen an die diagnostische Kompetenz sind hoch und erfordern das Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen, unterschiedlicher Zusatzqualifikationen in den multidisziplinären Teams.

EFB sind deshalb auch gut eingebunden in die bezirkliche psychosoziale Versorgungslandschaft und kooperieren eng sowohl mit den Einrichtungen der Jugendhilfe als auch mit den ambulanten und klinischen Versorgungsangeboten des Gesundheitswesens.

Die Notwendigkeit der Approbation in den EFB der Jugendämter

In den EFB der Jugendämter ist die Approbation vom Gesetzgeber geforderte Voraussetzung für die Ausführung der fachdienstlichen Aufgaben, und zwar für die Erstellung von Gutachten zum erweiterten Förderbedarf von Pflegekindern und bei der Einleitung von Psychotherapien gemäß §§ 27 und 35a SGB VIII für Kinder und Jugendliche, die von niedergelassenen PsychotherapeutInnen in freien Praxen erbracht werden.

In den Gutachten zum erweiterten Förderbedarf von Pflegekindern sind neben der Differentialdiagnostik des Pflegekindes die Anforderungen an die Pflegeeltern, die den Mehraufwand begründen, herauszuarbeiten und zu formulieren.

Im Rahmen der Begutachtungen bei der Einleitung von Psychotherapien ist eine Differentialdiagnostik zu erarbeiten, die Indikation zu prüfen und zu entscheiden, welcher Kostenträger hier zuständig ist (SGB VIII oder die Krankenkassen).

Erziehungs- und Familienberatungsstellen kommt eine wichtige Schlüsselstellung im Netz der psychosozialen Versorgung zu. **Für die Erfüllung ihrer fachdienstlichen Aufgabenstellungen ist die Approbation zwingende Voraussetzung, für die eigene Diagnostik, Beratung und Therapie wird sie als sinnvoll betrachtet**, da immer zu entscheiden ist, ob geeignete Jugendhilfemaßnahmen erforderlich sind, ob Störungen aus dem Spektrum der psychischen Störungen gem. ICD-10 vorliegen und eine entsprechende Behandlung einzuleiten ist, oder ob den vorgestellten Problemlagen mit den eigenen Kompetenzen abgeholfen werden kann.

Dipl.-Psych. Susanne Rötschke

Weiterführender Link:
www.efb-berlin.de

Kontakt:
Tel.: 030 9018 45484
Mail: susanne.roetschke@ba-mitte.berlin.de

BE

Brauchen wir approbierte PsychotherapeutInnen in der Erziehungs- und Familienberatung?

Anmerkungen zum Artikel von Susanne Rötschke über das Arbeitsfeld der EFB

Die Berufsbezeichnung des Psychologischen Psychotherapeuten (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) kommt in den Leistungsbeschreibungen der Jugendhilfe explizit nur in der ambulanten Psychotherapie nach §27 und § 35a SGB VIII vor. Gleichwohl sind sowohl PP als auch KJP in der ambulanten Jugendhilfe sowie im Rahmen von stationären Jugendhilfen wie therapeutischen Jugendwohngemeinschaften, Tagesgruppen und Kooperationsprojekten von Schule und Jugendhilfe tätig. Dort leben z. T. von Teilhabebeeinträchtigungen betroffene Kinder und Jugendliche mit einem komplexen Störungsbild und erfahren Behandlung im Rahmen der Hilfen zur Erziehung.

Nach dem Psychotherapeutengesetz (PTG) §1 Abs.3 (3) ist die „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes (…) jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist."

Ambulante Psychotherapie im Rahmen des SGB VIII setzt zwingend voraus:

A. Approbation als PP oder KJP bei den Leistungserbringern, also den PsychotherapeutInnen
B. Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 27,3 SGB als Hilfe zur Erziehung oder
C. Verhütung einer drohenden bzw. Behandlung einer bestehenden seelischen Behinderung im Kontext von Eingliederungshilfe gem. §35a SGB VIII.

Die Zielrichtung ist die Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Das unter www.efb-berlin.de formulierte Angebot beschreibt Aufgaben, die zur Erfüllung zwingend das Vorliegen einer Approbation voraussetzen. Es reicht vom „(…) Informationsgespräch über das intensive Beratungsgespräch, die diagnostische Abklärung bis zur Psychotherapie." Die Leistungsbeschreibungen sind aber auf Dipl.-Psych. und Soz.-Päd./SozialarbeiterInnen mit Zusatzqualifikation ausgerichtet. Lediglich die KJP werden explizit als PsychotherapeutInnen genannt, sind im Tarifvertrag aber im „Erziehungsdienst" eingeordnet.

Hier entstehen „Zwischenräume", die

- weder der gewachsenen Identität eines Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin gerecht werden,
- noch den Aufgabenbeschreibungen der Arbeit einer EFB oder
- dem Interesse der KlientInnen auf eine uneingeschränkt fachlich wie auch rechtlich belastbare Aussage hinsichtlich diagnostischer Einschätzungen, psychotherapeutischer Empfehlungen oder eigener psychotherapeutischer Angebote innerhalb der EFB.

Die QS 221 listet im „Qualitätsprodukt Erziehungsberatung" auf S. 38 die personelle Ausstattung wie folgt auf: Multidisziplinäres Fachteam: DiplompsychologInnen, DiplomsozialarbeiterInnen/-pädagogInnen, therapeutische Fachkraft für die Arbeit mit Kindern.

Die seelische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen vollzieht sich in den Interaktionen ihrer Familien und ihres sozialen Umfeldes (…). Im Einzelnen sind (im Rahmen der EFB) erforderlich:

- psychodiagnostische und psychotherapeutische Kompetenz,
- Kompetenz zur fallbezogenen Analyse psychosozialer und gesellschaftlicher Bedingungen (einschließlich der Planung und Durchführung von Interventionen),
- Kompetenz zur beratenden oder therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie
- die Befähigung zur Abklärung organischer Verursachungen.

Die QS 22 ist 1999 – noch vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes – in Druck gegangen. So mögen die Formulierungen „therapeutische

Fachkraft" und „Zusatzqualifikation" der Zeit vor dem PTG geschuldet sein. Gleichwohl werden aber dezidiert psychodiagnostische und psychotherapeutische Aufgaben der EFB übertragen und bis heute auch wahrgenommen.

Aus Sicht der Autoren dieses Beitrags besteht dringender Gesprächsbedarf. Wir möchten die im Artikel von Susanne Rötschke angedeuteten Fragen verdeutlichen:

- Lassen die Aufgaben, die auf der Grundlage des PTG der Approbation bedürfen, noch Stellenpläne und Eingruppierungen zu, die sich im Selbstverständnis von „Zusatzqualifikationen" bewegen?
- Sind fachliche Entscheidungen im psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Bereich, die im Feld der EFB getroffen werden, hinreichend bestandsfähig?
- Wie kann der Generationenwechsel genutzt werden, um belastbare Strukturen zu schaffen, die klar die Vorgaben des PTG aufnehmen und fachliche Standards sichern.

Diese Fragen sollten auch mit den approbierten KollegInnen der institutionellen Versorgung im Rahmen der Kammer erörtert werden. Der Landespsychotherapeutentag könnte hierzu mit einer Arbeitsgruppe ein gutes Forum sein.

Wir denken, es ist unsere Aufgabe, junge KollegInnen zu ermutigen, sich ohne Rollenkonfusion in diesem komplexen Feld mit schwierigsten Kindern und Jugendlichen in einem multiprofessionellen Team als Psychologische(r) Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin einzubringen.

Ute Meybohm und Norbert Rosansky
(Ausschuss Kinder- und Jugendpsychotherapeutische Versorgung

1 www.bke.de/content/application/shop.download/1154630812_qs22.pdf

Aktiv gegen den Abbau von Praxissitzen

Durch das geplante Versorgungsstärkungsgesetz droht der massive Abbau von Vertragspsychotherapeutensitzen. Nachbesetzungen bei Praxisaufgaben können abgelehnt und anschließende Zwangsaufkäufe durch die KV getätigt werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer und die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung sind bemüht, diese fatale Entwicklung auf politischer Ebene aufzuhalten. Um aber nicht auf den Ausgang des Gesetzgebungsverfahrens zu warten, ist die **Psychotherapeutenkammer Berlin bereits aktiv gegen den Abbau von Praxissitzen und die Verschlechterung der Versorgungssituation geworden:**

Mehrere Informationsveranstaltungen zu diesem Thema und eine „Praxisbörse" zum direkten Austausch zwischen Praxisinteressenten und -abgebenden fanden großen Anklang: Rund 300 Mitglieder kamen zusammen und wurden von Mitgliedern des Vorstandes, des Ausschusses Ambulante Versorgung und Kammerdelegierten über unterschiedliche, praktikable Modelle der Praxisweitergabe informiert. Gleich im Anschluss konnten in moderierten Kleingruppen weitergehende Fragen besprochen und direkte Kontakte geknüpft werden. Weitere Veranstaltungen sind geplant. Zudem bieten wir auf unserer Homepage unter der Themenrubrik Praxisverkauf/Praxisabgabe hilfreiche Informationen an.

Denn nur die rechtzeitige Praxisweitergabe (d. h. solange noch die bisherige Gesetzeslage gültig ist) kann der Verschlechterung der Versorgungssituation entgegenwirken!

Geschäftsstelle

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

PK BREMEN
PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BREMEN

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Kostenerstattung in Bremen: Eine Bestandsaufnahme

Der Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung ist in Deutschland im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgeschrieben. Damit ist die GKV verpflichtet, ihren Versicherten bei Bedarf zeitnah eine Psychotherapie anzubieten. Gelingt ihr das nicht, besteht gemäß § 13 Abs. 3, SGB V ein Anspruch auf Kostenerstattung: „Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war."

Obwohl Psychotherapie mit Kostenerstattung damit im Grunde eine Ausnahmeregelung für den Fall von Versorgungsengpässen darstellen sollte, hat sie in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die Bundespsychotherapeutenkammer berichtete bereits 2013, dass sich die Ausgaben der GKV für Kostenerstattung im Bereich Psychotherapie in den vergangenen zehn Jahren nahezu verzehnfacht hatten und sich 2012 auf ein Gesamtvolumen von 41 Millionen Euro beliefen.

Diese Zahlen machen deutlich, dass – trotz einer nominellen Überversorgung mit Psychotherapie – die tatsächliche Versorgungssituation als unzureichend einzuschätzen ist. Dies trifft auch auf das Land Bremen zu: Trotz eines von der KV-HB ausgewiesenen Versorgungsgrads von 183% (KVHB, Stand 2015) zeigte eine Umfrage der Psychotherapeutenkammer Bremen vom Februar 2011 substanzielle Wartezeiten auf ein Erstgespräch von durchschnittlich 9 Wochen und auf den Beginn einer Psychotherapie von durchschnittlich 22 Wochen. Als zumutbar werden in der Regel Wartezeiten von bis zu sechs Wochen angesehen. Damit stellt sich auch in Bremen die Frage, welche Relevanz Psychotherapie mit Kostenerstattung in der Versorgung innehat.

Die PKHB führte vor diesem Hintergrund eine Befragung unter allen Kammermitgliedern durch, die nicht als Vertragspsychotherapeuten tätig sind und damit grundsätzlich Kostenerstattung durchführen können. Es zeigte sich, dass im Jahr 2014 mindestens 39 Bremer Psychotherapeuten Patienten im Kostenerstattungsverfahren behandelt haben. Insgesamt wurden von diesen Therapeuten 354 Anträge gestellt. Dabei berichteten die Behandler, dass durchschnittlich 50% ihrer Therapien auf Kostenerstattung beruhten und dadurch durchschnittlich 45% der Einnahmen dieser Therapeuten generiert wurde. Damit kann davon ausgegangen werden, dass Kostenerstattung auch im Lande Bremen eine wichtige Rolle in der Versorgung psychisch Kranker spielt.

Die Befragung machte auch deutlich, dass die genauen Modalitäten im Rahmen der Kostenerstattung oft als intransparent eingeschätzt werden. Dies nahm die Kammer zum Anlass, ein Gespräch mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) zu suchen und nach deren Erfahrungen im Bereich Kostenerstattung zu fragen. Das Gespräch fand am 16.April 2015 in den Räumen des MDK statt. Anwesend waren auf Seiten des MDK der Leiter der Geschäftsstelle, Herr Dr. Krimphoff, sowie die für den Bereich Psychotherapie verantwortlichen Mitarbeiterinnen Frau Dr. Hasenauer-Hoppe und Frau Dr. Gerdes. Die PK Bremen wurde vertreten von Dr. Sylvia Helbig-Lang und Karl Heinz Schrömgens.

Die Mitarbeiter des MDK teilten mit, dass wöchentlich ca. zehn bis 15 Anträge auf Kostenerstattung bearbeitet werden. Dabei stelle dies jedoch nicht das tatsächliche Antragsvolumen dar, da jede Versicherung ein eigenes Vorgehen im Rahmen der Kostenerstattung habe und nur ein Teil der Versicherungen den MDK zur Begutachtung der Anträge einschalte. Herr Dr. Krimphoff berichtete, dass auch der MDK im letzten Jahr einen deutlichen Anstieg der Antragszahl beobachtet habe; seit Mitte des letzten Jahres habe sich dieser Trend jedoch auf dem aktuellen Niveau stabilisiert.

Frau Gerdes und Frau Hasenauer-Hoppe schilderten darüber hinaus die Begutachtungspraxis des MDK und betonten, dass nur bei ausreichender Informationslage eine sachgerechte Entscheidung getroffen werden könne. Einige Anträge seien zu wenig aussagekräftig bezüglich der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung und könnten daher nicht sofort genehmigt werden. Als Grundlage der Begutachtung sei ein Bericht des Psychotherapeuten analog zum Bericht an den Gutachter im Rahmen von GKV-Therapien wichtig, der auch ein medizinisches Konsil umfassen muss. Darüber hinaus benötige der MDK eine Notwendigkeitsbescheinigung für die psychotherapeutische Behandlung. Diese könne sowohl von einem im Rahmen des Vertragsarztsystems tätigen Facharzt als auch von einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Kassensitz ausgestellt werden. Die Mitarbeiterinnen baten darüber hinaus, jedem Erstantrag an den MDK einen Nachweis der fachlichen Qualifikation (Approbationsurkunde und Fachkundenachweis) beizulegen. Es sei zwar eine

Datenbank zu qualifizierten Leistungserbringern im Aufbau, diese sei jedoch nicht vollständig.

Herr Krimphoff wies darüber hinaus ausdrücklich auf die Schweigepflicht gegenüber der Krankenversicherung hin. Dies bedeute, dass auch bei Antrag auf Kostenerstattung alle Unterlagen mit Angaben über den Patienten in einem verschlossenen Umschlag mit dem Hinweis zur Weiterleitung an den Gutachter/MDK einzureichen seien. Auch telefonische Auskünfte an die Versicherung widersprächen der Schweigepflicht. Insgesamt zeigten sich die Mitarbeiterinnen des MDK an einer Abwicklung der Anträge im Sinne der Versicherten sehr interessiert und signalisierten, dass bei Fragen und Unstimmigkeiten auch jederzeit ein Anruf möglich sei.

Damit bleibt festzuhalten, dass auch in Bremen psychotherapeutische Behandlungen über Kostenerstattung einen wichtigen Beitrag zur Versorgung psychisch kranker Menschen leisten. Es bleibt abzuwarten, ob sich diese veränderte Versorgungsstruktur auch in einer veränderten Strategie der Versorgungssteuerung niederschlagen wird oder ob weiter an der Politik des Abbaus von Kassensitzen festgehalten wird. Für Patienten ist die Kostenerstattung eine wichtige Möglichkeit, notwendige Behandlungen zeitnäher zu erhalten; perspektivisch scheint es jedoch wichtig, eine Versorgungsplanung zu entwickeln, die dem tatsächlichen Bedarf gerecht wird.

Neustart des Heilberufe-Empfangs ein Erfolg

Der traditionelle Empfang der Bremer Heilberufekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen fand in diesem Jahr erstmals nicht im Januar und in der Kassenärztlichen Vereinigung an der Schwachhauser Heerstraße statt, sondern im Frühjahr in der Bremer Kunsthalle. Rund 80 Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten sowie Akteure der Bremer Gesundheitsszene – unter ihnen auch Gesundheitssenator Dr. Hermann Schulte-Sasse – folgten der Einladung am 29. April. Nicht nur der Ort und die Zeit haben gewechselt, sondern auch der Ablauf. Auf die sonst üblichen Ansprachen wurde verzichtet zugunsten eines Referenten. So konnten die Gäste nach einer kurzen Begrüßung durch Ärztekammerpräsidentin Dr. Heidrun Gitter einem sehr interessanten und kurzweilig vorgetragenen Beitrag des Soziologen Dr. Wolfgang Klitzsch zum Thema „Der freie Beruf – Ideologie oder Ideal" folgen. Nach diesem sehr inspirierenden Vortrag folgte ein reger Austausch der Gäste bei Canapees, der allen sichtlich Freude bereitete. Die Vorstände der Kammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen waren sich einig, dass sich die Neugestaltung des Empfangs gelohnt hat. Er soll künftig weiter in dieser Form stattfinden.

Der Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Bremen, Hans Schindler, mit mehreren Kammermitgliedern beim Empfang in neuem Rahmen. Es fand ein ebenso interessanter wie unterhaltsamer Gedankenaustausch statt.

Praxisnachfolge und -übergabe in Bremen

„Wie lässt sich Nachfolge und Übernahme klug steuern?" Unter dieser Fragestellung fand am 22. April eine gut besuchte Fortbildungsveranstaltung der PK Bremen zu Abgabe und Erwerb psychotherapeutischer Praxen statt. Mehr als 100 Kolleginnen und Kollegen folgten interessiert den Ausführungen von Rechtsanwalt Bernd Rasehorn und Dipl.-Psych. Amelie Thobaben unter Moderation von Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens.

Die Ausschreibung und Nachbesetzung halber und ganzer Vertragspsychotherapeutensitze ist in Bremen und Bremerhaven von zentraler Bedeutung, um angesichts der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen eine gute Versorgung der behandlungsbedürftigen psychisch erkrankten Menschen aufrechtzuerhalten.

Rechtsanwalt Rasehorn verwies auf die Spruchpraxis des Zulassungsausschusses in Bremen, die in der zurückliegenden Zeit mehrfach die Neuausschreibung von Praxissitzen be- bzw. verhindert hat. Auf Drängen der KVHB und der Kassen war festgelegt worden,

dass in der Regel Sitze, die weniger als zehn Behandlungsstunden in der Woche erbringen, als nicht ausschreibungsfähig gelten. Erbringen sie zwischen zehn und zwanzig Stunden, könne nur ein halber Sitz ausgeschrieben werden. Erst bei einer durchschnittlichen Wochenleistung von über zwanzig Sitzungen kommt es zur Nachbesetzung eines ganzen Sitzes.

Vor diesem Hintergrund kommt einer vorausschauenden Planung der Praxisweitergabe eine besondere Bedeutung zu. Dies wird umso wichtiger, da der gegenwärtige Entwurf des „Versorgungsstärkungsgesetzes" eine weitere Verschärfung vorsieht.

Herr Rasehorn legte die rechtlichen Bedingungen für Praxisweitergabe, Jobsharing und zum sogenannten Übergabe-/Verzichtsmodell dar. Beim Letzteren übergibt ein zugelassener Praxisabgeber seinen Sitz auf einen zugelassenen Praxisübernehmer und wird von diesem für eine Übergangszeit angestellt. Der Praxisübernehmer kann auf dem übernommenen Sitz später beruflichen Nachwuchs anstellen und diese Anstellung wiederum in eine Zulassung rückumwandeln, sofern der Umfang der angestellten Tätigkeit einem halben oder ganzen Versorgungsauftrag entspricht (gemäß § 103 Abs.4b und § 95 Abs.9b SGB V). Der Zulassungsausschuss hat in diesem Fall dieses Vorgehen zu genehmigen.

Frau Thobaben erläuterte im Anschluss mit vielen Beispielen und anhand von Modellberechnungen, wie eine Praxis gesteuert werden kann, damit eine gute und sichere Übergabe möglich wird. Sie legte einen zusätzlichen Schwerpunkt darauf, wie ein zulassungsrelevanter Leistungsumfang aufrechterhalten werden kann, wenn neben GKV-Behandlungen andere Tätigkeiten ausgeführt wurden.

Im Anschluss an die Vorträge wurden vier Arbeitsgruppen gebildet, die von Frau Thobaben, Herrn Schrömgens und den Rechtsanwälten Detlef Driever und Bernd Rasehorn moderiert wurden. So konnten sich Jobsharing- Anbietende und Jobsharing- Suchende jeweils untereinander austauschen, genauso wie diejenigen, die sich für das Verzichts-/Übernahmemodell oder für das Standardmodell der Praxisnachfolge interessierten. In Anschluss gab es sehr positive Rückmeldungen, sowohl für die vermittelten Inhalte als auch für die Arbeitsformen der Veranstaltung. Die Teilnehmenden konnten sich ebenfalls in Listen eintragen, in denen sie ihr jeweiliges Interesse an Jobsharing oder Verzichts-/Übernahmemodell kundtun konnten.

Wirkt sich Migrationshintergrund auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus?

Auf Einladung des Arbeitskreises Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Psychotherapeutenkammer Bremen referierte am 11. März 2015 Esmahan Belhadj Kouider (Psychologin, M. Sc.; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin i. A.) vor den Mitgliedern des Arbeitskreises über ihre Forschungsarbeit. Bisher liegen in Deutschland kaum Ergebnisse aus kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsforschung vor. Im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen dem Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR) an der Universität Bremen, dem Gesundheitsamt Bremen und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Bremen-Ost wurden kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsdaten aus Bremen und Bremerhaven analysiert. Fokus der Analysen war die Identifizierung störungsspezifischer Risikofaktoren von Kindern und Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung des Migrationshintergrundes. Im Rahmen des Vortrages wurden fünf Studien aus dem Projekt vorgestellt (s. Literatur).

Zunächst wurde ein Überblick gegeben, welche Veränderungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zwischen 2005 bis 2012 (N = 7190) vorlagen. Besonders hervorzuheben ist in diesem Kontext, dass die Kinder und Jugendlichen zunehmend jünger wurden: So suchten beispielsweise Grundschüler (aber auch Gymnasiasten) vermehrt die psychiatrische Behandlung auf. Außerdem nahm der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und mit einem allein erziehenden Elternteil signifikant zu. Es lag zudem eine bedeutsame Zunahme von sozialen Belastungen vor: zum Beispiel schulische Probleme (z. B. mit Mitschülern und Lehrern), ein unangemessener Erziehungsstil der Eltern, ein schwieriges Lebensmilieu, belastende Gesellschaftsfaktoren wie z. B. Diskriminierung oder psychische Erkrankungen der Eltern. Besonders häufig wurden Anpassungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetische oder emotionale Störungen diagnostiziert. Die internalisierenden Störungen (Ängste und Depressionen) haben signifikant seit 2011 in der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation zugenommen.

Die weiteren Studien untersuchten, ob ein Migrationshintergrund oder eine Ethnie psychische Störungen bei Kindern oder Jugendlichen bedeutsam beeinflussen. Bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens konnten andere Faktoren wie ein niedriger Bildungsstatus der Eltern, ein unangemessener elterlicher Erziehungsstil oder schulischer Stress als signifikanter Einfluss für die Störung identifiziert werden, aber nicht der Migrationshintergrund. Kinder mit asiatischem Hintergrund fielen bedeutsam mit einer erhöhten Prävalenz internalisierender Störungen auf, ansonsten wurden bei diesen Störungen u. a. das weibliche Geschlecht, ein allein erziehender Elternteil oder psychische Störungen

eines Familienmitgliedes als Risikofaktoren identifiziert. Russische und polnische Jugendliche wiesen eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen verursacht durch psychotrope Substanzen auf, während bei türkischen und arabischen Jugendlichen eine erhöhte Prävalenz der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen vorlag. Bei Kindern mit Angststörungen konnte nur das weibliche Geschlecht als Risikofaktor identifiziert werden; allerdings suchten bei Kindern mit Angststörungen und mit Migrationshintergrund vermehrt Jungen die psychiatrische Behandlung auf. Eine Literaturliste zum Vortrag findet sich auf www.pk-hb.de.

Bessere Kommunikation mit Migranten

Die Zahl der Migrantinnen und Migranten im kleinsten Bundesland weist eine steigende Tendenz auf. Um diesem Personenkreis den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erleichtern, ist der Dolmetscherdienst Bremen gegründet worden. Er soll helfen, Kommunikationsbarrieren zu überwinden, damit sich Migranten ausreichend über die vorhandenen Gesundheitsangebote informieren und diese auch optimal in Anspruch nehmen können. Der Dienst ist aus einer gemeinsamen Initiative des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge und Folterüberlebende (Refugio e. V.) und des Gesundheitsamtes Bremen entstanden. Als Kooperationspartner haben sich das Amt für Soziale Dienste, die Ärztekammer Bremen, die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, der Klinikverbund Gesundheit Nord (Geno) und Refugio zusammengefunden. Außerdem ist Dr. Martin Götz aus der Gesundheitsbehörde beteiligt.

Der Dienst koordiniert den Einsatz der zumeist muttersprachlichen Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die nicht nur Erfahrung im Übersetzen gesundheitlicher Fragen und Informationen haben, sondern auch gute Kenntnisse über die jeweilige Kultur besitzen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Sozialbetreuung können über die Rufnummer 0421/36159598 Kontakt zum zentralen Dolmetscherdienst aufnehmen. Das Dolmetscher-Honorar beträgt 24 Euro pro Stunde. Im Stadtgebiet Bremen wird für Fahrtkosten ein Pauschalbetrag von 16 Euro veranschlagt.

Einige Dolmetscher, die mit dem Dienst zusammenarbeiten, können auch in heiklen Situationen und bei Therapiegesprächen mit psychisch Kranken eingesetzt werden. Sie sind zur Neutralität verpflichtet und unterliegen der Schweigepflicht.

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

Abbruch der Hamburger Psychotherapeutenkammerwahl 2015

Mit großem Bedauern und Betroffenheit, aber auch in Anerkennung dieser schwierigen Entscheidung musste der Vorstand der PTK-Hamburg am 24.03.15 zur Kenntnis nehmen, dass der Wahlausschuss als Herr des Verfahrens nach intensiver juristischer Beratung einstimmig beschlossen hat, die Kammerwahl abzubrechen. Bei der Versendung der Wahlunterlagen war es bei dem beauftragten Versanddienstleister zu einem Sortierfehler gekommen. Nur einem kleinen Teil der versandten Unterlagen, lediglich denen der Doppelapprobierten, war der notwendige Wahlschein beigefügt. Nachdem dieser Fehler bemerkt worden war, hatte die Geschäftsstelle im Auftrag und in Rücksprache mit dem Wahlausschuss den Dienstleister noch innerhalb der notwendigen Frist von drei Wochen vor dem Wahltermin veranlasst, an alle Kammermitglieder den Wahlschein erneut zu versenden. Leider hatte zu diesem Zeitpunkt schon eine große Zahl von Kammermitgliedern mit paralleler Post ihren Wahlbrief ohne Wahlschein an die Geschäftsstelle verschickt und damit lt. Wahlordnung ungültig gewählt.

Der Wahlbrief muss den unterschriebenen Wahlschein enthalten, um gültig sein zu können. Nach Einschätzung der Mitglieder des Wahlausschusses und der zu dem Zeitpunkt eingeholten juristischen Expertise war dieser Fehler nicht mehr wahlordnungsgemäß zu beheben. Der Vorstand sah sich daraufhin in der Pflicht, schnellstmöglich das gesamte Prozedere der Kammerwahl erneut zu beginnen und einen Wahltermin zu verkünden, damit noch vor den Sommerferien gewählt werden könnte.

Zu diesem Zeitpunkt ging dann aber der Einspruch eines Mitglieds im Namen einer Wahlliste gegen den Abbruch der Wahl ein. Diesem musste nun zunächst abgeholfen werden, was für die Ansetzung eines neuen Wahltermins aufschiebende Wirkung hatte. Die Wahlordnung sieht für Einsprüche gegen das Wahlergebnis einen Wahlprüfungsausschuss vor. Deshalb wurde vom Vorstand gemäß der Wahlordnung ein Wahlprüfungsausschuss nach § 17 (1) der Wahlordnung bestehend aus einem Vorsitzenden*) mit Befähigung zum Richteramt und dessen ebenso qualifizierten Stellvertreter sowie zwei Kammermitgliedern und deren Stellvertretern und Stellvertreterinnen, die bei dieser Kammerwahl nicht für einen Sitz in der Delegiertenversammlung kandidierten. Der Wahlprüfungsausschuss tagte am 13. Mai 2015 in kammeröffentlicher Sitzung in der Geschäftsstelle der PTK Hamburg, leider kurz nach Redaktionsschluss für das aktuelle PTJ. Das Ergebnis wird auf der Homepage der PTK Hamburg veröffentlicht. Bis zur Wahl einer neuen Delegiertenversammlung bleiben die Delegierten und der bestehende Vorstand weiterhin im Amt.

Dipl.-Psych. Torsten Michels

Das Regierungsprogramm des neuen Hamburger Senats: Ist die psychotherapeutische Versorgung in der Hamburger Gesundheitspolitik ein Thema?

Mit dem Koalitionsvertrag unter dem Leitsatz „Zusammen schaffen wir das moderne Hamburg“ haben die Regierungsfraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen ihr Programm für die aktuelle Legislaturperiode vorgelegt.[1]

Welche Pläne hat der neue Senat, die unseren Berufsstand und das Thema „Psychische Gesundheit“ betreffen? Wir haben uns die sozial- und gesundheitspolitischen Kapitel des Koalitionsvertrages genauer angesehen.

Im Abschnitt „Kinder und Jugendliche“ wird die Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualifizierten Angebots an Erziehungsberatungsstellen versprochen. (S. 74)

Was genau unter „bedarfsgerecht“ und „qualifiziert“ verstanden wird, wird nicht konkret ausgeführt. Diese sind aber besonders interessant, gerade z. B. im Hinblick auf die Beschäftigung und tarifliche Eingruppierung approbierter PsychotherapeutInnen in den Beratungsstellen.

Bei der Prävention, Erkennung und Versorgung von Opfern sexueller Gewalt soll die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen intensiviert werden. Die Landeskonferenz Versorgung soll mit diesem Thema befasst werden. (S. 74)

Die Landeskonferenz Versorgung wurde in 2013 von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) eingesetzt und ist ein Gremium, in dem die relevanten Hamburger AkteurInnen im Gesundheitswesen Versorgungsfragen diskutieren. Auch die PTK Hamburg hat einen Sitz in der Landeskonferenz. Bereits seit mehreren Jahren versucht die PTK Hamburg darauf hinzuwirken, dass die Rahmenempfehlungen des bundes-

weiten Runden Tisches zur Beratung und Therapie von Menschen, die Opfer sexueller Gewalterfahrungen sind, in Hamburg umgesetzt werden. Bislang haben die Hamburger Behörden den Ball nicht aktiv aufgenommen. Es ist deshalb notwendig, dass den Worten im Koalitionsvertrag auch endlich Taten folgen. Dieses wird die PTK Hamburg nicht nur in der Landeskonferenz nachdrücklich anmahnen.

Unter dem Stichwort „Inklusion" werden im Koalitionsvertrag Maßnahmen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen aufgeführt. Hierbei sollen die Belange der Menschen mit psychischen Behinderungen stärkere Berücksichtigung finden (S. 77).

Dies wird aus unserer Sicht ausdrücklich begrüßt und müsste in Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen, den Facheinrichtungen und den Vertretungen der beteiligten Professionen, d. h. auch der Kammern, geschehen.

Im Bereich der Sozialpsychiatrie soll die sozialraumbezogene und quartiersnahe Arbeit besonders gefördert werden. Die Budgets der Trägerorganisationen sollen so ausgestattet sein, dass alle individuellen Bedarfe gedeckt werden und alle Menschen die Unterstützung und Leistung erhalten, die sie benötigen und ihnen zusteht. (S. 78)

Ob dieser Anspruch tatsächlich eingelöst wird, muss kritisch hinterfragt werden.

Im Kapitel „Gesundheit" wird ein bedarfsgerechter und regionaler Ausbau geriatrischer Versorgungsangebote aufgeführt. In jedem Bezirk soll ein Zentrum für Altersmedizin mit stationären, teilstationären und ambulanten, u. a. einer geriatrischen Institutsambulanz, und ergänzenden Versorgungsangeboten entstehen. Die besonderen Belange dementiell erkrankter Menschen sollen berücksichtigt werden. (S. 88)

Ob auch eine psychotherapeutische Versorgung zu den Angeboten dieser Zentren gehört bzw. wie hier eine Kooperation/Vernetzung gewährleistet werden kann, wird nicht konkretisiert. Diese Frage muss in der weiteren Planung und Umsetzung auf jeden Fall Berücksichtigung finden.

Der Senat strebt an, die Chancen und Möglichkeiten des neuen Präventionsgesetzes (das in Kürze vom Bundestag verabschiedet werden soll) offensiv zu nutzen und aktiv mit den verschiedenen Organisationen umzusetzen. Es sollen Präventionsketten entwickelt werden und im Rahmen der Frühen Hilfen die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem intensiviert werden. (S. 89)

Auch hier stellt sich die Frage, welchen Stellenwert Präventionsangebote zur Förderung und zum Erhalt der psychischen Gesundheit haben werden. Die PTK Hamburg, die bislang schon Partnerin im „Pakt für Prävention" ist, wird deshalb diese Maßnahmen aufmerksam begleiten und ggfs. aktiv Vorschläge einbringen.

Der Senat plant, die ambulante Suchthilfe auf Grundlage des Suchthilfeberichts 2013 mit dem Ziel weiterzuentwickeln, unter Beachtung sozialer, kultureller, alters- und genderbezogener Unterschiede einzelfallbezogen und kontinuierlich passgenaue Hilfen zur Verfügung zu stellen. Hierbei werden eine stärkere Regionalisierung sowie die Herstellung verbindlicher Kooperationsbezüge mit anderen Hilfesystemen angestrebt. (S. 89)

Eine Einbindung der PTK Hamburg erfolgte bereits bei der Vorstellung des Suchthilfeberichts und wäre auch bei der Weiterentwicklung wünschenswert, insbesondere im Hinblick auf die angestrebten Kooperationen.

Schließlich will der Senat „die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung weiterentwickeln und Versorgungsstrukturen aufbauen, die sich an den Bedarfen insbesondere der schwer und chronisch psychisch Kranken orientieren und den schnellen Zugang auch in Krisensituationen sichern." Er will sich für neue Finanzierungsformen einsetzen, bei denen der Ort der Behandlung nicht mehr über die Art und Höhe der Finanzierung bestimmt. Die Eingliederungshilfe für psychisch Kranke soll in die Bestandaufnahme und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen einbezogen werden. (S. 90)

Die explizite Erwähnung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Koalitionsvertrag ist zu begrüßen. Es wird damit deutlich, dass die „Psychische Gesundheit" als relevantes gesundheitspolitisches Thema in der Politik des Hamburger Senats angekommen ist. Der Ansatz, sich bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung an den Bedarfen und an fachlich sinnvollen Versorgungskonzepten zu orientieren, deckt sich mit den Reformvorschlägen unserer Profession. Diese Weiterentwicklung sollte sich allerdings nicht nur auf die notwendige Verbesserung der Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen fokussieren, sondern ebenfalls angemessene Versorgungsformen für Menschen mit unterschiedlichen Schweregraden psychischer Erkrankungen im Blick haben.

Als PTK Hamburg werden wir uns, wo möglich, mit unserer fachlichen Expertise in die Diskussion zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag geplanten Maßnahmen einbringen und diese anmahnen.

Dipl.-Psych. Heike Peper

1 Der Koalitionsvertrag ist im Internet veröffentlicht: http://www.hamburg.de/contentblob/4479010/data/download-koalitionsvertrag-2015.pdf

Arbeitsgruppe zur Überarbeitung der Qualitätsmanagement-Handbücher

Am 17.04.2015 tagte zum dritten Mal die Länderübergreifende AG (LüAG) zur Überarbeitung der QM-Handbücher. Die QM-Handbücher sind als Serviceangebot für die Kammermitglieder der Nordkammern Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein erstellt worden, um den Anforderungen eines Qualitätsmanagements in der psychotherapeutischen Praxis gerecht zu werden, und wurden kostenlos zum Download auf den Homepages der Kammern bereitgestellt. Jeweils für die Verfahren AP/TP und VT sowie für KJP gibt es eine speziell angepasste Version des Handbuches.

U. a. durch gesetzliche Änderungen ist eine Überarbeitung der QM-Handbücher notwendig geworden. Neben den Nordkammern haben sich die Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz dem Projekt „QM-Handbücher" angeschlossen und haben Mitglieder in die LüAG entsandt. Zusätzlich zur Einarbeitung der Änderungen, die durch das Patientenrechtegesetz notwendig wurden, wurden in der AG weitere Texte und Formulare entwickelt. So gibt es jeweils ein neues Kapitel zur Abrechnung im Wege der Kostenerstattung sowie zur Abrechnung bei speziellen Verträgen, wie dem Vertrag zur Behandlung von Bundeswehrangehörigen und dem Psychotherapeutenverfahren der DGUV. In der letzten AG-Sitzung wurden insbesondere die Bereiche Beschwerdemanagement und Fehlermanagement bearbeitet.

Die kommende LüAG-Sitzung wird am 10.07.2015 in Hamburg stattfinden. Dann sollen u. a. das Kapitel zum Datenschutz sowie weitere Kapitel des QM-Handbuchs für die KJP überarbeitet werden. Es ist außerdem geplant, sobald alle inhaltlichen Bereiche einer Revision unterzogen wurden bzw. die zu ergänzenden Kapitel fertig gestellt sind, durch Hinzuziehung von technischem Sachverstand die Anwendungsfreundlichkeit und Nutzbarkeit der Dokumente zu verbessern. Nach Abschluss dieser Arbeiten sollen die aktualisierten QM-Handbücher wieder in elektronischer Form auf den Homepages der beteiligten Kammern veröffentlicht werden.

Dipl.-Psych. Heike Peper

HH

Bericht von der 57. Delegiertenversammlung der PTK-Hamburg

Am 23.03.2015 fand die 57. Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg statt, die offiziell die letzte Delegiertenversammlung der laufenden Legislaturperiode sein sollte. Durch den zwischenzeitlich erfolgten Abbruch der Kammerwahl kam es nun anders.

Inhaltliche Schwerpunkte waren die Vorstellung des Jahresabschlusses 2014, der Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses sowie die Entlastung des Vorstands, die Sachverständigentätigkeit von PP und KJP in Hamburg und der Bericht über den aktuellen Stand der Ausbildungsreform.

Doch zunächst musste der Vorstand den Delegierten von dem Fehler des Versanddienstleisters beim Versand der Wahlunterlagen zur Kammerwahl berichten, durch den bei einer beträchtlichen Anzahl von Kammermitgliedern der Wahlschein bei den Wahlunterlagen fehlte. Der Vorstand berichtete, dass nicht er, sondern der Wahlausschusses Herr des Wahlverfahrens sei und dieser zeitnah eine Entscheidung zum Umgang mit diesem Vorgang treffen werde. (Weitere Informationen zu diesem Thema siehe gesonderten Artikel in diesen Mitteilungen.) Anschließend wurde im Bericht des Vorstandes über weitere aktuelle Themen informiert, die den Vorstand in den letzten Monaten beschäftigt hatten. Diese waren neben den vielfältigen laufenden Geschäften im Wesentlichen die Konzeptentwicklung einer Fachsprachenprüfung der Heilberufekammern, die Ausbildungsreform sowie das Versorgungsstärkungsgesetz. Auch das Thema Kostenerstattung wurde diskutiert, da die Kammermitglieder in den letzten Monaten häufiger von der zunehmend erschwerten Abrechnung im Kostenerstattungsverfahren berichteten.

Frau Meier-Kolcu gab als neues Vorstandsmitglied einen Eindruck ihrer Erfahrungen in den ersten Wochen in der Vorstandsarbeit. Sie sei beeindruckt von der Vielfalt der Themen und der kollegialen Zusammenarbeit der Vorstandsmitglieder. Ebenfalls wurde auf die vielen personellen und organisatorischen Veränderungen in der Geschäftsstelle in den vergangenen Monaten eingegangen. Die neuen Mitarbeiterinnen in der Buchhaltung und der Mitgliederverwaltung haben sich sehr schnell eingearbeitet und gut in das Team integriert.

Anschließend berichtete der Rechnungsprüfungsausschuss von seiner Prüfung des Jahresabschlusses 2014 und lobte die trotz des schwierigen Übergangs durch den Personalwechsel in der Geschäftsstelle sehr fundierte und in allen Belangen nachvollziehbare Buchführung und empfahl die Entlastung des Vorstands. Gleichwohl machte er auch einige Anmerkungen zur Verbesserung der Strukturierung einiger Konten im Hinblick auf eine bessere Übersichtlichkeit und gab weitere Anregungen zu strukturellen Fragen, die dem Vorstand und dem Haushaltsausschuss empfohlen und von diesen für die Zukunft aufgenommen wurden. Die Entlastung des Vorstandes wurde mit wenigen Enthaltungen einstimmig von der Delegiertenversammlung beschlossen.

Anschließend gab Prof. Richter einen Überblick über den aktuellen Stand der Ausbildungsreform und die Beschlüsse des 24. DPT in München sowie eine kurze Einführung in das Strukturpapier der Hochschullehrergruppe, dem von

den Delegierten Anerkennung gezollt wurde.

In einem prägnanten Vortrag stellte dann Dipl.-Psych. Wolfram Sabel, Gast an diesem Abend und Mitglied der AG Forensik, das Thema „Sachverständigentätigkeit von PP und KJP" vor. Ziel der PTK Hamburg ist es, eine Liste von als Sachverständige qualifizierten Psychotherapeuten*) zu erstellen.

Es sollen im Rahmen einer Richtlinie Kriterien für Qualifikationen für Gutachtertätigkeiten entwickelt werden, die sich in Spezialisierungen in den verschiedenen Rechtsbereichen abbilden. Dazu zählen u. a. Fragen des Strafrechts und Schuldfähigkeitsfragen sowie Familien- und Sorgerechtsfragen. Sachverständigenlisten und Qualifikationscurricula bestehen bereits in anderen Landeskammern, mit denen in diesem Zusammenhang Kooperationen angestrebt werden. Das Ziel ist, dass auch die PTK-Hamburg in allen Rechtsgebieten Sachverständigenlisten von qualifizierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führt. Die Listen sollen zukünftig auf der Homepage der PTK veröffentlicht werden. Darüber hinaus könnten die Gerichte in Hamburg regelmäßig über den aktuellen Stand der Listen informiert werden.

In einem ersten Schritt ist nun geplant, ein Gremium zu errichten, welches eine Richtlinie mit Kriterien festlegt, die bei Aufnahme in die Sachverständigenliste nachgewiesen werden müssen. Dabei kann auf die Expertise kooperierender Kammern zurückgegriffen werden. Langfristig kann eine solche Kommission die eingehenden Anträge auf Anerkennung als Sachverständige prüfen.

In der anschließenden Diskussion nahmen die Delegierten die Konzeptvorschläge sehr anerkennend zur Kenntnis und bewerteten das vorgeschlagene Verfahren als sehr sinnvoll. So endete ein aufregend begonnener Abend mit einem versöhnlichen Ende.

Birte Westermann

Abschied aus dem Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer – Monika Konitzer und Prof. Rainer Richter wurden in Clärchens Ballhaus würdig verabschiedet

Unter dem Charme des Morbiden, den der Veranstaltungssaal von Clärchens Ballhaus bietet, fand am 23.04.15 die Verabschiedung von Monika Konitzer und Prof. Rainer Richter aus dem Vorstand der BPtK einen würdigen Rahmen. Leider konnte Frau Konitzer aufgrund einer Erkrankung nicht an der Feier teilnehmen, was von den Anwesenden sehr bedauert wurde. Unter den geladenen Gästen nahmen neben ehemaligen Weggefährten und persönlichen Freunden*) zahlreiche Bundesdelegierte und Vertreter aus Politik und Gesundheitswesen teil. Auch Hamburger Bundesdelegierte waren vertreten. Die Anwesenheit von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und die in seiner Rede zum Ausdruck gebrachte Anerkennung gegenüber der BPtK und dem ausscheidenden Präsidenten und der ausscheidenden Vizepräsidentin unterstrich, dass die BPtK in der Gesundheitspolitik und der Gesellschaft angekommen ist und einen festen Platz beansprucht. In einer sehr anerkennenden und wertschätzenden Rede beschrieb der Minister die nicht immer leichten Auseinandersetzungen mit Prof. Richter als Vertreter unserer Profession und der BPtK und die vielen Entwicklungsaufgaben, die durch ihn in das Arbeitsheft des Ministeriums eingeschrieben worden seien. Er bedankte sich unter viel Applaus bei Prof. Richter für sein Engagement und schloss damit, dass er erwarte, dass es doch an einigen Stellen zu weiteren Begegnungen kommen werde. Seinen Ausführungen schloss sich in einer weiteren Rede der BÄK-Präsident Prof. Montgomery mit sehr launigen Erinnerungen aus der gemeinsamen Zeit im UKE Hamburg und den Zugfahrten zwischen Hamburg und Berlin an, die von erheiterten Reaktionen im Publikum begleitet waren. Zu den weiteren Ehrenden zählte der ehemalige G-BA-Vorsitzende Dr. Hess wie auch Frau Dr. Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, die mit ihrem Erscheinen und ihren Ausführungen die Bedeutung des Wirkens von Prof. Richter für unsere junge Profession hervorhoben. Bernhard Morsch, Präsident der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, dankte Prof. Richter und Frau Konitzer im Namen des Länderrates für die geleistete Arbeit seit Gründung der BPtK und für die gute Kooperation mit den Landeskammern. Neben diesen anerkennenden und wertschätzenden Ausführungen sprachen auch Freunde und Angehörige, was dem Fest eine besondere Qualität gab. Nach dem offiziellen Teil wurde noch lange ausgelassen gefeiert. Besonderer Dank sei von hier aus auch noch einmal der Geschäftsstelle der BPtK gesagt, die diesen würdigen Rahmen ausgesucht und gestaltet hat.

Dipl.-Psych. Torsten Michels

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax. 040/226 226 089
Internet: www.ptk-hh.de
E-Mail: info@ptk-hamburg.de

*) *Zugunsten der besseren Lesbarkeit wurde in den mit *) gekennzeichneten Artikeln darauf verzichtet, die männliche und die weibliche Schriftform anzuführen, obwohl die Aussagen selbstverständlich für beide Geschlechter gelten.*

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Alfred Krieger

psychische Gesundheit in Hessen ist Thema eines Arbeitsausschusses, der im April 2015 erstmalig in der Landesärztekammer zusammenkam. Beteiligt sind außer Ärzte- und Psychotherapeutenkammer auch Krankenkassen, der Krankenhausbereich, die Kassenärztliche Vereinigung, ein Patientenvertreter und das Sozialministerium. Anfang des Jahres hatte Minister Grüttner den Startschuss für dieses Gremium gegeben. Weil der Ausschuss an das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V angebunden ist, leitet sich auch die Zielsetzung von dort ab, nämlich Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abzugeben.

Erfreulich ist die breite Zusammensetzung des Ausschusses: Psychotherapeuten und Ärzte aus dem ambulanten und stationären Bereich, Kostenträger, Selbsthilfegruppen und Ministerium sind vertreten. Auch die Benennung des Ausschusses mit „Psychische Gesundheit" ist umfassend. So besteht die Möglichkeit, neben der sektorenübergreifenden Versorgung im GKV-Bereich auch sozialgesetzbuchübergreifende Versorgungskonzepte einzubeziehen. Dies betrifft beispielsweise Leistungen von Erziehungsberatungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern aus dem SGB VIII. Auch rehabilitative Maßnahmen aus dem SGB IX sollen unter dem Aspekt der Prävention psychischer Störungen am Arbeitsplatz einbezogen werden. Für spezielle Gruppen wie schizophrene Patienten und deren Angehörige muss die psychotherapeutische Versorgung verbessert werden. Dies könnte eines der konkreten Ziele des neuen Arbeitsausschusses „Psychische Gesundheit" sein.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Alfred Krieger,
Kammerpräsident

HE

Risiken und Nebenwirkungen

Karl-Wilhelm Höffler

„Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker." Dieser Satz ist vielen Menschen aus der Fernsehwerbung für Gesundheitsprodukte bekannt, und er ist eingängig. Er ist der am häufigsten gebrauchte Satz im deutschen Fernsehen. Die Formulierung wird so im Heilmittelwerbegesetz vorgeschrieben. Erst auf den zweiten Blick offenbart sich sein manipulativer Gehalt: „Arzt oder Apotheker" sollen nur im Hinblick auf Risiken und Nebenwirkungen befragt werden, nicht aber im Hinblick auf die Wirkungen der angepriesenen Produkte. Im Hinblick auf die Wirkungen, so die Botschaft, könne der Werbung vertraut werden.

Das Patientenrechtegesetz verpflichtet auch unsere Profession, ihren Informationspflichten nachzukommen: „Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen." (§ 630c, BGB) Hinzu kommen Aufklärungspflichten: „Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können." (§ 630e, BGB)

Insofern war es nahe liegend, auch auf dem 8. Hessischen Psychotherapeutentag im April dieses Jahres das Thema aufzugreifen und zu hinterfragen. Frau Jun.-Prof. Dr. Yvonne Nestoriuc vom Institut für Psychologie der Universität Hamburg referierte und diskutierte zum Thema „Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie". Sie stellte ein Zitat von Karl Jaspers aus dem Jahr 1913 an den Beginn ihres Beitrags: „Wer sich in psychotherapeutische Behandlung begeben will, sollte wissen, was er tut und was er zu erwarten hat."

Ihr Beitrag zeigte, dass es auch nach 120 Jahren Psychotherapieforschung keinen systematischen Katalog und keine etablierte Definition von Nebenwirkungen in der Psychotherapie gibt. Unethisches Verhalten der PsychotherapeutIn und Grenzverletzungen als „Nebenwirkung" von Psychotherapie zu bezeich-

nen, wäre eine klare Verharmlosung: Es handelt sich dabei um Verstöße gegen den rechtlichen Rahmen, dem die Psychotherapie unterliegt. Im Hinblick auf „unerwünschte Ereignisse" lassen sich etliche Stichworte nennen: Abbruch der Psychotherapie, ausbleibender Erfolg, signifikante Verschlechterung, Rückfall, Tod. Jedoch können diese Punkte angesichts der komplexen Interaktion von PsychotherapeutIn und PatientIn nicht als „Nebenwirkungen" von Psychotherapie bezeichnet werden. Als „Nebenwirkung" könnten die Beispiele bezeichnet werden, in denen Lebensversicherungen aufgrund einer stattgefunden Psychotherapie den Vertragsabschluss verweigern oder bestimmte berufliche Laufbahnen erschwert werden.

In der Diskussion auf dem Hessischen Psychotherapeutentag wurde angeregt, die Begrifflichkeit der „Risiken und Nebenwirkungen" nicht im Zusammenhang mit der Information und Aufklärung über eine geplante Psychotherapie zu verwenden. Stattdessen könnte eher ein Begriff wie „Beiwirkungen" verwandt werden, der dem komplexen Geschehen im psychotherapeutischen Prozess eher gerecht werden kann, auch im Hinblick auf das soziale Umfeld einer PatientIn.

Gleichwohl bleibt die Profession aufgerufen, im Hinblick auf eine geplante Psychotherapie den Anforderungen des Patientenrechtegesetzes gerecht zu werden. Dazu gehört meines Erachtens auch, schon während der probatorischen Sitzungen über die organisatorischen und finanziellen Bedingungen der Psychotherapie zu informieren, insbesondere auch über Fragen der Vergütung der Psychotherapie, über Verlängerungsoptionen, über Fragen eines Therapieausfallhonorars oder Regelungen für Urlaubszeiten: Die PatientInnen haben das Recht, Rahmenbedingungen einer Psychotherapie zu kennen, bevor sie sich dazu entscheiden, sich auf ein psychotherapeutisches Arbeitsverhältnis einzulassen. Ganz im Sinne des Zitats von Karl Jaspers.

Karl-Wilhelm Höffler,
Vorstandsmitglied

Verfahrensspezifische Konzeption von Selbsterfahrung in der Ausbildung

Die fachöffentliche Vorveranstaltung der 9. Delegiertenversammlung am 20. März 2015 in Wiesbaden war dem Thema: **„Verfahrensspezifische Konzeption von Selbsterfahrung in der Ausbildung"** gewidmet. Frau Dr. med. Isolde Böhme (Psychoanalytikerin, Köln) referierte über Selbsterfahrung in der psychoanalytischen Ausbildung. Die Selbsterfahrung/Lehranalyse begleitet drei- bis vierstündig die gesamte Ausbildung. Einerseits als persönliche Analyse in den institutionellen Kontext eingebunden, werden andererseits Lehranalyse und andere Ausbildungsteile, wie Supervision und Evaluation strikt getrennt gehalten. In Bezug auf Inhalte und Lernziele ermöglicht die Lehranalyse eine eigene Erfahrung mit dem zu erlernenden Verfahren, führt in die Tradition und „Sprache" einer wissenschaftlichen Gemeinschaft ein und bildet die Grundlage der professionellen psychoanalytischen Identität. Zentral sind der Erwerb psychoanalytischer Kompetenz im Sinne der Aneignung eines Repertoires an theoretischen Konzepten und deren angemessener Anwendung in der therapeutischen Situation einerseits, andererseits die Entwicklung einer spezifischen psychoanalytischen Haltung, die sich durch eine größtmögliche Offenheit gegenüber noch Unbekanntem auszeichnet, dem Ertragen von Nicht-Wissen – um das Entstehen von Neuem zu ermöglichen. Innerhalb des therapeutischen Prozesses werden, auch als Antwort auf die Beziehungsangebote des Patienten, bewusste und unbewusste Beziehungserfahrungen des Psychoanalytikers angerührt – wiederbelebt, die es, an Stelle einer unreflektierten Wiederholung, zu verstehen und zu nutzen gilt (Gegenübertragung). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der intensiven eigenen Analyse in einem geschützten Raum.

Weiterhin stellte Frau Böhme das Konzept „kontextbezogener psychotherapeutischer Kompetenz" von Jutta Kahl-Popp vor, als Überlegungen zu verfahrensübergreifenden Ausbildungszielen. Kontextbezogene Kompetenz setzt sich zusammen aus Konzeptkompetenz, d. h. der Integration neuer Theorien in eigene innere Arbeitsmodelle, persönlicher Kompetenz und Beziehungskompetenz. Zur persönlichen Kompetenz zählen u. a. die psychische Flexibilität des Therapeuten, die Fähigkeit zur Empathie, mit der besonderen Anforderung der emotionalen Einfühlung bei gleichzeitiger Beobachtung, Reflexion, sowie die Fähigkeit, eigene „blinde Flecken" und Fehler verstehend zu bearbeiten. Zur Beziehungskompetenz zählen die Verantwortung des Therapeuten für die Gestaltung und Reflexion der therapeutischen Beziehung, ebenso die Fähigkeit zur intuitiven Kommunikation, zu der insbesondere die Fähigkeit gehört, Affekte des Patienten angemessen aufzunehmen und zu spiegeln. Dies erfordert, auch schwer erträglichen Gefühlen standzuhalten. Insbesondere persönliche und Beziehungskompetenzen werden durch Erfahrungen in bedeutsamen Beziehungen erworben – so in besonderer Weise auch in der Selbsterfahrung, verstanden als vertiefter Entwicklungsprozess der Persönlichkeit. Unter Betonung der Bedeutung der therapeutischen Beziehung als ein wesentlicher Wirkfaktor in allen psychotherapeutischen Verfahren, wurde die Notwendigkeit hervorgehoben, dass der Therapeut seinen eigenen Umgang mit emotional belastenden Situationen kennt und hinreichend bearbeitet.

Prof. Thomas Heidenreich (Hochschule Esslingen) stellte verhaltenstherapeutische Konzepte von Selbsterfahrung dar. Erst relativ spät, mit Aufnahme der Verhaltenstherapie in die Psychotherapierichtlinie zu Beginn der achtziger Jahre, wurde die Selbsterfahrung zum Ausbildungsbestandteil. Dabei kamen zunächst Ansätze aus den tiefenpsychologischen Verfahren, der Gestalttherapie und der Systemischen

Therapie zum Tragen. Mittlerweile gibt es eigene verhaltenstherapeutische Konzepte, wobei es in der Praxis eine große Bandbreite verschiedener Vorgehensweisen und Schwerpunktsetzungen an den verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten gibt. Die meisten Institute führen ausschließlich Gruppenselbsterfahrung durch.

Heute werden folgende Ziele für die verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung gesehen: Die Selbsterfahrung muss sich entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach dem wissenschaftlichen Vertiefungsverfahren, in dem die Ausbildung absolviert wird, richten und beinhaltet „die Reflexion oder Modifikation persönlicher Voraussetzungen für das therapeutische Erleben und Handeln unter Einbeziehung biographischer Aspekte sowie bedeutsame Aspekte des Erlebens und Handelns im Zusammenhang mit einer therapeutischen Beziehung und mit der persönlichen Entwicklung im Ausbildungsverlauf. Sie muss bei anerkannten Supervisoren stattfinden, zu denen der Ausbildungsteilnehmer keine verwandtschaftlichen Beziehungen hat und nicht in wirtschaftlichen oder dienstlichen Abhängigkeiten steht."

Darüber hinaus werden in der Literatur feldbezogene Notwendigkeiten definiert. Diese dienen dem Aufbau psychotherapeutischer Basiskompetenzen, der Prävention noxischer Einflüsse des Therapeuten, der Effektivierung der therapeutischen Beziehung und der Analyse und Reflexion der beruflichen Rolle.

Insgesamt besteht Konsens, dass die Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie keine Eigentherapie darstellt und der Fokus stärker auf einer berufs- und rollenbezogenen und weniger auf einer personenbezogenen Reflexion liegen sollte. Die Selbsterfahrung unterliegt der Verschwiegenheitspflicht gegenüber anderen Ausbildungsakteuren (Ausbildungsleitung, Supervisoren). Ausnahmen bilden schwere Regelverstöße, über die die Ausbildungsleitung informiert werden muss.

Es gibt bisher nur sehr wenig empirische Forschung zur Wirksamkeit von Selbsterfahrung. Die Daten des Forschungsgutachtens zeigten jedoch, dass Selbsterfahrung bei Ausbildungskandidaten beliebt ist. Die Befragung der Absolventen im Forschungsgutachten zeigte allerdings auch, dass die Beurteilung der Selbsterfahrung nach Abschluss der Ausbildung um eine ganze Schulnote sank.

An einem Beispiel stellte Heidenreich abschließend das praktische Vorgehen einer Selbstmodifikation im Rahmen verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung dar. Diese dient der Erfahrung einzelner kognitiv-behavioraler Interventionen „am eigenen Leibe", stellt aber keine „Eigentherapie" dar. Im Einzelnen werden folgenden Schritte im Rahmen der Gruppenselbsterfahrung durchlaufen: Auswahl eines mittelschweren Problems (z. B. Prokrastination, Rauchen, Schlüsselverlieren), Problemanalyse (vertikal und horizontal), Zieldefinition, Auswahl der anzuwendenden Interventionen, Durchführung der Selbstmodifikation und Erstellung eines schriftlichen Selbstmodifikationsberichts.

In der konstruktiven und auch kontroversen **Diskussion** wurden Aspekte aus der tiefenpsychologisch fundierten und der gesprächspsychotherapeutischen Ausbildung ergänzt. Die Einschätzung des notwendigen Ausmaßes und der Intensität der Reflexion der eigenen Persönlichkeit differierte je nach Verfahren erheblich. Wesentliche Divergenzen zeigten sich hinsichtlich der Frage, ob Selbsterfahrung – wie von Seiten der Verhaltenstherapie betont – von eigener Psychotherapie unterschieden werden müsse, oder – wie von der Psychoanalyse gefordert – tiefere, teils unbewusste Persönlichkeitsanteile des Ausbildungsteilnehmers berühren sollte.

Dr. Heike Winter, Prof. Thomas Heidenreich, Birgit Pechmann, Dr. Isolde Böhme

Die Forderung nach Trennung der Selbsterfahrung von anderen Teilen der Ausbildung wurde von einem Teil der Teilnehmer als abhängig von der Art und Intensität der Selbsterfahrung gesehen. Andere hoben hervor, dass für die mit Selbsterfahrung verbundene persönliche Offenheit ein entsprechender Schutzraum grundsätzlich unverzichtbar ist. Dabei wurde auch auf die Formulierung im Vortrag von Prof. Heidenreich Bezug genommen, es bedürfe des „sicheren Schirms eines Selbsterfahrungsbündnisses". Für die verhaltenstherapeutische Ausbildung wurde darauf hingewiesen, dass Supervision und Selbsterfahrung häufig integriert sind und in Supervisionen immer auch eigene Anteile erkennbar und besprechbar werden.

8. Hessischer Psychotherapeutentag: Psychotherapie wirkt!

Am 17. und 18. April fand in den historischen Gebäuden des Campus Westend der Goethe-Universität Frankfurt der 8. Hessische Psychotherapeutentag statt. Rund 350 PsychotherapeutInnen nahmen an dieser Veranstaltung teil, die die Psychotherapeutenkammer Hessen im zweijährigen Rhythmus ausrichtet.

Der Freitagnachmittag begann auch in diesem Jahr mit drei Vorveranstaltungen für PsychotherapeutInnen in Ausbildung, Neuapprobierte sowie dem Round-Table für Angestellte.

8. HPT – Eröffnungstag

Das Treffen der hessischen **PsychotherapeutInnen in Ausbildung** wurde eingeleitet durch zwei Impulsreferate zum Stellenwert der Selbsterfahrung aus analytischer bzw. verhaltenstherapeutischer Sicht. Die eigene Selbsterfahrung erschien den Anwesenden während der Ausbildung unbedingt notwendig, um Aspekte aus Kontakten mit Patienten reflektieren zu können. Sie sollte daher mit den ersten Patientenkontakten beginnen. Selbsterfahrung sollte finanzierbar und auch frei wählbar sein, so dass sie nicht bei einem Selbsterfahrungsleiter stattfindet, der im Ausbildungskontext in unterschiedlicher Funktion z. B. als Ausbildungsleiter aktiv ist. Damit soll ausgeschlossen werden, dass der Selbsterfahrungsleiter über die Eignung innerhalb der Ausbildung entscheidet.

Über 70 **Ausbildungskandidaten und Neuapprobierte** lauschten dem dreistündigen Vortrag von Tilo Silwedel über die Perspektiven nach der Approbation. Ein besonderer Schwerpunkt war dabei die Tätigkeit in eigener Praxis, die – so zeigten die Handzeichen bei Befragung der Teilnehmer nach ihren Plänen – von einem Großteil der jungen Kolleginnen und Kollegen angestrebt wird. Der Vortrag wurde ergänzt durch praktische Beispiele der Moderatorin, Ariadne Sartorius, Vorstandsmitglied der LPPKJP.

Auf Einladung des Kammerausschusses **„Psychotherapie in Institutionen"** trafen sich angestellte Kolleginnen und Kollegen zum fachlichen Austausch. In drei Gesprächsrunden wurde die aktuelle Situation in dem betreffenden Arbeitsfeld diskutiert: Psychiatrie, Krankenhaus und Rehabilitation, Jugendhilfe und Beratungsstellen. Es zeigte sich bei der Vergütung (besonders PiAs) und bei der Anerkennung der beruflichen Qualifikation ein breites Spektrum von erfolgreich erkämpfter Leitungsfunktion bis hin zu fehlender Abgrenzung zu Nicht-Approbierten. Im Hinblick auf Jugendhilfeeinrichtungen und Beratungsstellen, deren Zielgruppen gesellschaftlich benachteiligt sind (z. B. Flüchtlinge oder Menschen, denen die Voraussetzungen für eine reguläre psychotherapeutische Behandlung zunächst fehlen) wurde die Befürchtung ausgesprochen, dass für dieses Klientel im konkreten Alltag Psychotherapie in Zukunft nicht mehr vorgesehen sein könnte. Die Diskussion der angestellten Kolleginnen und Kollegen ergab wichtige Hinweise für zusätzliche Initiativen der Kammer.

Am Freitagabend eröffnete **Präsident Alfred Krieger** den 8. Psychotherapeutentag und führte ins Thema ein. Er betonte die hohe Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren auch im Vergleich zu psychopharmakologischen Behandlungen. Seine Sorge galt dem Erhalt der Langzeitbehandlungen, die zwar für die Versorgung multimorbid erkrankter Patienten benötigt werden, deren Wirksamkeit aber wegen des hohen Forschungsaufwands im Vergleich zu Kurzzeittherapien schwerer nachweisbar ist. Mit Bezugnahme auf das Phänomen „Burn out" und die gesellschaftliche Tendenz zur Beschleunigung zitierte Präsident Krieger den Medizinethiker Maio: „Schneller Zuhören geht nicht."

In Ihren Grußworten gingen sowohl **Prof. Tanja Brühl**, Vizepräsidentin der Goethe-Universität Frankfurt, als auch Ministerialdirigent **Dr. Stephan Hölz** als Vertreter des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration auf die vom Deutschen Psychotherapeutentag beschlossene Ausbildungsreform ein. Prof. Brühl stellte die aktive Mitwirkung der Universität in Aussicht und Dr. Hölz bekräftigte einmal mehr die Unterstützung des Ministeriums für die Forderung der Profession nach einer Ausbildung auf Master-Niveau. Er wies auf die Arbeitsgruppe „Psychische Gesundheit in Hessen" hin, die Minister Grüttner initiiert hat. Der Leiter des Gesundheitsamts der Stadt Frankfurt, **Prof. René Gottschalk** hob die traditionell gute Zusammenarbeit zwischen der Stadt Frankfurt und der Landeskammer hervor und berichtete von gemeinsamen Projekten in Vergangenheit und Zukunft.

Den **Festvortrag mit dem Titel „What is the psychotherapist trying to do to the brain?“** hielt der südafrikanische Psychoanalytiker und Neurowissenschaftler **Prof. Mark Solms**, Kapstadt. Er wies auf die weitgehend biologisch vorgegebenen hirnphysiologischen Systeme hin. Bei Menschen wie auch allen anderen Säugetieren gibt es basale Systeme, mit deren Hilfe Gefühle reguliert

Prof. Mark Solms

werden: Lust, Bindung, Annäherung, Furcht, Wut, Spiel. Sehr anschaulich und mit großem darstellerischem Talent zeigte Prof. Solms, wie Gefühle als Störung einer Homöostase entstehen und welche Hirnareale daran beteiligt sind. Die Aufgabe des Psychotherapeuten besteht darin, dem Patienten zu helfen, mit diesen Gefühlen klar zu kommen und die gestörte Homöostase wieder herzustellen. Symptome der Depression beispielsweise können phylogenetisch als Schutzmechanismus verstanden werden: So hört ein Jungtier nach einer Weile deshalb auf zu schreien und auf sich aufmerksam zu machen, weil die primäre Funktion, die Mutter herbeizurufen, nicht erfolgreich ist und jetzt vermieden werden soll, von Feinden wahrgenommen und gefressen zu werden. Anders als Psychotherapie wirken Psychopharmaka direkt auf Gefühle ein und verändern sie, womit die Frage des aktiven Umgangs mit Gefühlen sozusagen erledigt ist.

Der Samstag begann mit drei Hauptvorträgen, in denen die Wirksamkeit unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren dargestellt wurde. **Vizepräsidentin Dr. Heike Winter** eröffnete den mit über 400 Teilnehmern sehr gut besuchten hessischen Psychotherapeutentag am Samstagmorgen. Sie stellte den Gegensatz um das Wissen von einerseits sehr gut wirkenden psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und -methoden und dem andererseits hohen Anteil nicht versorgter Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland heraus. Gleichzeitig verwies sie auf die besondere Bedeutung und den Nutzen der an den Universitäten durchgeführten Psychotherapieforschung für die gesamte Profession.

Unter dem Titel „Psychoanalytische Langzeittherapien: Dinosaurier oder Zukunftsmusik?“ und am Beispiel der LAC-Depressionsstudie zeigte **Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber**, Universität Kassel, SFI Frankfurt, wie Effekte psychoanalytischer Langzeitbehandlungen auf hohem methodischem Niveau

Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber

untersucht werden können. Die noch laufende umfangreiche multizentrische Studie vergleicht die Wirksamkeit von psychoanalytischer und kognitiv-behavioraler Behandlung von Depressionen. Erste Ergebnisse belegen, dass chronisch depressiven Patienten mit Langzeittherapien geholfen werden kann, wenn sie selbst das Therapieverfahren wählen, statt nach Zufallsprinzip zugeordnet zu werden. Zielsetzung der Studie ist die differenzielle Indikation: Welchen Patienten mit welcher psychischen Problematik kann mit welcher Kurz- bzw. mit Langzeitpsychotherapie am ehesten wirksam und nachhaltig geholfen werden?

Prof. Jürgen Hoyer, Technische Universität Dresden, gab in seinem Vortrag einen Überblick über die neuesten Metaanalysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei verschiedenen Störungen. Dabei bezog er auch Studien ein, die unter Alltagsbedingungen durch-

Prof. Jürgen Hoyer

geführt wurden. Hier konnten sowohl für die kognitive Verhaltenstherapie als auch für die tiefenpsychologische Psychotherapie gute bis sehr gute Effektstärken nachgewiesen werden.

Prof. Jürgen Kriz, Universität Osnabrück, bezog sich in seinem Vortrag „Die zunehmend integrative Sicht unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtungen: Zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden moderner Psychotherapie“ auf die Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Psychotherapieschulen und stellte das integrative Potential der Psychotherapie heraus, untermauert von neurobiologischen, entwicklungs-

Prof. Jürgen Kriz

und evolutionspsychologischen Befunden. Ohne die Pluralität der Ansätze zu nivellieren skizzierte er den von ihm entwickelten integrativen Ansatz der „Personzentrierten Systemtheorie“ mit vier zentralen Prozessebenen: die biologisch-somatische, die psychische, die mikrosozial-interpersonelle und die makrosozial-kulturelle Prozessebene.

Am Nachmittag fanden zehn eineinhalbstündige Foren statt, die ein breites Themenspektrum abdeckten.

Andreas Dally, Gruppenlehranalytiker und leitender Arzt in der Fachklinik Tiefenbrunn, stellte die psychodynamische Gruppentherapie nach dem Göttinger Modell vor. Das Göttinger Modell ermöglicht dem Gruppenleiter, unterschiedliche Dimensionen des Gruppengeschehens zu verstehen und bezogen auf die persönlichkeitsstrukturellen Fertigkeiten der Gruppenteilnehmer gezielt zu intervenieren. Der Schwerpunkt des Forums lag auf der sog. psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie, die für Patienten mit strukturellen Schwierigkeiten entwickelt wurde und interpersonelle Regulierungen sowie das bewusst zugängliche Selbsterleben fokussiert. Die Diskussion profitierte sehr von den vielen lebendigen Praxisbeispielen, mit denen Herr Dally die Beiträge illustrierte.

Prof. Ralf Zwiebel, Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker stellte Grundelemente der professionellen Psychotherapie dar, basale Funktionen des Therapeuten aus – nicht nur – psychoanalytischer Sicht: u.a. die Reflexion des eigenen inneren Arbeitsmodells; eine therapeutischen Position, die als oszillierend zwischen einem „persönlichen" und einem „technischen" Pol beschrieben werden kann; die Herstellung eines Rahmens in seiner haltenden Funktion; die Achtsamkeit für Spannungen als Indikatoren für die affektive Regulierung in der therapeutischen Situation und zentral der Umgang mit Störungen als ein bedeutsames Geschehen, das jenseits normativer Bewertungen kreatives Potential enthält und zu einem vertieften Verstehen genutzt werden kann. Der Vortrag eröffnete einen Raum für die anschließende lebhafte Diskussion der Teilnehmer über das Ringen um die eigene therapeutische Position, deren Erwerb, In-Frage-stellen und (Wieder-) Finden in der alltäglichen Praxis und in der Ausbildung – um immer wieder „ein hinreichend guter Psychotherapeut" zu sein.

Psychotherapie ist zwar nachweislich sehr wirksam, Misserfolgsraten zwischen 10-25% veranlassen aber zu der Frage, ob und wie sich durch gezielte Ausbildung und kritische Reflektion der eigenen therapeutischen Arbeit weitere Verbesserungen erzielen lassen. Ausgehend von Studienergebnissen, nach denen der psychotherapeutische Einflussbereich bei 60% liegt (40% werden dem Lebens- und Einflussbereich der Patienten zugerechnet), lenkte PD **Dr. Florian Weck**, Universität Mainz, den Blick vor allem auf die psychotherapeutischen Kompetenzen, definierte, was darunter aus kognitiv verhaltenstherapeutischer Perspektive zu verstehen ist, zeigte an Modellen deren Entwicklung auf und setzte sich mit deren Erfassung auseinander. Sein klares Fazit war, dass psychotherapeutische Kompetenzen sehr bedeutsam sind und durch gezielte Rückmeldung gut gefördert werden können. Als innovative Supervisionsmethode stellte er BITE (Bug-in-the-eye) vor, ein videogestütztes direktes Feedback, das insbesondere während der Ausbildung hilfreich ist und kompetenzsteigernd wirkt. In der anschließenden lebhaften Diskussion konnten die Teilnehmer ihre eigenen Erfahrungen einbringen und kompetenzbezogene Fragen vertiefend klären.

Dr. Gaby Bleichhardt, Universität Marburg, stellte in ihrem Workshop das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) vor. Dieses Verfahren gehört zu den sogenannten „Dritte Welle"-Ansätzen in der kognitiven Verhaltenstherapie und wird bei chronisch rezidivierenden Depressionen mit gutem Erfolg eingesetzt. Im Mittelpunkt des Verfahrens stehen die Analyse prägender Beziehungen in der Kindheit und mittels ausgedehnter Situationsanalysen aus dem Alltag der Patienten die Erarbeitung alternativer Interaktions-Verhaltensweisen, die neue positive Lernerfahrungen in sozialen Situationen ermöglichen.

Aufbauend auf seinen Vortrag vertiefte **Prof. Jürgen Kriz** seine Ausführungen zur „Personzentrierten Systemtheorie". Anhand von praktischen Beispielen verdeutlichte er, wie alle vier Prozessebenen in Wechselwirkung zur gegenseitigen Stabilisierung bzw. Destabilisierung von dynamischen Mustern beitragen. Die zahlreichen und hoch interessierten WorkshopteilnehmerInnen interessierten sich für die praktische Umsetzung der Integration unterschiedlicher Methoden, vor allem in Bezug auf die eigene Grundorientierung.

Über „Risiken und Nebenwirkungen" von Psychotherapie referierte **Jun.-Prof. Yvonne Nestoriuc** vom Hamburger Psychologischen Institut. In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass die aus der pharmazeutischen Werbung geläufige Begrifflichkeit der „Risiken und Nebenwirkungen" nicht zum psychotherapeutischen Prozess passt. Es wurde vorgeschlagen, den Begriff „Beiwirkungen" zu nutzen, um die ihnen auch innewohnenden Chancen im dialogischen psychotherapeutischen Prozess zu unterstreichen. Gleichwohl, das war Konsens, gehört es zu den Patientenrechten, zu Beginn einer Psychotherapie über Wirkungen der geplanten Psychotherapie und alternative psychotherapeutische Herangehensweisen aufgeklärt zu werden.

Im Forum „Brücken zwischen Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie" illustrierte **Dr. Michael Putzke**, Psychoanalytiker und Chefarzt am Gesundheitszentrum Wetterau, am Beispiel der Psychosenbehandlung das Zusammenspiel unterschiedlicher Ausgangspunkte für die Therapie. Die augenblickliche „Begeisterung für das Gehirn" und seine molekularen Funktionen vernachlässige die bedeutsame Rolle der Affektregulation, der Beziehungen, der Subjektivität und der kulturellen Einflüsse für die Entstehung der Erkrankung. Die Psychoanalyse öffne sich zunehmend den Erkenntnissen der Neurowissenschaften, der Affekt- und Bindungstheorien sowie der Säuglingsforschung und schlage mit deren Erkenntnissen Brücken zur Psychoanalyse der Psychose. Um die inneren Konflikte des erkrankten Menschen verstehbar zu machen und die subjektive bene psychiatrischer Störungen zu erfassen, bedarf es der Psychoanalyse. Der Beitrag der heutigen Psychoanalyse zum Verständnis der Psychosen wurde mittels Fallvignetten verdeutlicht und im abschließenden Austausch lebhaft diskutiert.

Prof. Stefanie Mehl, Marburg, stellte ein verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung von Psychosen in der ambulanten Praxis vor. Ausgehend von dem Befund, dass psychotische Symptome (z. B. Halluzinationen) auch in der Normalbevölkerung auftreten, macht der vorgestellte Therapieansatz keinen grundsätzlichen Unterschied zur Psychotherapie von nichtpsychotischen Erkrankungen: Auch bei der Behandlung von Psychosen werden Überzeugungen hinterfragt und damit verändert. Darüber hinaus werden besonders Kompetenzen der Emotionsregulation, aber auch der Akzeptanz und der Achtsamkeit vermittelt. Prof. Mehl verstand es, die Interventionsansätze sehr praxisnah darzustellen und trug damit maßgeblich dazu bei, dass Vorbehalte gegen eine Psychosebehandlung in der ambulanten Praxis abgebaut werden konnten.

Im Forum „Grundlagen der analytischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT)" stellten zwei Kolleginnen des Frankfurter Anna-Freud-Instituts ihre Arbeit vor. Bereits seit 14 Jahren besteht am dortigen Institut eine „Babyambulanz". **Dr. Cornelia Wegeler-Schardt** erklärte das Behandlungskonzept, das für die gemeinsame Behandlung von Eltern mit ihren Säuglingen (beispielsweise wegen Fütterstörungen oder wegen fortdauernder Unruhe oder Schreien eines Kindes) ein strukturstiftendes Angebot darstellt. Im Anschluss stellte **Dr. Angela Köhler-Weisker** eine eindrucksvolle Kasuistik aus dem Behandlungsalltag vor, die bei den teilnehmenden ZuhörerInnen großes Interesse und viele Nachfragen hervorrief. Eine Vielzahl der TeilnehmerInnen hatte dabei insbesondere Interesse an der Umsetzbarkeit dieses Behandlungssettings in der eigenen ambulanten Praxis.

Dr. Björn Enno Hermans, Essen, vermittelte Wissenswertes über Theorie und Praxis der Systemischen Therapie und bot viel Raum für Fragen der Teilnehmer. Grundhaltungen und Methoden der Systemischen Therapie, die Forschungslage und neuere Entwicklungen kamen dabei ebenso zur Sprache wie Multifamilientherapie. Mit Hilfe einer Fallvignette konnten die Seminarteilnehmer sich an einem konkreten Beispiel ein Bild machen. Auch ein kurzes Video einer jugendlichen Patientin mit Anorexie, ein halbes Jahr nach ihrem stationären Aufenthalt in einer Klinik, über die von ihr empfundenen Wirkfaktoren der Behandlung machten den Workshop sehr anschaulich.

Sandra Schulze setzte den Hessischen Psychotherapeutenag sehr eindrucksvoll grafisch um. Unter www.ptk-hessen.de ist das Ergebnis zu bewundern.

Bekanntmachung einer Änderung der Berufsordnung

HE

Am 21. März 2015 hat die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgenden Änderungen der Berufsordnung (zuletzt geändert am 8. November 2014) beschlossen:
In § 5 Verantwortung wird nach Absatz 2 ein neuer Absatz 3 eingefügt:
„Die Pflichten gemäß Absatz 1 und 2 gelten nicht nur im Verhältnis zu den Patientinnen und Patienten, sondern umfassen auch die anderen Felder der Berufsausübung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend § 3 Absatz 2." Die Ziffern der folgenden Absätze verschieben sich entsprechend.

Wiesbaden, den 20. April 2015
gez. Alfred Krieger, Präsident

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
V2B-18b2420-0003/2008/003
Die von der Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen am 21. März 2015 beschlossene Änderung der Berufsordnung wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, den 29. April 2015
Im Auftrag
gez. Dr. Stephan Hölz

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen am 21. März 2015 beschlossene Änderung der Berufsordnung, vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration genehmigt am 29. April 2015, Geschäftszeichen V2B – 18b 2420-0003/2008/003, wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal öffentlich bekannt gemacht.

Wiesbaden, den 5. Mai 2015
gez. Alfred Krieger, Präsident

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Dirk Fiedler, Frankfurt
Petra Möges, Frankfurt
Kerstin Müller, Fulda

Redaktion

Alfred Krieger, Dr. Heike Winter, Yvonne Winter, Dr. Wiebke Broicher

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

Die Kammerversammlung der PKN hat am 9. Mai 2015 einen neuen Vorstand gewählt

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

„Mir ist es ein Anliegen, dass die niedersächsischen Mitglieder ihre Kammer als Einrichtung erfahren, die für sie Serviceleistungen erbringt, für ihre Anliegen stets ein offenes Ohr hat und die die Interessen der Profession nach außen mit klarer Stimme vertritt. In der zentralen Frage der Direktausbildung stehe ich dafür ein, eine Aus- und Weiterbildung von der Profession her zu konzipieren, die auf der Basis des Beschlusses des 25. Deutschen Psychotherapeutentages unser Wissen und unsere Erfahrungen sowie das Wissen und die Erfahrungen der bestehenden Ausbildungsinstitute konstitutiv einbindet." So formulierte der neu gewählte Präsident Roman Rudyk, PP, KJP und Mitglied der psychodynamischen Liste, am Tag der Wahl ein zentrales Anliegen für seine Präsidentschaft. Er wurde von der 39-köpfigen Versammlung mit einer Gegenstimme ohne Enthaltung für die kommenden fünf Jahre in sein Amt gewählt. Er ist seit 2010 in der Kammerversammlung, war Leiter des Ausschusses Berufsordnung und Berufsethik sowie des Ausschusses Nachwuchsförderung.

Verabschiedung Vorstand (v. l.: Jörg Hermann, Bertke Reiffen-Züger, Dr. Josef Könning, Gertrud Corman-Bergau, Joachim Lagerspets)

Zur Vizepräsidentin wurde Felicitas Michaelis ebenfalls mit großer Mehrheit gewählt. Sie kandidierte als Spitzenkandidatin der Liste des DPtV-PP. Sie praktiziert im Emsland in niedergelassener Praxis und ist u. a. im beratenden Fachausschuss der KVN tätig. „Als Vizepräsidentin werde ich mich für die Weiterentwicklung des Berufes des Psychotherapeuten einsetzen. Dabei ist mir eine gute Kooperation der Generationen sowie der Erhalt der Methodenvielfalt und eine bessere Vernetzung wichtig. Besonders am Herzen liegt mir die Förderung des Nachwuchses".

Der neu gewählte Vorstand (v. l.: Andreas Kretschmar, Jörg Hermann, Götz Schwope, Felicitas Michaelis, Roman Rudyk)

Als Beisitzer und Vertreter der KJP wurde Götz Schwope gewählt: Er ist seit 2010 Mitglied der Kammerversammlung, KJP Kommission und Ausschuss Qualitätssicherung waren seine Schwerpunkte. „Ein aktuelles Ziel ist die Reform des PTGs und die Sicherung der Qualität des neu zu konzipierenden Studiengangs zum Psychotherapeuten. Dabei stehe ich als KJP für den Erhalt und die Verankerung von pädagogischen und sozialpädagogischen Inhalten im Studium und dafür, dass das

sogenannte Direktstudium an Hochschulen und Universtäten angesiedelt wird. Die bisherigen hochqualifizierten Weiterbildungsinstitute müssen meiner Meinung nach unbedingt erhalten bzw. mit einbezogen werden. Des Weiteren werde ich mich für den Erhalt und weitere Verankerung des Berufsstandes der PP/KJP in der Jugendhilfe (Beratungsstellen) und Kliniken einsetzen mit entsprechend leistungsgerechter Honorierung. Bei den Psychotherapeuten in Ausbildung geht es darum die finanzielle Absicherung voranzutreiben und einen guten Einstieg in die Niederlassung zu ermöglichen."

Die Kontinuität in der Vorstandsarbeit wird Jörg Hermann, PP, gewährleisten. Es ist für ihn die zweite Amtszeit im Vorstand und die vierte Amtsperiode in der Kammerversammlung. Er ist als Leiter einer Beratungsstelle in Wolfenbüttel seit vielen Jahren vor allem als Experte in der psychotherapeutischen Arbeit mit familiären Gefügen und in der Jugendhilfe tätig: „Ich möchte gern weiter daran mitwirken, dass psychotherapeutische Versorgung über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinaus gedacht und praktiziert wird. Psychisch erkrankte Menschen sind oft Teil einer Familie. Hier gilt es einerseits Auswirkungen auf die anderen Familienmitglieder zu berücksichtigen und andererseits Chancen des Einbeziehens der Familienmitglieder zu erkennen. PP und KJP müssen auch zukünftig auf Grundlage des VIII. Sozialgesetzbuches, also in der Kinder- und Jugendhilfe tätig sein und dort ihren wichtigen Beitrag zur Versorgung leisten können."

Als weiterer Beisitzer wurde der PP Andreas Kretschmar, der über die Liste der Angestellten in die Kammerversammlung gewählt wurde, in den Vorstand gewählt. Er war ebenfalls in der vergangenen Wahlperiode bereits in der Kammerversammlung, dort in der Kommission Angestellte und als Vertreter der PKN im Ausschuss für psychiatrische Krankenversorgung. „Als Hauptanliegen sehe ich die verstärkte Einflussnahme zur Integration und Anerkennung angestellter PP/KJP in der Sozialgesetzgebung und im Bereich der Sucht- und Rehaeinrichtungen. Wir benötigen die Gleichstellung der approbierten PsychotherapeutInnen mit dem Facharzt im Dienst- und Tarifrecht. Eine Verbesserung der beruflichen Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten ist dringend erforderlich, sonst wird die Arbeit in der Psychiatrie für junge PP/KJP nur noch ein Übergangsarbeitsplatz".

Die Kammerversammlung wünscht dem neuen Vorstand alles Gute für die Arbeit und wird ihn nach Kräften in seiner Arbeit unterstützen.

Gertrud Corman-Bergau

Bericht zur konstituierenden Sitzung der Kammerversammlung am 9. Mai 2015 und zum anschließenden Festakt

Im Februar 2015 waren die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen zur Wahl ihrer Kammerversammlung aufgerufen worden. Von den insgesamt 3040 wahlberechtigten Psychologischen Psychotherapeuten haben 1525 (50,2%) und von den 1127 wahlberechtigten Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten haben 499 (44,3%) ihre Stimme abgegeben. In der öffentlichen Sitzung des Wahlausschusses am 13. März 2015 wurde das in der **Tabelle 1** dargestellte Wahlergebnis ermittelt. Alle zur Wahl angetretenen Listen sind in der Kammerversammlung vertreten und haben sich zu den in der **Tabelle 2** aufgeführten und in der Abbildung dargestellten Gruppen zusammengeschlossen.

Name	Stimmen	in %	Sitze
DPtV – PP	531	26,38%	10
Psychodynamische Liste PDL	360	17,88%	7
Bündnis KJP	272	13,51%	6
Neue Kooperation - PP	318	15,80%	6
Neue Kooperation - KJP	141	7,00%	3
Die Angestellten	170	8,45%	3
BDP/VPP. Psychologische PsychotherapeutInnen	139	6,91%	3
DPtV – KJP	82	4,07%	2
	2013	100,00%	40

Tabelle 1: Sitzverteilung 4. Kammerversammlung PKN

BDP/VPP	3 Mitglieder
Die Angestellten	3 Mitglieder
Neue Kooperation	9 Mitglieder
Psychodynamische Liste	13 Mitglieder
DPtV-PP	9 Mitglieder
DPtV-KJP	3 Mitglieder

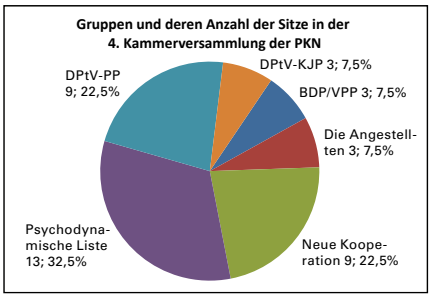


Tabelle 2 und Abbildung: Gruppenverteilung

Die Gruppen sind bei der Bildung von Ausschüssen in dem Maße zu berücksichtigen, wie es ihrem prozentualen Anteil an der Gesamtheit der Mitglieder der Kammerversammlung entspricht. Gleiches gilt für den Gemeinsamen Beirat der PKN mit der Ärztekammer Niedersachsen sowie für die Benennung der Delegierten und der Ersatzdelegierten des DPT.

Die ständigen Ausschüsse für Finanz- und Beitragsangelegenheiten, für Satzungs- und Geschäftsordnungsfragen sowie für psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung haben jeweils sieben Mitglieder. Gebildet wurden außerdem erneut die weiteren Ausschüsse für Nachwuchsförderung, Berufsord-

nung und Berufsethik sowie für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, jeweils mit sieben Mitgliedern. Die Gruppen „Neue Kooperation", „Psychodynamische Liste" und „DPtV-PP" sind mit jeweils zwei Mitgliedern in diesen Ausschüssen vertreten. Im Losverfahren wurde ermittelt, dass die Gruppe „BDP/VPP" jeweils ein Mitglied in die Ausschüsse für Finanz- und Beitragsangelegenheiten, Aus, Fort- und Weiterbildung sowie für Qualitätssicherung, die Gruppe „Die Angestellten" ein Mitglied in den Ausschuss für Berufsordnung und Berufsethik und die Gruppe „DPtV-KJP" jeweils ein Mitglied in die Ausschüsse für Satzungs- und Geschäftsordnungsfragen sowie für Nachwuchsförderung entsenden können, an den übrigen Ausschüssen aber nur beratend teilnehmen.

In den Gemeinsamen Beirat, in dem die PKN mit vier Mitglieder vertreten ist, entsenden die Gruppen „Neue Kooperation" und „DPtV-PP" jeweils ein Mitglied und das „Bündnis Psychodynamische Psychotherapie" zwei Mitglieder.

Im Deutschen Psychotherapeutentag sind die Gruppen wie folgt vertreten, wobei den Delegierten jeweils namentlich benannte Ersatzdelegierte zugeordnet werden. Die Gruppen „Die Angestellten", „BDP/VPP" und „DPtV-KJP" entsenden jeweils einen Delegierten, die Gruppe „Neue Kooperation" zwei Delegierte, das „Bündnis Psychodynamische Psychotherapie" vier Delegierte und die Gruppe „DPtV-PP" drei Delegierte, da letztgenannte Gruppe durch Losentscheid einen weiteren Delegierten entsenden kann.

Die Kammerversammlung hat außerdem die erneute Einrichtung von Kommissionen durch den Vorstand für Angestellte und KJP befürwortet.

Im Anschluss an die konstituierende Sitzung fand ein Festakt zur Begrüßung der Mitglieder der Kammerversammlung der 4. Wahlperiode und zur Verabschiedung Mitglieder der Kammerversammlung der 3. Wahlperiode statt. Besondere Dankesworte wurden an die ausscheidenden Mitglieder des Vorstandes gerichtet, die schon während der Sitzung der Kammerversammlung geehrt worden waren.

Blick in die Kammerversammlung

Aushändigung der Urkunden

Der neue gewählte Präsident Roman Rudyk und seine Vorgängerin, Frau Gertrud Corman-Bergau, die sich in der Kammerversammlung weiterhin für die Belange der PKN einsetzen wird, händigten allen Delegierten der 3. Wahlperiode eine Urkunde für ihr ehrenamtliches Engagement in dieser Amtsperiode aus und dankten für ihren Einsatz für die PKN. Frau Corman-Bergau selbst würdigte in einer persönlichen Rückschau auf die vergangene Amtsperiode in besonderem Maße die langjährige Arbeit von Frau Reiffen-Züger im Vorstand und das Engagement des ausscheidenden Vizepräsidenten Dr. Josef Könning, die nicht erneut zur Wahl der Kammerversammlung kandidiert hatten.

Gute Praxis Psychotherapie – Teil 2

Fallstricke aus der täglichen Arbeit wurden bereits in der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals 01/2015, S. 81ff, dargestellt. In dieser Fortsetzung liegen die Schwerpunkte der Ausführungen auf der Patientenakte und dem Beschwerdeverfahren.

Einsicht in die Patientenakte (§ 11 BO)

Denken Sie daran, dass ein Patient oder sein gesetzlicher Vertreter jederzeit und zeitnah Einblick in die Patientenakte verlangen kann. Dokumentieren Sie entsprechend. Insbesondere bei getrennten oder geschiedenen Eltern bietet es sich an, die Aufzeichnungen seitenweise so zu trennen, dass Sie diese Seiten jederzeit mit dem Hinweis auf den Schutz von Dritten vorenthalten können. Das erspart Ihnen viel Arbeit.

Auch wenn ein Kind innerhalb der 10-Jahresfrist nach Abschluss der Behandlung Einsicht verlangt, müssen

Sie darauf achten, dass Rechte Dritter (und das sind auch die Eltern) nicht verletzt werden. Die entsprechenden Stellen müssen geschwärzt werden. Eine eventuelle Schwärzung muss ausreichend begründet und entsprechend dokumentiert werden.

Kopien der Dokumente aus der Akte müssen vom Patienten bzw. von den Eltern selber bezahlt werden. Es hat sich als sehr hilfreich erwiesen, wenn der Psychotherapeut[1] sich für den (ehemaligen) Patienten Zeit nimmt und klärt, warum gerade jetzt die Einsicht verlangt wird. So können vielleicht die eigentlichen Fragen des Patienten geklärt werden. Geben Sie nie die Originalakte aus der Hand, oder machen Sie wenigstens eine Kopie (§ 10 BO).

Das Patientenrechtegesetz erlaubt es nicht, dass Inhalte, die die Interessen des Psychotherapeuten verletzen könnten, entfernt werden. Schriftlich festgehaltene spontane Eingebungen, Gegenübertragungsgefühle usw. sind also für den Patienten einsehbar! Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer sieht allerdings vor, dass ein Psychotherapeut, über den eine Beschwerde bei der Kammer darüber eingeht, dass er eine Schwärzung einzelner Stellen vorgenommen hat, wenn dies in einem höher zu bewertenden Interesse des behandelnden Psychotherapeuten liegt, zumindest in Niedersachsen nicht berufsrechtlich verfolgt wird. Eine eventuelle Schwärzung muss ausreichend begründet und dokumentiert werden. Zivilrechtlich bleibt aber das Patientenrechtegesetz voll umfänglich gültig.

Beauftragte im Verhinderungsfall (§ 24,5 BO)

Auch wenn der Psychotherapeut selbst verhindert ist, muss der Patient Einsicht in die Patientenakte nehmen können. Die Berufsordnung sieht deshalb vor, dass ein Beauftragter für den Verhinderungsfall (schwere Krankheit oder Tod) benannt und verpflichtet wird. Dieser von Ihnen Beauftrage (Ehemann, Kind, Erbe) darf die Patienten informieren, Termine absagen oder verschieben und soll für die Aufbewahrung der Akte sorgen. Er darf aber keinen Einblick in die eigentliche psychotherapeutische Dokumentation bekommen, außer er hat selbst eine Approbation als Psychotherapeut oder Arzt. Ist dies nicht der Fall, muss ein weiterer Beauftragter (sog. Ansprechpartner) benannt werden, der inhaltliche Auskünfte erteilen und Akteneinsicht nehmen kann. Sonst muss vor Einsicht in die Dokumentation oder Herausgabe von Informationen der anfragende Patient um seine speziell hierzu erforderliche Schweigepflichtentbindung gebeten werden.

Aktenvernichtung (§ 10 BO)

Die Patientenakten müssen mindestens bis 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung sicher verwahrt werden. Bei der Aktenvernichtung nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen sind die Bestimmungen des Datenschutzes zu beachten. Es bietet sich an, dass Sie sich an eine Aktenvernichtungsfirma wenden, der nach DIN-Norm die Aktenvernichtung anbietet und Ihnen ein entsprechendes Zertifikat ausstellt. Denken Sie auch daran, die CD's und die Festplatten Ihres PC's entsprechend sicher zu entsorgen. Die Kosten für die professionelle Aktenvernichtung sind eher gering.

Beschwerden (§ 30 BO)

Was passiert, wenn ein Psychotherapeut andere Amtsträger oder seine Kollegen beleidigt oder sonst schädigt? Das „Anschwärzen" von Kollegen ist eine heikle Angelegenheit. Wenn der Verdacht besteht, dass ein Kollege gravierend gegen die Berufsordnung verstößt, kann nicht nur, sondern muss die PKN tätig werden. Voraussetzung ist aber, dass die Anzeige nicht anonym eingebracht wird und natürlich auch der Name des Kollegen offen gelegt wird. Das fällt selbstverständlich nicht leicht, muss doch davon ausgegangen werden, dass der beschwerte Kollege in Kenntnis gesetzt wird über den Anklagenden, mit dem er ggf. weiter in Kontakt ist. Der beschwerte Kollege muss ja die Gelegenheit bekommen, sich zu den Anschuldigungen zu äußern. Dasselbe gilt für Beschwerden von Patienten oder Institutionen. Sie müssen schriftlich eingehen (eine E-Mail reicht nicht) und sie müssen den eigenen und den Namen des beschwerten Psychotherapeuten nennen. Anonyme Eingaben kann die Beschwerdestelle nicht bearbeiten. Auch werden die Beschwerenden aus Datenschutzgründen nicht über den Ausgang des berufsrechtlichen Verfahrens informiert.

Bertke Reiffen-Züger

Zu weiteren Fragen zum Beschwerdeverfahren siehe den Flyer der Beschwerdestelle auf der Homepage der PKN.

Bertke Reiffen-Züger

1 Der Begriff „Psychotherapeut" wird der Einfachheit halber verwendet. Gemeint sind sowohl Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten als auch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30

Fax: 0511/850304-44

Sprechzeiten:
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

Hinweis für die Teilausgabe Niedersachsen: Bitte beachten Sie die Beilage „Bericht über die Amtszeit 2010-2015".

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Kammerversammlung am 17. April 2015 in Dortmund

Die 3. Sitzung der 4. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW fand am 17. April in Dortmund statt. In seinem Bericht aus dem Vorstand informierte Präsident Gerd Höhner eingangs über den Stand der Konzeption einer offenen Sprechstunde. Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in NRW verhandeln die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen derzeit ein Vertragskonzept, das die Einführung einer vorgelagerten Sprechstunde und einer (zentralen) Terminvergabestelle vorsieht. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) sei am Zustandekommen einer Verhandlungslösung sehr interessiert und die Kammer sei beratend in diesen Prozess eingebunden, so Gerd Höhner.

Gerd Höhner

Der Präsident berichtete weiter über die Auftaktveranstaltung „Landespsychiatrieplan NRW" am 26. März im MGEPA in Düsseldorf. Der Landespsychiatrieplan NRW will die Ist-Situation aufnehmen, bewerten und daraus Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen in NRW entwickeln.

Das MGEPA will in diesem Prozess besondere Schwerpunkte setzen, es geht um eine „geschlechtergerechte Psychiatrie", um die Versorgung psychisch kranker Migranten und Migrantinnen, den besonderen Bedarf für junge und ältere psychisch kranke Menschen, die Förderung der sektorübergreifenden Versorgung, die Verbesserung von Möglichkeiten zur Krisenhilfe und Krisenintervention und Möglichkeiten der Selbsthilfe und Partizipation. An dem Prozess sollen neben den Kammern und den Fach- und Berufsverbänden sowie den Krankenkassen auch Patientenvertreter eingebunden werden. Der Zeithorizont sei erstmal auf zwei Jahre angelegt. Das Ministerium misst der Förderung der psychotherapeutischen Versorgung in der Psychiatrie einen hohen Stellenwert zu. Die Psychotherapeutenkammer NRW wird sich an mehreren Unterausschüssen und Arbeitsgruppen beteiligen.

Ein weiteres Thema des mündlichen Vorstandsberichts war auch die Bedarfsplanung in der Sonderregion Ruhrgebiet, auch im Zusammenhang mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das einen Praxisabbau in (scheinbar) überversorgten Gebieten vorsieht. Die PTK NRW hatte dem Gemeinsamen Bundesausschuss über die Bundespsychotherapeutenkammer einen Vorschlag zukommen lassen, wie eine Bedarfsermittlung des psychotherapeutischen Bedarfs in der Sonderregion Ruhrgebiet sachgerecht durchgeführt werden könnte. Außerdem waren die heimischen Bundestagsabgeordneten auf die Problematik aufmerksam gemacht worden.

Den aktuellen Sachstand zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) präsentierte Vorstandsmitglied Bernhard Moors. Ziel des Gesetzes sei, eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen. Dabei würden Faktoren wie die demographische Entwicklung, neue Behandlungsmöglichkeiten, unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten und Defizite in der Versorgung gesetzgeberischen Handlungsbedarf verursachen. Wesentlich für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seien zum einen Fragen zum Leistungsspektrum, hier vor allem die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie, die Aufhebung von Befugniseinschränkungen und eine angemessene Vergütung. Ein weiteres zentrales Thema sei die Bedarfsplanung mit den zugehörigen Schlagworten wie Praxisabbau und Zwangsverkauf von Sitzen. Bernhard Moors betonte: „Ohne den Ausbau von Angeboten sei keine Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung möglich. Zudem würden die Psychotherapeuten darauf hinwirken wollen, dass der G-BA in der Psychotherapie-Richtlinie demnächst Vorgaben zur Akutversorgung mache."

Als dritten Punkt betonte Bernhard Moors die Ausbildungsstätten. Hier sei es ein großes Problem, dass sie sich Wirtschaftlichkeitsprüfungen (wie Krankenhäuser) unterziehen sollten. Es sei auf den Erhalt der derzeitigen, bewährten Vergütungsstruktur hinzuwirken, die sich an den Vergütungen der Zugelassenen orientiert. In der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 25. März in Berlin habe die BPtK ihre Kritikpunkte vortragen können, eine Reaktion der Politik stehe jedoch noch aus.

Präsident Gerd Höhner informierte weiterhin über sein Gespräch mit Ministerin Steffens und Frau Staatssekretärin Hoffmann-Badache am 14. Januar im MGEPA. Thematisiert habe man zum einen das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz:

Bernhard Moors

Hinsichtlich der Gefahr der drohenden Praxissitzverluste verwies das Ministerium auf den Auftrag an den G-BA zur Bedarfsermittlung bis Ende 2017 und ließ verlauten, dass es davon ausgehe, dass es vor einem G-BA-Beschluss keinen Sitzabbau im Ruhrgebiet geben werde. Zum anderen war die vorgelagerte Sprechstunde ein Thema: Im 90a Gremium wird sie als Teil eines Modellprojekts in einer städtischen und einer ländlichen Region diskutiert. Ziel ist, für Therapieplatzsuchende ein schnelles Sprechstundenangebot zur ersten Klärung zu schaffen und damit die Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu verkürzen. Gerd Höhner bekräftige: „Die Psychotherapeutenkammer NRW werde bei den Kolleginnen und Kollegen vor Ort für ein solches Projekt werben. Die Verhandlung mit den Krankenkassen sei derweil im Prozess. Das Problem der ambulanten Unterversorgung werde dadurch allerdings nicht behoben", urteilte der Präsident.

Ein weiteres Gesprächsthema war der Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages vom 15. November letzten Jahres zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Seitens des Ministeriums wurde dieser Beschluss als lang erhofft sehr begrüßt. Schließlich wurde auch das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) diskutiert. Das Ministerium stellte sich hierzu deutlich kritisch. Befürchtet werde eine weitere Kürzung der Behandlungsdauern durch Personalabbau. Entsprechend stellte das MGEPA klar, dass NRW die ersatzlose Streichung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nicht akzeptieren werde. Vielmehr werde sich NRW für Mindeststandards zur Personalausstattung einsetzen. Dabei sei auch die Qualifikation der verschiedenen Berufsgruppen zu berücksichtigen.

Gerd Höhner berichtete weiterhin zu der Tagung der Bund-Länder-AG der BPtK, die den Prozess der Reform der Psychotherapeutenausbildung begleiten und strukturieren soll. Danach will das Bundesgesundheitsministerium (BMG) bis Jahresende einen ersten Entwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorlegen. Gerd Höhner stufte diesen Zeitplan als ambitioniert ein. Das Ministerium wird hierzu eine Arbeitsgruppe bilden, parallel sollen die Landespsychotherapeutenkammern über die Ergebnisse beraten. Der Ausschuss „Reform der Psychotherapeutenausbildung/Zukunft des Berufes" der Psychotherapeutenkammer NRW hat dazu bereits mit der Arbeit begonnen.

Derzeit wird ein Treffen mit den Ausbildungsinstituten in NRW vorbereitet. Vorgestellt werden soll der aktuelle Entwicklungsstand der Reform. Ebenso besteht der Wunsch, den Austausch über Perspektiven und Interessen der Ausbildungsinstitute in der Psychotherapeutenkammer NRW anzustoßen.

Am 18. März wurde der Gesetzentwurf zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW (KHGG) verabschiedet. Damit werden u. a. Forderungen der Psychotherapeutenkammer NRW Gesetz, begrüßte Gerd Höhner in seinem Bericht. Insbesondere ist neu, dass ein Krankenhaus durch die Aufnahme in den Krankenhausplan nun verpflichtet ist, auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Weiterbildungsstellen bereitzustellen und mit niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammenzuarbeiten. Zudem wird der Landesausschuss für Krankenhausplanung um ein von der Psychotherapeutenkammer NRW benanntes Mitglied erweitert, sofern Einrichtungen betroffen sind, in denen Patienten mit Psychotherapiebedarf behandelt werden. Der Präsident würdigte in seinen Ausführungen die Entwicklungen. Diese seien auf den jahrelangen kontinuierlichen Einsatz der Kammer und insbesondere einzelner Vorstandsmitglieder zurückzuführen und „für alle ein toller Erfolg."

Zum Abschluss gab Gerd Höhner mit Rückblick auf den Absturz einer Germanwings-Maschine in den französischen Alpen im März einige Gedanken zum Thema Notfallversorgung in das Plenum. Seine Anerkennung galt Frau Dr. Sabine Rau, Leitende Notfallpsychologin der Stadt Düsseldorf. Sie hatte am Tag des Unglücks am Flughafen Düsseldorf und am Tag darauf in einer Schule in Haltern trauernde Angehörige mitbetreut. Generell hatte der Flughafen Düsseldorf diese Aufgabe der Notfallseelsorge anvertraut. Gerd Höhner regte an, die Psychotherapeutenkammer NRW solle sich anlässlich dieser Geschehnisse gezielt der Gestaltung der Notfallversorgung annehmen. Hinsichtlich der vielfach diskutierten Frage der Schweigepflicht stellte er sich in vollem Umfang hinter die Aussagen von Prof. Dr. Richter, diese dürfe nicht angetastet werden.

Zentrales Thema Bedarfsplanung

In der sich an den Vorstandsbericht anschließenden Diskussion wurden insbesondere Fragen zur Bedarfsplanung und der Einrichtung einer offenen Sprechstunde angesprochen. Zudem wurde die Problematik der Praxiswertermittlung als weiterhin schwieriges Thema benannt – sowohl hinsichtlich der Suche nach Modellen als auch bei der Erhebung realistischer Werte. Darüber hinaus wurde mehrfach bekräftigt, dass man sich mit dem Thema Notfallversorgung beschäftigen müsse. Vor allem gelte es, die vorhandenen qualifizierten Angebote der Psychotherapeuten für diese Situationen öffentlichkeitswirksamer zu präsentieren und stärker in bestehende Hilfsstrukturen zu implementieren.

Berichte aus den Ausschüssen

Dr. Jürgen Tripp von der Fraktion Kooperative Liste berichtete in der Kammerversammlung als Vorsitzender des Ausschusses „Reform der Psychotherapeutenausbildung/Zukunft des Berufs“ über die bisherigen Aktivitäten.

Dr. Jürgen Tripp

Als Arbeitsauftrag habe man sich gestellt, die Kammer und den Vorstand zu beraten sowie Informationen verschiedener Gremien zu sammeln und in die Kammer einzuspielen. Zudem habe man einen detaillierten Fragenkatalog zur Änderung von Ausbildung und Weiterbildung und der Ausgestaltung einer neuen Approbationsordnung entwickelt. Der Schwerpunkt liege dabei zunächst auf der Ausbildungsstruktur, da diese als erstes in einem Bundesgesetz neu geregelt werde.

Man habe Ausbildungsziele definiert und sich der Frage nach dem notwendigen Kompetenzniveau zum Zeitpunkt der Approbation gewidmet. Diskutiert werden müsse auch die Gliederung der Ausbildung. Notwendig sei ein deutlicher Praxisbezug.

In der anschließenden Aussprache waren sich die Kammerversammlungsmitglieder einig: Hier wurde engagierte und reichhaltige Vorarbeit geleistet. Die Psychotherapeutenkammer NRW sei damit in ihren Ansätzen erfreulich zukunftsorientiert. Weitere Kommentare ließen verlauten: Es sei wichtig, sich auf Bachelor-Master oder Staatsexamen festzulegen, zu überlegen, wie Strukturqualität in der Lehre der unterschiedlichen Verfahren zu erreichen sei, wie weit die Approbation inhaltlich reichen und wie weit man Ausbildungsinstitute einbeziehen solle. Angeregt wurde, im Rahmen der Ausbildungsgestaltung auch das Thema Prävention zu berücksichtigen und Angebote für den Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu differenzieren. Präsident Gerd Höhner betonte abschließend, man stehe hier am Beginn eines langen Prozesses. „Als attraktive Berufsgruppe können die Psychotherapeuten in diesem Prozess nur gewinnen.“

Für den Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ berichtete der Vorsitzende Oliver Staniszewski. Er informierte u. a. über die erste gemeinsame Sitzung des Ausschusses der BPtK mit den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,

Oliver Staniszewski

Sprechern bzw. Vertretern der Ausschüsse zur Psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen der Landespsychotherapeutenkammern im Februar diesen Jahres. Thematisiert wurden dort vor allem die Reform der Psychotherapeutenausbildung, ein differenziertes Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche sowie der aktuelle Stand zum GKV-VSG und zum Präventionsgesetz (PrävG). Darüber hinaus formulierte Oliver Staniszewski die Anregung des Ausschusses, die Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf der Homepage der Kammer in einer eigenen Rubrik sichtbarer zu machen.

Planungen aus dem Ausschuss „Fort- und Weiterbildung“ präsentierte dessen Vorsitzende Anni Michelmann.

Anni Michelmann

Man habe sich zunächst die Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung auf die Fahnen geschrieben. Zusätzlich sei man bestrebt, eng mit dem neuen Prüfungsausschuss für die Anerkennung der Weiterbildung in Systemischer Therapie zusammenzuarbeiten. Weiterhin sei zu klären, wer die Qualifikation für EMDR-Angebote bescheinigen könne, die seit Anfang des Jahres als Psychotherapiemethode anerkannt sind.

Wahlen für Ausschüsse

In dem Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ wurden Melanie Gräßer als Mitglied und Gerlinde Breidling, beide Fraktion Kooperative Liste, als Vertreterin gewählt. Für den Ausschuss „Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation“ wurde Ursula Weber als Vertreterin gewählt (Fraktion Analytiker).

Beschlussfassungen

In Vorbereitung auf den 26. Deutschen Psychotherapeutentag am 25. April votierte die Kammerversammlung gegen zwei vorliegende Anträge, auf Änderung der Satzung der BPtK, die Zahl der Delegierten zu begrenzen. Auch kleine Gruppen sollen weiterhin die Möglichkeit haben, ein Mandat zu erhalten. Kontrovers diskutiert wurde die Resolution „Versorgung stärken – psychotherapeutisches Leistungsangebot ausbauen, Versorgung verbessern!". Sie wurde mehrheitlich zur weiteren Diskussion an den Ausschuss „Psychotherapie in der ambulanten Versorgung" verwiesen.

Plenum der 3. Sitzung der 4. Kammerversammlung

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 vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Herr Dietmar Lucas, Wahlkreis Münster, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Psychotherapeuten NRW" hat am 02.04.2015 sein Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Herr Michael Maas, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Psychotherapeuten 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

Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Wie viel Psychotherapie braucht Mecklenburg-Vorpommern? – Ein Parlamentarischer Abend im Landtag Mecklenburg-Vorpommern

Einige der Gäste des politischen OPK-Abends

Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer hatte Mitte April zu einem Parlamentarischen Informationsabend zum Thema Psychotherapie in das Schweriner Schloss eingeladen.

Der Einladung folgten die Abgeordneten des Gesundheitsausschusses des mecklenburgischen Landtages, Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern sowie Vertreter der Kammerversammlung der OPK aus Mecklenburg-Vorpommern. Nach der Begrüßung der Gäste durch die Präsidentin der OPK, Andrea Mrazek, führte OPK-Vorstandsmitglied Johannes Weisang durch das Programm. Die anwesende Vizepräsidentin des Landtages, Regine Lück, sprach das Grußwort. In diesem schilderte sie die politische Sichtweise auf das Thema psychische Erkrankungen und deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem in Mecklenburg-Vorpommern. So sei die Sensibilität für das Thema erkennbar gestiegen, die Stigmatisierung dagegen gesunken. „Das Wissen zu psychischen Erkrankungen wächst in der Bevölkerung, es bleiben aber Unsicherheiten. Und Sie sind die Experten", so Regine Lück zu den anwesenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Auch die Anfragen im Landtag zur psychotherapeutischen Versorgung des Bundeslandes wären latent. Als ein weiteres augenscheinliches Thema in diesem Zusammenhang benannte Regine Lück mit der gestiegenen Zahl der aufgenommenen Flüchtlinge in Mecklenburg-Vorpommern. Damit sei aber auch eine erhöhte Gewaltbereitschaft in der hiesigen Bevölkerung zu verzeichnen. „Unsere Aufgabe liegt in der Sicherung des Rechtsstaates", so Lück, die sich eine Unterstützung und Einmischung der Profession der Psychotherapeuten auf diesem Gebiet wünschte.

M-V mit den wenigsten Behandlungen pro Einwohner

Karen Stramm von der Fraktion DIE LINKE betonte, dass Mecklenburg-Vorpommern das Bundesland mit den

wenigsten psychotherapeutischen Behandlungen pro Einwohner sei. Ebenso gehöre eine Wartezeit von durchschnittlich 18 Wochen auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten zum Lebensalltag. Silke Gajek, die gesundheitspolitische Sprecherin vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, stellte in diesem Zusammenhang klar, dass genau diese durchschnittlichen 18 Wochen in der Demenz-Strategie des Bundeslandes eine fast unüberwindbare Hürde für die Angehörigen-Begleitung bedeute.

Wie viel Psychotherapie braucht nun Mecklenburg-Vorpommern? Auf diesen Exkurs nahm Andrea Mrazek, die Präsidentin der OPK die Anwesenden in Daten, Zahlen und Hintergründen mit. Auf jeden Fall müsse die ambulante psychotherapeutische Versorgung differenzierter und so gesetzlich untermauert werden, dass die Profession endlich über die Psychotherapie-Richtlinie herausgehen könnte. Andrea Mrazeks Vorschläge dazu: Niederschwellige Zugänge für Patienten durch zum Beispiel psychotherapeutische Sprechstunden, dass als Krisenintervention aufsuchende Behandlungen sowie bei chronisch psychischen Erkrankungen Erhaltungstherapien möglich gemacht werden.

Aus dem Arbeitsalltag in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie berichtete Dietlind Schreiber aus Neubrandenburg. An Patientenbeispielen erklärte die Therapeutin infrastrukturelle Defizite wie auch Probleme beim Ineinandergreifen der Hilfssysteme auf sehr anschauliche Weise. Zusammengefasst äußerte sie am Ende ihres Vortrages drei Wünsche an die politischen wie KV-Vertreter der Veranstaltung: 1. Keine Verschiebebahnhöfe zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe, was eine verlässliche und ausreichende Ausstattung der Jugendhilfe meint. 2. Freie Fahrt zur Therapie für alle – Teilhabegerechtigkeit bei infrastrukturellen Defiziten und eingeschränkter Mobilität im ländlichen Raum. 3. Keiner wird „hinaus gekickt" – eine Flexibilisierung der Altersgrenzen für die Behandlung von Jugendlichen in Psychiatrie, Psychotherapie und Jugendhilfe.

Dietlind Schreiber

Für die OPK war die Veranstaltung ein großer Erfolg, da es damit gelungen ist, Kontakte in die Politik zu knüpfen, mit denen die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern weiter voran zu bringen ist.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in Greifswald – Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum

Am 15. April 2015 fand die Veranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern sowie der CDU-Landtagsfraktion zum Thema „Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum" in Greifswald statt. Eingeladen zu dieser Veranstaltung war Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Nach Grußworten, u. a. vom stellvertretenden Bürgermeister von Greifswald sowie Vincent Kokert (CDU), sprach Hermann Gröhe zum Thema „Maßnahmen der Bundesregierung zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum". Die psychotherapeutische Versorgung spielte in diesem Zusammenhang keine Rolle.

Unter den Besuchern der Veranstaltung waren auch einige Psychotherapeuten, die sich in die anschließende Diskussion einbrachten. Dabei wurde von Seiten des Gastgebers auf die angeblich sehr geringe Arbeitszeit der Psychotherapeuten von 20 bis 22 Wochenstunden eingegangen. Ein weiteres Diskussionsthema war die Vertretung der Psychotherapeuten bei der Vorstandswahl der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern.

Deutlich wurde, dass bei dem Konzept der Bundesregierung zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung wieder einmal die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen vergessen wurde. Gesetzgeberische Maßnahmen

Bundesgesundheitsminister Herman Gröhe

auf bundespolitischer Ebene zeigen immer wieder, dass unsere Berufsgruppe im Gesundheitssystem häufig nicht berücksichtigt wird. Aktuelles Beispiel ist hier das Präventionsgesetz. Psychotherapeuten werden darin nicht einmal erwähnt.

Nadine Mahnecke-Windhövel,
Referentin Länderarbeit

Konstituierende Kammerversammlung im März – Andrea Mrazek eindrucksvoll im Amt als OPK-Präsidentin bestätigt

Der gewählte Vorstand (v. l. n. r.): Dr. Gregor Peikert, Andrea Mrazek, Johannes Weisang, Margitta Wonneberger, Dr. Dietmar Schröder, Dr. Wolfram Rosendahl

Es war in jeder Hinsicht ein klares Wählervotum für Kontinuität und die Anerkennung geleisteter Arbeit: Die amtierende Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK), Andrea Mrazek, wurde mit einer eindrucksvollen Mehrheit in ihrem Amt bestätigt. Damit geht die in Radebeul niedergelassene, doppelapprobierte Psychologische Psychotherapeutin sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in ihre 3. Legislaturperiode.

Andrea Mrazek ist seit Gründung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer 2007 deren Präsidentin. Vizepräsident, der auf rund 3.700 Mitgliedern angewachsenen Fünfländerkammer, wurde erneut der 59-jährige Dr. Wolfram Rosendahl aus Halle, Sachsen-Anhalt.

Ebenso setzen die bereits bewährten weiteren Vorstandsmitglieder Margitta Wonneberger, Dr. Gregor Peikert, Dr. Dietmar Schröder sowie Johannes Weisang ihren berufspolitischen Kurs im Vorstand der OPK fort.

Gerade aus der Herausforderung als Fünfländerkammer versteht sich die OPK als eine länder-, verfahrens- und berufsgruppenübergreifende Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Notfallpsychotherapie – Organisation muss auf Länderebene stattfinden

Die notfallpsychotherapeutische Versorgung stand am 25. Februar 2015 im Mittelpunkt einer Fortbildungsveranstaltung mit ca. 50 Teilnehmern aus allen fünf Bundesländern der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand die Suche nach Koordinatoren für den Einsatz in Großschadenslagen.

Hintergrund ist die immer stärkere Einbeziehung von Psychologischen Psychotherapeuten in Großschadenslagen. Aktueller Fall ist der Absturz der Germanwings-Maschine am 21. März 2015. Auch hier wurde in der Nachsorge deutlich, dass dies nicht mehr durch Seelsorger geleistet werden kann, sondern über die Notfallseelsorge hinaus psychotherapeutische Behandlung für die Stabilisierungsphase erforderlich ist. Auch die Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer wurde in diesem Zuge um Amtshilfe gebeten.

Nach einer kurzen inhaltlichen Einführung durch das Vorstandsmitglied, Herrn Dr. Gregor Peikert zum aktuellen Stand der notfallpsychotherapeutischen Versorgung in der OPK, gab Susanne Deimling, Fachberaterin für Psychosoziale Notfallversorgung im Land Brandenburg, im Anschluss einen fachlichen Einblick. Hauptbestandteil der Veranstaltung waren Workshops zum Thema „Notfallpsychotherapie in den Ländern“, die jeweils mit den Teil-

nehmern der jeweiligen Bundesländer besetzt waren. Unter anderem ging es darum, Personen zu finden, die eine koordinierende Tätigkeit für diese Fälle übernehmen können. Als Ergebnis ist festzuhalten, dass sich in allen Bundesländern Psychotherapeuten bereit erklärt haben, die Koordination zumindest vorläufig zu übernehmen.

Es wurde deutlich, dass in Zukunft die Organisation der notfallpsychotherapeutischen Versorgung auf Länderebene stattfinden muss, da die Strukturen von Land zu Land verschieden sind.

Nadine Mahnecke-Windhövel,
Referentin Länderarbeit

OPK-Medien im neuen Design

„Alles neu macht der Mai, macht die Seele frisch und frei" – dieses Gedicht von Hermann Adam von Kamp hat sich die OPK ein Stück zu Eigen gemacht, um die neuen OPK-Medien Newsletter und das Magazin vorzustellen. Ebenso haben die Homepage sowie das „OPK aktuell", aus dem nun die „OPK Mitteilungen" geworden sind, ein Relaunch erfahren.

Im Mai ist die neugestaltete Homepage online gegangen. Übersichtlicher und frischer kommt diese daher. Die Menüführung ist einfach. Für Sie wichtige Daten, Dokumente und Flyer sind schnell zu finden und herunterladbar. Das responsive Design passt sich Ihren Endgeräten auf Smartphones und Tabletcomputern perfekt an.

Per neuen elektronischen OPK Newsletter werden Sie zum Lesen und Ausprobieren des ebenfalls neuen OPK Magazins eingeladen. Das OPK Magazin finden Sie gleich auf der Startseite der OPK-Homepage. In vorerst elf Rubriken wie „Berufs- und Gesundheitspolitik", „Alles was Recht ist", „Vorgestellt" oder „Hier sind Sie gefragt" finden Sie alle Aktivitäten, alle Fortbildungen, alle Termine und Zusammenfassungen der politischen Geschehnisse Ihrer Kammer. Testen Sie das OPK Magazin – Wir freuen uns über Ihre Anregungen, Verbesserungs- oder Themenvorschläge!

Aus „OPK aktuell" werden die „OPK Mitteilungen": Ihr gedrucktes OPK-Mitteilungsblatt bleibt Ihnen zweimal jährlich erhalten. Immer nach den Kammerversammlungen informieren wir Sie hierin in offiziellen Nachrichten unter anderem über Satzungs- und Ordnungsänderungen. Weil frisch und farbenfroh weiterkommt, sind auch die „OPK Mitteilungen" neu und modern gestaltet. Wir wünschen Ihnen eine angenehme, sinnenbereichernde Lektüre!

OPK-Fortbildungen auf einen Blick – gemeinsame Veranstaltung mit der Bundeswehr

Am 4. November 2015 findet eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Bundeswehr und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer statt. Hintergrund der Veranstaltung ist eine Vereinbarung zwischen dem Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) und der BPtK zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Soldatinnen und Soldaten. Laut dieser Vereinbarung können sich zukünftig Soldaten nicht nur von Psychotherapeuten, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können, behandeln lassen, sondern auch von Psychotherapeuten mit Privatpraxis. Im Zuge des Vertrages wurden auch regelmäßige gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen vereinbart, in denen Psychotherapeuten Bundeswehrspezifika und das Verfahren der Behandlung und Abrechnung vorgestellt werden.

Mit großer Resonanz konnten bereits im letzten Jahr Veranstaltungen in Hamburg, Berlin, München sowie Koblenz durch die jeweilige Psychotherapeutenkammern durchgeführt werden.

Über die weitere Planung der Veranstaltung informieren wir Sie über den Newsletter der OPK sowie auf der OPK-Homepage im Veranstaltungskalender.

Anmeldung: Frau Angelika Wendt, 0341-46243218, angelika.wendt@opk-info.de

Datum der Veranstaltung: 04.11.2015

Ort: Bundeswehrfachschule Naumburg, Kösener Straße 50, 06618 Naumburg (Saale)

Schmerzpsychotherapie-Fortbildung der OPK startet im November

Die OPK kann nun interessierten PsychotherapeutInnen die ersten Module der Richtlinie „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ anbieten. Vom 5. bis 7. November 2015 werden in Leipzig die Grundlagen der speziellen Schmerzpsychotherapie vermittelt, als auch medizinische Diagnostik und Schmerztherapie vertieft.

Zum Hintergrund: Die Arbeit im interdisziplinären Team und die Behandlung von chronischen Schmerzen setzen ein spezialisiertes Fachwissen voraus. Bei ihrer kriteriengeleiteten Auseinandersetzung hatte auch die Kommission Zusatzqualifizierung der BPtK die Schmerzpsychotherapie als sehr geeignet für den Erwerb einer Zusatzqualifizierung bewertet.

In mehreren Gesprächs- und Feedbackrunden erarbeitete die Expertenrunde ein 80-stündiges Curriculum. Das theoretische Curriculum besteht aus einzelnen Modulen, die die Grundlagen der Schmerzentstehung und Schmerzchronifizierung aus psychologischer, aber auch medizinischer und biologischer Sicht vermitteln. Die Psychotherapeutinnen sollen einen fundierten Einblick in diagnostische und konzeptionelle Besonderheiten in der Arbeit mit Schmerzpatienten erhalten. Die meisten Stunden werden auf die Erarbeitung und Vertiefung von Behandlungsmethoden verwandt, die auf die Besonderheiten in der Behandlung der von chronischen Schmerzpatientinnen abzielen. Da sich die Schmerzpsychotherapie immer als multimodale Behandlungsform versteht, wurde auch großer Wert darauf gelegt, einen Überblick über funktionsbezogene Therapien wie zum Beispiel Physiotherapie miteinzubeziehen und die eigene Rolle und die Besonderheiten der Arbeit in interdisziplinären Teams näher zu beleuchten. Aufgrund ihrer immensen Prävalenz müssen Besonderheiten der Entstehung, der Diagnostik und der Behandlung von Schmerzen des Bewegungssystems und Kopfschmerzen und Migräne erlernt werden. Es besteht außerdem die Möglichkeit, eigene Schwerpunkte zu setzen und aus verschiedenen anderen speziellen Schmerzsyndromen und schmerzbezogenen Themen auszuwählen. Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten können aus den einzelnen Themenbereichen für sie spezifische oder adaptierte Themen wählen.

Neben den theoretischen Kenntnissen sollen auch praktische Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen nachgewiesen werden. Dazu ist die Teilnahme an zehn interdisziplinären Schmerzkonferenzen in zwei Jahren verpflichtend. Außerdem sollen fünf behandelte Fälle nachgewiesen werden. Der Nachweis soll dabei die speziellen schmerzpsychotherapeutischen Interventionen beinhalten und die multimodalen Behandlungsbausteine darstellen.

Die Richtlinie zur curricularen Fortbildung „spezielle Schmerzpsychotherapie“ ist am 1. Januar 2015 in Kraft getreten.

Anmeldung: Frau Wendt, 0341-46243218, angelika.wendt@opk-info.de

Datum: 05.11.2015 bis 07.11.2015

Ort: Leipzig Marriott Hotel, Am Hallischen Tor 1, 04109 Leipzig

Referenten:

- Dr. Paul Nilges, DRK Schmerz-Zentrum Mainz
- Dr. Anke Diezemann, DRK Schmerz-Zentrum Mainz
- Prof. Dr. med. Rainer Sabatowski, Universitäts SchmerzCentrum, Uniklinikum Dresden

Fortbildungspunkte: je Modul 24

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
www.opk-info.de
info@opk-info.de

LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

Pakt für Rheinland-Pfalz – der rheinland-pfälzische Flüchtlingsgipfel

Im Februar dieses Jahres lud die Ministerpräsidentin des Landes Rheinland-Pfalz Malu Dreyer zum Flüchtlingsgipfel ein, zum Pakt für Rheinland-Pfalz. Eingeladen waren Innenminister Roger Lewentz, Integrationsministerin Irene Alt, Gesundheitsministerin Bätzing-Lichtenthäler, die jeweiligen Staatssekretäre sowie einige ausgewählte Fachleute aus gesellschaftlich relevanten Organisationen. Dabei war auch der Präsident der Landespsychotherapeutenkammer RLP Alfred Kappauf als Vertreter des rheinland-pfälzischen Gesundheitswesens. Die Ministerpräsidentin machte deutlich, dass die bleibend hohe Zahl von Flüchtlingen nicht nur eine Verpflichtung zur Hilfe darstelle. Sie biete dem Land und der Wirtschaft eine große Chance. Der Pakt für Rheinland-Pfalz bereitet nun gemeinsam eine landesweite Flüchtlingskonferenz vor. Alfred Kappauf machte auf der Veranstaltung deutlich, dass für viele der Flüchtlinge Psychotherapie eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass berufliche und gesellschaftliche Integrationsmaßnahmen überhaupt gelingen können. Außerdem stellte er dar, dass die Beschleunigung der Asylverfahren wichtig ist, um für die Flüchtlinge möglichst schnell wieder einen sicheren äußeren Rahmen herzustellen. Dieser wiederum ist Voraussetzung für die Aufrechterhaltung oder für die Wiederherstellung der Gesundheit der Betroffenen. Die Anregungen der LPK wurden vonseiten der Landesregierung aufgegriffen und sollen in einen Handlungsplan des Kabinetts einfließen.

Alfred Kappauf beim Pakt für Rheinland-Pfalz – dem rheinland-pfälzischen Flüchtlingsgipfel mit Ministerpräsidentin, Innenminister, Gesundheits- und Integrationsministerin (Fotos: Staatskanzlei RLP/Pulkowski)

LPK trifft Gesundheitspolitik – Parlamentarischer Abend der Kammer im Landtag

Unter dem Motto „LPK trifft Gesundheitspolitik" veranstaltete die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz am 11. März ihren 2. Parlamentarischen Abend im rheinland-pfälzischen Landtag. Etwa 80 Teilnehmer aus Gesundheits- und Sozialpolitik, Vertreter des Gesundheits- und des Integrationsministeriums, von Krankenkassen, der Approbationsbehörde, aus Kliniken, Vereinen und Verbänden kamen zusammen, um mit dem Vorstand und mit Mitgliedern der Vertreterversammlung und der Ausschüsse der LPK RLP über wichtige gesundheitspolitische Themen, die den Berufsstand der Psychotherapeuten

Gesundheitsministerin Bätzing-Lichtenthäler und Präsident Alfred Kappauf

Die CDU-Fraktionsvorsitzende Julia Klöckner im Gespräch mit Psychotherapeuten

Gesundheitsministerin Bätzing-Lichtenthäler beim Parlamentarischen Abend der LPK-RLP

Abteilungsleiterin Integration Prof. Dr. Karin Weiss

betreffen, miteinander ins Gespräch zu kommen. Die Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz Sabine Bätzing-Lichtenthäler und der Landtagsvizepräsident Heinz-Hermann Schnabel bedankten sich bei der LPK für die konstruktive Zusammenarbeit im Sinne der psychotherapeutischen Versorgung der Menschen in Rheinland-Pfalz. Mit Julia Klöckner, Vorsitzende der CDU-Fraktion, Dr. Dr. Rahim Schmidt, Gesundheitspolitischer Sprecher von Bündnis 90/Die Grünen und Kathrin Anklam-Trapp, Stellvertretende Vorsitzende des Sozialpolitischen Ausschusses des Landtags waren alle drei im Landtag vertretenen Fraktionen beim Parlamentarischen Abend dabei. Die Kammer präsentierte ihre gesundheitspolitischen Anliegen in drei kurzen Impulsreferaten von Gisela Borgmann-Schäfer, Dr. Paul Nilges und Alfred Kappauf. Vorurteilen und Fehlinformationen wurden harte Fakten gegenüber gestellt. Im Anschluss daran wurden diese Anliegen in vielen informellen Gesprächen zwischen den Politikern und den anwesenden Kammervertretern im Vorraum des Wappensaals im Landtag weitergeführt.

Fachtag „Umgang mit psychischen Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern“

Alfred Kappauf bei der Podiumsdiskussion mit dem Staatssekretär des Bildungsministeriums Hans Beckmann

Die LPK Rheinland-Pfalz war Kooperationspartner eines Fachtags „Umgang mit psychischen Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern“, der vom rheinland-pfälzischen Bildungsministerium gemeinsam mit der Landeszentrale für Gesundheitsförderung ausgerichtet worden ist. Kammerpräsident Alfred Kappauf stellte im Rahmen einer Podiumsdiskussion – u. a. gemeinsam mit dem Staatssekretär des Bildungsministeriums und dem Geschäftsführer der Landeszentrale für Gesundheitsförderung – die Möglichkeiten von Psychotherapie im Setting Schule vor.

2. LPK-Konferenz leitender Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz

Bereits zum zweiten Mal veranstaltete die LPK RLP am 19.02.2015 eine Konferenz speziell für leitende Psychotherapeuten, in diesem Jahr im Pfalzklinikum in Klingenmünster. Kammerpräsident Alfred Kappauf konnte etwa 25 leitende Angestellte aus Reha-Kliniken, Beratungsstellen, aus Tageskliniken, von Ausbildungsinstituten und aus der Psychiatrie begrüßen. Den Hauptvortrag hielt Johannes Schopohl, Juristischer Referent der BPtK zum Thema „Leitungskompetenzen der Psychotherapeuten nutzen! Rechtliche Rahmenbedingungen verbessern!". Danach präsentierten zwei leitende Angestellte des Pfalzklinikums eine Rahmenvereinbarung zwischen der Geschäftsführung und dem Personalrat als Best-Practise-Modell einer Umsetzung. Die Teilnehmer diskutierten engagiert über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen von Leitenden Psychotherapeuten in Institutionen. Sie nutzten die Möglichkeit, sich auszutauschen und von den Erfahrungen anderer zu profitieren. Insgesamt hat sich die Konferenz Leitender Psychotherapeuten als ein wichtiges Veranstaltungsformat der Kammer erwiesen und etabliert.

Die LPK RLP möchte darüber hinaus in Zukunft weitere Serviceleistungen für angestellte Mitglieder anbieten, unter anderem einen jährlichen Tag der

Angestellten. Der 1. Tag der Angestellten der LPK RLP wird am 10.06.2015 in Mainz stattfinden. Geplant ist eine Tagesveranstaltung mit einem Hauptvortrag am Vormittag und drei parallel stattfindenden Workshops am Nachmittag. Das Programm ist speziell ausgerichtet auf die Interessen angestellter Psychotherapeuten.

2. Konferenz leitender Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz

Auswahl von Sachverständigen für Schuldfähigkeits-, Prognose-, und Glaubhaftigkeitsgutachten

Eine Informationsveranstaltung der LPK für Richter und Staatsanwälte

Am 12.03.2015 hat die LPK RLP gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie und dem Ministerium für Justiz und Verbraucherschutz Richter und Staatsanwälte eingeladen, um ihnen Informationen zur Auswahl von Sachverständigen für Schuldfähigkeits-, Prognose- und Glaubwürdigkeitsgutachten zu geben. Im Strafprozess stellt sich oft die Frage, welche Sachverständige welcher Fachrichtung für die Schuldfähigkeits- sowie für die Prognose- und Glaubwürdigkeitsbegutachtung, insbesondere für die Begutachtung krankhafter psychischer Störungen, in Betracht kommen.

Richter und Staatsanwälte diskutieren mit Psychotherapeuten

Den teilnehmenden Richtern und Staatsanwälten, die für die Auswahl der Gutachter zuständig sind, wurde das Qualifikationsprofil von Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten deutlich gemacht, das im Bereich der Psychopathologie eine dem psychiatrischen Facharzt vergleichbare Qualifikation aufweist. Die Botschaft: Psychotherapeuten verfügen über die psychopathologische Sachkunde, die für die Diagnose sämtlicher psychischer Erkrankungen im Sinne des Kapitels F des ICD-10 erforderlich ist und sind deshalb in besonderem Maße geeignet, Prognose-, Schuldfähigkeits- und Glaubhaftigkeitsgutachten zu verfassen. Außerdem wurde über die Zusatzbezeichnung „Rechtspsychologischer Sachverständiger" informiert, die die LPK im Rahmen ihrer Weiterbildungsordnung vergibt.

Die Kammern in Rheinland-Pfalz: Geballte Kraft im Land

17 rheinland-pfälzische Kammern im Dialog mit der Politik beim Parlamentarischen Abend

Proppenvoll war es im Wappensaal des Mainzer Landtags. Über 200 Gäste aus Politik, Wirtschaft und den verkammerten Berufen sind der Einladung von 17 Kammern in Rheinland-Pfalz, darunter auch der Landespsychotherapeutenkammer, zum ersten gemeinsamen Parlamentarischen Abend gefolgt. Darunter Ministerpräsidentin Malu Dreyer und die Fraktionsvorsitzenden der Landtagsfraktionen. In Rheinland-Pfalz repräsentieren die Kammern

Ministerpräsidentin Dreyer beim Kammerabend

Regelin, Kappauf und Staub mit Integrationsministerin Irene Alt

als Selbstverwaltungsorganisationen rund 355.000 Unternehmen und etwa 20.000 freiberuflich Tätige. Sie erwirtschaften jährlich Umsätze in Höhe von 212 Milliarden Euro. Die Kammern in Rheinland-Pfalz schaffen Qualität und sorgen dafür, dass diese auf hohem Niveau erhalten bleibt. Sie kümmern sich um Patienten- und Verbraucherschutz und tragen mit der Berufsaufsicht entscheidend zur Qualitätssicherung bei. Bei Aus-, Fort- und Weiterbildung setzen sie mit wachem und kritischem Auge Standards und sind bei alldem dem Gemeinwohl verpflichtet.

Save the date: Fachtagung und Herbstfest am 26.09.2015 – Psychotherapie in Grenzsituationen

Auch in diesem Jahr lädt die LPK wieder zu einer interessanten Fachtagung mit anschließendem Herbstfest ein. In diesem Jahr werden wir uns thematisch mit der Palliativ-Psychotherapie, der Psychotherapie bei Großschadensereignissen, der Psychotherapie bei Schizophrenie sowie der Psychotherapie mit Straftätern widmen. Die Veranstaltung findet am 26. September 2015 um 14:00 Uhr statt – in der Alten Mensa der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Und anschließend feiern wir – wie immer – das Herbstfest der Landeskammer, mit leckerem Essen und gutem Wein. Bitte merken Sie sich den Termin schon einmal vor. Sobald das Programm zusammengestellt ist, werden alle Mitglieder natürlich noch einmal gesondert eingeladen. Wir freuen uns auf Sie!

Redaktion

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Gisela Borgmann-Schäfer, Alfred Kappauf, Petra Regelin, Marion Veith und Stefanie Rosenbaum.

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

pks

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Austausch mit Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Saarländischen Landtags zur Novellierung des Saarländischen Krankenhausgesetzes

Die Landesregierung hatte die PKS im Juli 2014 um schriftliche Anhörung zu einem Änderungsentwurf des Saarländischen Krankenhausgesetzes (SKHG) gebeten. Anlass war, dass die Kompetenzen unserer Profession in der stationären Versorgung psychisch Kranker nun explizit im Krankenhausgesetz verortet werden sollten. In ihrem Gesetzesentwurf schlug die Landesregierung u. a. vor, dass PP und KJP Leitungsfunktion in Organisationseinheiten, in denen psychisch Kranke behandelt werden, übernehmen können.

In ihrer Stellungnahme unterstützte die PKS nachhaltig den Entwurf des Ministeriums, da er die mit der Schaffung der akademischen Heilberufe der PP und der KJP entstandene Versorgungsrealität in den stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vorbildlich berücksichtigt und die umfassende Nutzung der Kompetenzen unserer Berufsgruppe ermöglicht. PP und KJP erfüllen als Angehörige akademischer Heilberufe durch ihre Ausbildung alle Anforderungen zur Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung psychischer Störungen nach wissenschaftlich anerkannten Methoden. Sie sind berufs- und sozialrechtlich zur selbständigen und eigenverantwortlichen Behandlung befugt. Sie gewährleisen damit auch den für die Krankenbehandlung zivilrechtlich aus dem Behandlungsvertrag des Patienten mit dem Krankenhaus geschuldeten sog. „Facharztstandard" im Gebiet ihrer Behandlungsbefugnis. Es ist folgerichtig, ihnen als hauptamtlich tätige „Fachpsychotherapeuten" (äquivalent zu Fachärzten) auch Leitungsfunktion in Organisationseinheiten zu übertragen, die ihr Fachgebiet betreffen.

Ärztliche Berufsverbände haben große Widerstände gegen den saarländischen Gesetzesentwurf ins Feld geführt, da es aus ärztlicher Sicht sowohl im Hinblick auf die Einhaltung des Sozialrechts und des Berufsrechts als auch die Qualität der Versorgung in den Krankenhäusern Bedenken gebe. Die PKS hatte im Vorfeld der Abgabe ihrer Stellungnahme vergeblich versucht, mit saarländischen Ärztevertretern ins Gespräch zu kommen und solche Bedenken auszuräumen.

Nachdem das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie seinen Entwurf zum Saarländischen Krankenhausgesetz zum Nachteil unseres Berufsstandes verändert hat, hat der Vorstand der PKS beschlossen, weitere Aktivitäten in Richtung Korrektur der aus unserer Sicht sachlich nicht nachvollziehbaren Entscheidung einzuleiten.

Bei genauer Durchsicht der knapp dreißig zum Gesetzesentwurf angehörten Gruppen und Verbände fällt allerdings auf, dass sich alleine neun aus dem ärztlichen Bereich rekrutieren, aber nur eine einzige – nämlich die Psychotherapeutenkammer – unsere Berufsgruppen vertritt. Diese Schieflage zeugt von einem Mangel an Sachkenntnis und/oder Offenheit für neue Wege und Vorschläge und ist in unseren Augen undemokratisch.

In einem ersten Schritt suchten wir am 3. März 2015 Kontakt mit den Abgeordneten der CDU des Gesundheitsausschusses des Saarländischen Landtags. In einem ausführlichen Gespräch konnten der Vorstand der PKS sowie sachverständige Kammermitglieder, die in der Krankenhausversorgung tätig sind, den Abgeordneten erläutern, wie unsere Berufsgruppen in die Krankenhausversorgung eingebunden sind und welches unsere Tätigkeiten in Kooperation mit den ärztlichen KollegInnen und den anderen Berufsgruppen im Arbeitsalltag sind.

Die Vertreter der Kammer standen den Fragen der Abgeordneten Rede und Antwort und konnten u. a. noch einmal die Vereinbarkeit des ursprünglichen Gesetzesentwurfs mit Sozial- und Berufsrecht untermauern. Auch alternative Formulierungen für die speziellen Passagen des Krankenhausgesetzes, welche die PKS den Abgeordneten vorlegte, wurden erörtert. Der Ausschussvorsitzende sicherte zu, der Kammer in einer Anhörung vor dem gesamten Gesundheitsausschuss die Gelegenheit zur Darstellung der Sachlage zu geben. Zur breiteren Expertise haben wir den Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses gebeten, weitere Verbände wie etwa psychotherapeutische Berufsverbände, Patientenvertretungen etc. ebenfalls zur Anhörung zu laden. Die Anhörung war bei Redaktionsschluss auf 27.05.2015 terminiert. Die PKS hofft, zumindest Alternativformulierungen, die unsere Berufsgruppen im Gesetz besser verankern, in den dann dem Landtag zur ersten Lesung vorzulegenden Gesetzentwurf einbringen zu können.

Sparpläne Hochschulplanung – Gespräch mit der Ministerpräsidentin des Saarlandes

Im Dezember 2014 hatte die Kammer ein Hilferuf der Universität des Saarlandes erreicht: Die Sparmaßnahmen der Landesregierung im Hochschulbereich seien auf die philosophische Fakultät II ausgeweitet worden und bedrohten dort nun die Existenz der Fachrichtung Psychologie.

Aktivitäten der Kammer

Der Vorstand der PKS hat sich im Schulterschluss mit der Ärztekammer des Saarlandes und der Universität des Saarlandes mit Schreiben an die Landesregierung, respektive das Gesundheitsministerium sowie das Wissenschaftsministerium gewandt und gegen diese Sparpläne Einspruch erhoben. Im Vordergrund der Begründung der Psychotherapeutenkammer und der Ärztekammer standen die zu befürchtenden Folgen für die zukünftige psychotherapeutische Versorgung im Saarland. Ein Verlust von Ausbildungskapazitäten in der Fachrichtung Psychologie in diesem Umfang wäre irreversibel und bedrohte den Standort Saarland im Hinblick auf Wissenschaft und Forschung, Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten sowie die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung.

Vorgespräch in der PKS

Unserer Bitte um einen Gesprächstermin in der Staatskanzlei ist Frau Ministerin Kramp-Karrenbauer nachgekommen. Dazu führte der Präsident in den Räumen der Geschäftsstelle der PKS am 2. März ein Vorgespräch mit der von der Ministerpräsidentin für Wissenschaft beauftragen Referatsleiterin. Bereits in diesem Vorgespräch konnten wichtige Inhalte der aktuellen Ausbildung zu PP und KJP, die Probleme der Zugangsvoraussetzungen und der Finanzierung der Ausbildung sowie der Reformbedarf und der Stand der Reformbemühungen ausgetauscht werden. Am 12. März nahm der Präsident gemeinsam mit Ärztekammerpräsident Dr. Mischo den vereinbarten Gesprächstermin bei der Ministerpräsidentin wahr. Die Teilnahme beider Kammern ist vor dem Hintergrund der gemeinsamen Sorge und Verantwortung um die zukünftige psychotherapeutische Versorgung zu sehen, die von Angehörigen beider Kammern getragen wird. Die Sparpläne betreffend stand dabei die Sicherung der Ausbildung der PP und KJP im Vordergrund.

Universität des Saarlandes, Campus Saarbrücken

Gespräch in der Staatskanzlei

Im Gespräch mit der Ministerpräsidentin konnten noch einmal die strukturellen Probleme der Ausbildung und die Notwendigkeit der Reform zur Gewährleistung einer angemessenen Aus- und Weiterbildungssituation zur Sicherung der zukunftsfähigen psychotherapeutischen Versorgung dargelegt werden. Die PKS bekräftigte insbesondere im Hinblick auf die Zulassung zur Ausbildung die Notwendigkeit, auch seitens der Wissenschaftsministerien qualitätssichernde Strukturen (Zugang auf Masterniveau für PP und KJP) zu unterstützen. Dabei wurde betont, dass man bei der Hochschulplanung den sozialwissenschaftlichen Zugangsweg zur Ausbildung der KJP aus demselben Versorgungsgrund wie die Psychologie stärken müsse.

Ergebnisse und Ausblick

Ein erstes positives Ergebnis der gemeinsamen Bemühungen lag bereits vor dem Gespräch vor: Im Landeshochschulentwicklungsplan (LHEP), der bereits am 10.03.2015 vom Ministerrat beschlossen worden war, ist festgehalten, dass „… in der Einführung des Direktstudiums Psychotherapie ein Beitrag zur verbesserten psychotherapeutischen Versorgung im Saarland gesehen“ wird. Außerdem sind „die Hochschulen gebeten, ein sozialwissenschaftliches Masterprogramm zu entwickeln. Es sollte vornehmlich dem Bedarf an Masterprogrammen im Bereich Soziale Arbeit, Pädagogik der Kindheit sowie Gesundheit und Pflege Rechnung tragen“. Frau Kramp-Karrenbauer zeigte sich an einer guten, qualitätsorientierten psychotherapeutischen Versorgung sehr interessiert und sicherte die enge Zusammenarbeit ihres Ministeriums mit der Gesundheitsseite sowie den Einbezug der PKS und der ÄKS im Hinblick auf die Formulierung der dazu erforderlichen Ziel- und Leistungsvereinbarungen im Landeshochschulentwicklungsplan zu. Auch im Hinblick auf den Fortgang der Ausbildungsreform und die Aktivitäten der Länderministerien für Wissenschaft und Hochschulen wurde ein enger Austausch mit der Psychotherapeutenkammer vereinbart.

Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen – Vertreterversammlung verabschiedet zwei Resolutionen

In der Vertreterversammlung (VV) der PKS am 09.02.2015 wurden nach lebhafter Diskussion mit großer Mehrheit die Resolutionen „Dolmetscher für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in der psychotherapeutischen Behandlung ermöglichen" und „Vertreterversammlung fordert angemessene psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen" verabschiedet.

Mit der ersten Resolution unterstützt die PKS die Forderung von Staatsministerin Aydan Özuguz, Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration. Aus dem von ihr im Oktober 2014 der Bundesregierung vorgelegten 10. Ausländerbericht geht hervor, dass 20% der Patient/innen mit Migrationshintergrund auf Grund von Sprachbarrieren schlechter psychotherapeutisch versorgt sind und deshalb nach ihrer Auffassung dringend entweder muttersprachliche Therapeuten/innen oder von der Krankenkasse finanzierte Dolmetscher/innen für die Behandlung benötigen.

In der VV wurden die Möglichkeiten einer dolmetschergestützten Psychotherapie kritisch beleuchtet und diskutiert. Auch wurde die Notwendigkeit von Fortbildungsangeboten zur kultursensiblen Psychotherapie, die auch Inhalt im Psychotherapie-Ausbildungscurriculum sein sollte, betont.

„Resolution der VV: Dolmetscher für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in der psychotherapeutischen Behandlung ermöglichen

Laut dem aktuellen 10. *Ausländerbericht der Bundesregierung sprechen rund 20% der MigrantInnen nicht ausreichend Deutsch, um in einer psychotherapeutischen Behandlung ihre Beschwerden adäquat mitteilen zu können und von therapeutischen Interventionen zu profitieren. Sie sind angewiesen auf muttersprachliche TherapeutInnen oder auf DolmetscherInnen.*

Die Finanzierung von DolmetscherInnen ist aber weder im SGB V noch durch die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehen. Auch fehlen in der Aus- und Weiterbildung von PsychotherapeutInnen die Vermittlung von interkulturellen Kenntnissen und kultursensiblen Inhalten.

Das im Februar 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz erfordert eine umfassende Aufklärung über Risiken, Ziele und Alternativen einer psychotherapeutischen Behandlung. Darüber hinaus ist besonders in einer psychotherapeutischen Behandlung eine gute Verständigung für den Therapieerfolg entscheidend. Sprachbarrieren führen dazu, dass Menschen mit Migrationshintergrund schlechter psychotherapeutisch versorgt sind und damit benachteiligt werden.

Die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes fordert daher, dass die gesetzliche Krankenversicherung für ihre Versicherten mit Migrationshintergrund die Finanzierung von DolmetscherInnen bei nicht ausreichenden Deutschkenntnissen übernimmt, soweit kein/e muttersprachliche/r TherapeutIn zur Verfügung steht.

Die Vertreterversammlung schließt sich damit den Forderungen der Migrationsbeauftragten der Bundesregierung, Frau Staatsministerin Aydan Özuguz, in ihrem Ausländerbericht an (10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migrat*ion, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland – Oktober 2014).*

Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwieweit in Kommunen, in denen besonders viele Menschen mit Migrationshintergrund leben, auch Sonderzulassungen für muttersprachliche PsychotherapeutInnen möglich sind."

Mit dieser Resolution unterstützt die VV auch die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 04.11.2014 zu dem oben genannten Ausländerbericht.

Anlass für die Resolution zur angemessenen psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen ist eine Neuregelung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG), die am 01.03.2015 in Kraft getreten ist. Diese wurde notwendig durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts am 18.07.2012, das die Höhe der Geldleistungen im AsylbLG für unvereinbar mit dem Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums erklärte und eine Neuregelung einforderte (aus einer Pressemitteilung Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Nr.41, 27.8.14). Die Neuregelung wird von verschiedenen Flüchtlingsverbänden, wie z. B. von PRO ASYL e. V., in einer Presserklärung vom 28.11.14 heftig kritisiert, unter anderem deshalb, weil Asylsuchende und geduldete Flüchtlinge weiterhin von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen bleiben.

„Resolution der VV: Vertreterversammlung fordert angemessene psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen

Die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes fordert in ihrer Sitzung am 09.02.2015 eine angemessene psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen.

Die psychotherapeutische Versorgung ist selbst für schwer psychisch erkrankte Flüchtlinge in Deutschland nicht sichergestellt. Gesetzlich ist zwar im Asylbewerberleistungsgesetz festgelegt, dass Flüchtlinge einen Anspruch auf die Behandlung akuter Krankheiten oder Schmerzen haben; aber über einen Anspruch auf Psychotherapie wird als Einzelfall durch die zuständigen AmtsärztInnen oder auch SachbearbeiterInnen von den Landesbehörden entschieden.

Die kommunalen Unterschiede in den Vorgehensweisen bei einer Bewilligung

einer Psychotherapie für AsylbewerberInnen sind dabei beträchtlich und nicht vertretbar. Sie führen dazu, dass dringende psychotherapeutische Behandlungen nicht durchgeführt werden. Anträge werden häufig ohne Begründung und fachliche Sachkenntnis negativ beschieden. Auch wird entgegen wissenschaftlicher Leitlinien z. B. bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) auf Psychopharmaka verwiesen.

Zusätzliche Erschwernisse liegen in langwierigen Bewilligungsverfahren, die dazu führen, dass psychische Erkrankungen chronifizieren und einen stationären Aufenthalt erforderlich machen. Über die Hälfte aller Flüchtlinge ist schwer traumatisiert. Sie haben Krieg, Vertreibung und Folter erlebt und Angehörige verloren. Auch die Fluchtwege werden immer riskanter und gefährlicher.

Flüchtlinge sind häufig dringend auf psychotherapeutische Hilfe angewiesen.

Die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes fordert die Bundesregierung auf, sicherzustellen, dass Flüchtlinge im Saarland und bundesweit die notwendigen Behandlungen für psychische Krankheiten analog den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten können. Damit verbunden ist auch das Recht auf freie Behandlerwahl. Bei AsylbewerberInnen und Flüchtlingen mit PTBS sollte möglichst schnell eine Verteilung aus den zentralen Aufnahmestellen in Wohnungen in den Kommunen erfolgen.

Das Asylbewerbergesetz muss dahingehend verändert werden, dass die Einschränkungen in den Gesundheitsleistungen bezüglich psychischer Erkrankungen aufgehoben werden. Es sollte bundesweit analog der Psychotherapierichtlinien über die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung innerhalb adäquater Fristen entschieden werden.

Mit diesen Resolutionen tritt die PKS auch für die Notwendigkeit von angemessener psychotherapeutischer Versorgung aller psychisch kranken Menschen ein. Im Hinblick auf die im Versorgungsstärkungsgesetz geplante psychotherapeutische Sprechstunde wird diskutiert, ob KJP/PP als Lotsen fungieren sollen, um eine zeitnahe Zuweisung zur jeweils erforderlichen Behandlung oder Beratung zu ermöglichen. Dies ist nur bei angemessener sprachlicher Verständigung und ausreichender Finanzierung von Psychotherapien bei Flüchtlingen und MigrantInnen möglich."

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maike Paritong, Michael Schwindling

Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de

SL

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Berufsordnung (BO) gibt uns, den Mitgliedern der PKSH, vor, mit welchen Pflichten unser Beruf auszuüben ist. Anhand von Beschwerden werden Schwächen in der Deutung und damit im Sinn der BO deutlich, die nachgebessert werden müssen. Auf der letzten Sitzung hat die Kammerversammlung eine Klarstellung beschlossen, die den weiteren Begriff der Abstinenz betrifft (siehe unten).

Die seit Jahrzehnten bekannte unzureichende ambulante psychotherapeutische Versorgung aufgrund der historisch fehlerhaften Bedarfsplanung dokumentiert auch die zunehmende Inanspruchnahme der Kostenerstattung. Dass und wie die Krankenkassen dort jetzt gegensteuern, trifft die psychisch kranken Versicherten hart. Dazu hat der Vorstand eine aktuelle Umfrage bei den privat niedergelassenen KollegInnen durchgeführt, deren Ergebnisse Sie unten lesen können.

In diesen Tagen findet die Wahl zur 4. Kammerversammlung statt. Bitte nehmen Sie Ihr Wahlrecht wahr und gestalten damit die Kammerarbeit selbst mit.

Einen schönen Sommer wünscht

Juliane Dürkop
Präsidentin

Keine Probleme mehr in der ambulanten Versorgung? – Zweite Umfrage der PKSH zur Kostenerstattung

Die Gesetzlichen Krankenkassen scheinen beunruhigt. Selbst das Reförmchen des GB-A zur Veränderung der Verhältniszahlen für ländliche Zulassungsbezirke und die daraus resultierenden etwa 40 neuen Kassensitze für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Schleswig-Holstein scheinen die Nachfrage nach ambulanter Psychotherapie nicht zu decken. Die Finanzierung von Behandlungen durch Kostenerstattung nach § 13 SGB V nimmt weiter zu.

In den Gesprächen, die Kammervorstandsvertreter in regelmäßigen Abständen mit leitenden Mitarbeitern der großen Krankenkassen führen, wird die Sorge geäußert, dass Kostenerstattung missbraucht werden könnte. Auf unsere Frage, wie denn bitteschön konkret, bleiben die Antworten jedoch im Vagen. So wird gemutmaßt: Könnte es sein, dass ambulante PsychotherapeutInnen sich um Kosten und Bürokratie eines offiziellen Vertragssitzes drückten und lieber den einfacheren Weg über Kostenerstattung gingen? Der Vorstand verweist hier immer auf den gesetzlichen Anspruch der Versicherten, der durch den neuen § 13 Abs. 3a SGB V durch das Patientenrechtegesetz noch einmal bestärkt wurde, auf die langen Wartezeiten, auf die willkürliche Bedarfsplanung usw. Die Erstattungspsychotherapie mit ihren vielen Unwägbarkeiten ist mit Sicherheit kein einfaches Geschäftsmodell, sondern Ausdruck eines profunden Planungsmangels. Ambulante Psychotherapie wird nachgefragt, weil sie nachweislich erfolgreich ist, weil PatientInnen und ihre HausärztInnen informierter und dafür aufgeschlossener sind und weil insbesondere die Belastungen im Arbeitsleben weiter zunehmen. Letzteres wird jedes Jahr durch die Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen und Rentenversicherung auf bemerkenswerte Weise erneut unterstrichen.

Hinweise auf Verschärfung?

Seit Ende letzten Jahres und, stark zunehmend, seit Jahresbeginn verzeichnet die PKSH-Geschäftsstelle Klagen von PrivatbehandlerInnen über neue Verschärfungen oder gar Schikanen bei der Bearbeitung von Anträgen von Versicherten auf Kostenerstattung. Dem wollten wir mit dieser zweiten Umfrage innerhalb von zwei Jahren nachgehen. Wie schon 2013 wurden in diesem März all jene Mitglieder angeschrieben, die sich im Verzeichnis mit Niederlassung, aber nicht kassenzugelassen registriert haben. Das sind 186 und damit 22 KollegInnen mehr als vor zwei Jahren. Die Rücklaufquote ist dieses Mal mit 34,4% leicht geringer (37,8% in 2013). Die Ergebnisse von 2013 wurden auf den Länderseiten der PKSH im Psychotherapeutenjournal 3/2013 veröffentlicht.

Umfrageergebnisse

Behandlungskapazität: Die Anzahl der PatientInnen, die die Befragten aktuell behandeln, streut deutlich. 62 KollegInnen machen konkrete Angaben. Demnach haben sie durchschnittlich 14,1 PatientInnen, die über Kostenerstattung abgerechnet werden. Ein knappes Viertel behandelt auf diese Weise über 20 Personen. Ein Drittel versorgt aber nur zwischen einem und neun Versicherten. Eine Kollegin gibt

an, 35 PatientInnen auf diese Weise abzurechnen.

Dauer der Antragsbearbeitung: Hier wird oft darauf verwiesen, dass sich die Bearbeitungszeit neuerdings bei den meisten Kassen verschlechterte, daher sind die Angaben noch nicht als klarer Trend zur Verschlechterung zu werten. Die Zahlen streuen weit abhängig von Behandlerkapazität, Wohnort oder Region. Der Mittelwert liegt nahe jenem von 2013 (6,3 Wochen).

Anteil der Bewilligungen im ersten Durchgang der Beantragung: Auch hier kann noch nicht von einer Verschlechterung gesprochen werden. 2013 wurden 72,1% der Anträge auf Anhieb positiv beschieden, Anfang 2015 sind es sogar 77,5%. Aber auch hier wird in den Anmerkungen der Befragten immer wieder auf einen negativen Qualitätssprung gegen Ende 2014/ Anfang 2015 verwiesen.

(Un-)Zufriedenheit mit der Bürokratie: Die Auswertung der Bewertungen ist nicht ganz einfach, weil nach guten und schlechten Erfahrungen gefragt wurde und die Antworten häufig umfassender und detailliert sind. Die Antworten werden mittels Textanalyse quantifiziert und die jeweils positiven und negativen Nennungen ins Verhältnis gesetzt. Die Ergebnisse sind daher vorsichtig zu bewerten. Hier sind nur die Kassen mit mehr als zwölf Bewertungen aufgeführt.

Ein klares Ergebnis kann jedoch verzeichnet werden: Die DAK bleibt negativer Spitzenreiter, wenn auch mit leichter Tendenz zur Besserung (insgesamt 39 Bewertungen). Waren 2013 90% aller Bewertungen hinsichtlich der Bearbeitungserfahrungen negativ, sind es 2015 „nur" noch 77%.

Die AOK-Nordwest schneidet weiterhin positiv ab. Von 38 Nennungen sind nur 18% negativ. Auf den mittleren Plätzen liegen die BKKen (61 Nennungen, 27,7% negativ), die Techniker Krankenkasse (58 Nennungen, 36% negativ), die Barmer GEK (38 Nennungen, 40% negativ) und die IKK-Nord (12 Nennungen, 42% negativ).

Bei aller Vorsicht kann man einen leichten Trend zu negativeren Erfahrungen verzeichnen.

Regionale Verteilung: Auch dieses Mal wollten wir gern wissen, wo unsere „ErstattungsbehandlerInnen" tätig sind. 58 Antworten konnten Planungsbereichen zugeordnet werden:

Planungsbereich	Antworten
Dithmarschen	0
Flensburg, Kreis SL-FL	7
Herzogtum Lauenburg	1
Kiel	19
Lübeck	9
Neumünst., Kreis RD-ECK	4
Nordfriesland	1
Ostholstein	2
Pinneberg	2
Plön	1
Segeberg	4
Steinburg	2
Stormarn	6
Gesamt	**58**

Die Veränderungen zu 2013 sind in den meisten Kreisen gering. In Kiel haben jedoch zehn KollegInnen mehr geantwortet und in Lübeck vier. Viele der KostenerstattungstherapeutInnen von 2013 aus Nordfriesland haben möglicherweise inzwischen einen Kassensitz erworben (minus 4). Auffallend ist, dass die großstädtischen Planungsbereiche, die offiziell als sehr gut versorgt gelten, auch immer noch vielen Privatpraxen mittels Kostenerstattung Raum bieten.

Aktuelle Veränderungen bei der Bewilligungspraxis

Zur Frage nach neuen Erfahrungen mit den Krankenkassen im Umgang mit Kostenerstattung können wegen der teils umfangreichen Antworten an dieser Stelle nur auffällige Tendenzen wiedergegeben werden.

17 KollegInnen betonen, dass sie zum Umfragezeitpunkt (März 2015) keine klaren Aussagen machen könnten, da sie entweder noch keine neuen Anträge gestellt hätten oder noch nicht genügend Eindrücke hätten.

12 Befragte verweisen darauf, dass einige Kassen (z. B. die Techniker Krankenkasse) seit Jahresbeginn Dringlichkeitsbescheinigungen von Fachärzten (Psychiatern, Nervenärzten usw.) forderten. Bescheinigungen von Hausärzten, bislang i. d. R. toleriert, würden nicht mehr akzeptiert. PatientInnen, die direkt über PsychiaterInnen kämen, hätten es leichter, da sie nicht erst Wochen auf einen Facharzttermin warten müssten. Es wird daher zu Recht moniert, dass die Einforderung einer Dringlichkeitsbescheinigung von Fachärzten paradox sei, weil die Wartezeit auf diese Weise noch weiter gedehnt würde.

Sechs PsychotherapeutInnen berichten, dass ihre PatientInnen Listen mit zehn und mehr KassenpsychotherapeutInnen mit angeblich freien Plätzen erhielten, die sie zuvor kontaktieren sollten.

Weitere Klagen gelten einer verzögerten Rechnungsbegleichung, dem pauschalen Verweis auf psychiatrische Institutsambulanzen, dem respektlosen Umgang von Krankenkassenmitarbeitern gegenüber Versicherten. Es gibt aber auch Erfahrungen mit überlasteten und betroffenen Sachbearbeitern, die den PsychotherapeutInnen am Telefon ihr Leid mit den bedürftigen Versicherten klagten.

Drei Befragte beklagen, dass sie sich von Kassenmitarbeitern als Psychotherapeuten zweiter Klasse behandelt fühlten. Eine AOK-Mitarbeiterin hätte gegenüber einer Versicherten sogar behauptet, dass Kostenerstattung strafbar sei.

Bei der Hinzuziehung des MDK wird die Qualifikation der ärztlichen Prüfer hinsichtlich der Psychotherapie bezweifelt.

Ein spezielles Problem in der Kostenerstattung ist, dass häufig Erstgespräche

und Anamneseerhebung, die vor der Kontaktaufnahme mit der zuständigen Krankenkasse erfolgten, nicht vergütet würden. Eine Befreiung von der Berichtspflicht bei Kurzzeitbehandlung gäbe es für Kostenerstattler nicht.

Aufklärungsarbeit weiter notwendig

Auch wenn die Zahlen dieser Umfrage noch keine gravierende Verschlechterung belegen, kann festgestellt werden, dass die PrivatbehandlerInnen überwiegend alarmiert sind. Dass dies nicht nur Gerüchteküche ist, sondern dass die Kassen ihre Umgangspraxis mit der Kostenerstattung tatsächlich verändern wollen, erfahren wir auch in Gesprächen mit führenden Krankenkassenvertretern. So wird auf die Neuzulassung von Vertragssitzen verwiesen, auf die Produktivitätssteigerungen durch Verkauf von hälftigen Kassensitzen und die noch zu hebenden Ressourcen, wenn die VertragspsychotherapeutInnen ihre Budgets besser ausschöpften. Teilweise wird tief und undifferenziert in die Mottenkiste der Vorurteile gegriffen. Andere Kassenmanager gestehen unter vier Augen durchaus ein, dass sie große Defizite bei der Versorgung psychisch Kranker sehen. Mehrere Wartezeitenstudien, die Gesundheitsberichterstattung der Kassen, selbst Effizienzstudien der kasseneigenen Forschungsinstitute belegen die Notwendigkeit für empirisch abgesicherte Bedarfszahlen.

Am Rande einer Gremiensitzung begründete ein Kassenmanager seinen Eindruck einer hinreichenden Versorgung psychisch Kranker damit, dass ihm seine Abteilungsleiter Vorort keine Probleme nennen würden. Diese Art sich selbst zu beruhigen ist uns PsychotherapeutInnen vertraut.

Auch die VertragspsychotherapeutInnen können helfen, wenn sie Anrufe von Krankenkassenmitarbeitern zur Aufklärung nutzen. Ein Hinweis auf die lange Warteliste und die realistischen Wartezeiten könnten in diesem Sinne nützlicher sein, als das gutmütige Nachgeben bei der Bitte um einen Therapieplatz für einen besonders bedürftigen Versicherten. Eine Kassenmitarbeiterin erklärte dem Autor dieses Artikels bei einem entsprechenden Telefonat triumphierend, sie wisse genau, wen sie anrufen müsse, um schnell einen Behandlungsplatz zu bekommen. Als Kammervertreter versuchen wir den Kassenfunktionären deutlich zu machen, dass man mit „Headhunting" kein strukturelles Angebotsproblem löst. Es ist sicherlich begrüßenswert, wenn KassenmitarbeiterInnen ihre Versicherten tatkräftig unterstützen, aber wenn sie sich gegenseitig die wenigen freien Behandlungsplätze abjagen, ist am Ende keinem genützt – den Krankenkassen nicht und schon gar nicht ihren Versicherten. Praktizierte Kostenerstattung weist auf Mangelversorgung hin. Sie wird daher vermutlich noch länger ein notwendiger Mosaikstein bei der Lösung der Patientenversorgung bleiben und kann nicht administrativ entsorgt werden.

Dr. Klaus Thomsen
Vorstandsmitglied

Änderung der Berufsordnung

Auf ihrer Sitzung am 20.03.2015 hat die Kammerversammlung mit großer Mehrheit eine Änderung der Berufsordnung beschlossen. Unter den Sorgfaltspflichten wurde ein weiterer Absatz eingefügt, in dem geregelt wird, dass die Übernahme der Behandlung eines Menschen, der mit eigenen PatientInnen in einer engen familiären, anderweitig privaten oder beruflichen Beziehung steht, mit besonderer Sorgfalt zu prüfen ist. Eine solche berufsrechtliche Vorgabe drängte sich nach dem Eingang verschiedener Beschwerden auf. Ähnlich lautende Regelungen stehen sowohl in der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer, wie auch in den Berufsordnungen der meisten Landespsychotherapeutenkammern. Die Berufsordnung können Sie nachlesen unter www.pksh.de/index.php/rechtliches und dann unter „Satzungen/Ordnungen der PKSH". Bei Fragen, Anregungen oder Einwänden wenden Sie sich gerne an den Vorstand.

Wir freuen uns darüber hinaus, dass unsere Beiträge gelegentlich auch über die Grenzen Schleswig-Holsteins hinaus gelesen werden. Zu unserem Beitrag „Beschwerden in 2014" im PTJ 1/2015 (S. 105) erreichte uns nachfolgender Leserbrief, den wir gerne abdrucken, nebst einer Anmerkung des Justitiars der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, Herrn Andreas Kühnelt.

Bernhard Schäfer
Vizepräsident

Leserbrief

Im Bericht über „Beschwerden in 2014" berichten Mitglieder der Kammervorstands über eine vom Therapeuten verschickte Postkarte deren Inhalt den Adressaten als Psychotherapiepatient identifizierte und schreiben dazu: „Landläufig würde man wohl davon ausgehen, dass hier ein Verstoß gegen die Schweigepflicht vorliegt. Dem ist aber nicht so. Um einen Verstoß gegen die Schweigepflicht hätte es sich nur dann gehandelt, wenn nachgewiesen werden könnte, dass eine unbefugte Person tatsächlich Kenntnis von dem Inhalt der Postkarte erlangt hätte, diese also tatsächlich gelesen hätte. Hierfür gab es aber keine Hinweise, sodass hier lediglich ein nicht hinreichend sorgsamer Umgang mit schützenswerten Daten festgestellt werden konnte."

Diese Auffassung ist aus meiner Sicht zumindest fragwürdig: Der Strafrechtskommentar Schönke/Schröder (28.

Aufl. 2010: 1837, RN 20, Bearbeiter Lenkner/Eisele) führt dazu aus: „Da die Sonderpflicht des § 203 nicht lediglich auf Verschwiegenheit, sondern (…) auf die Wahrung des Geheimnisses gerichtet ist, ist ein Offenbaren auch durch **Unterlassen** möglich, so z. B. wenn der Arzt die Einsichtnahme in seine Krankenblätter oder gar deren Mitnahme nicht verhindert (…). Das bloße Herumliegenlassen mit der Möglichkeit der Kenntnisnahme durch Dritte genügt dafür aber für sich genommen noch nicht (…), vielmehr sind hier entsprechend dem positiven Tun die Voraussetzungen des § 13 nur erfüllt, wenn der Dritte von dem Inhalt des Geheimnisses entweder tatsächlich Kenntnis genommen oder das fragliche Dokument usw. in seinen Gewahrsam gebracht hat und dies von dem Schweigepflichtigen zumindest bedingt vorsätzlich in Kauf genommen wurde (…).

Andere Kommentatoren sehen den Tatbestand der Verletzung der Schweigepflicht schon durch das Herumliegen von Krankenblättern mit der Möglichkeit zur Kenntnisnahme als erfüllt an. In dem geschilderten Fall scheint mir kaum ein Zweifel daran zu bestehen, dass sich die fragliche Postkarte (vorübergehend) im Gewahrsam unbefugter Personen befand und dies von dem Schweigepflichtigen zumindest bedingt vorsätzlich in Kauf genommen wurde.

Daneben kann man sich fragen, ob nicht noch weitere Berufspflichten verletzt wurden, so etwa die in der Berufsordnung der PTK Schleswig-Holstein dargelegten Grundsätze zu Behandlungsmaßstäben und Sorgfaltspflichten (§ 10).

Dr. Jürgen Thorwart
Johann-Sebastian-Bach-Weg 9
82223 Eichenau
www.schweigepflicht-online.de

Anmerkung zum Leserbrief von Dr. J. Thorwart

Die von Herrn Dr. Thorwart vertretene Auffassung erscheint im ersten Blick bestechend zu sein. Sowohl die berufsrechtlichen Regeln der Berufsordnung als auch § 203 StGB verlangen jedoch für die Vollendung der Tat den Erfolgseintritt. Dazu müssen die dem Geheimnis unterliegenden Informationen tatsächlich von einem Dritten wahrgenommen worden sein. Hieran fehlt es, wenn die Postkarte von niemandem gelesen wurde.

Die Tat kann auch dadurch geschehen, dass der Therapeut es unterlässt, die Informationen vor der Wahrnehmung Dritter zu schützen. Erforderlich ist aber stets, dass ein Dritter die dem Geheimnis unterliegenden Informationen tatsächlich zur Kenntnis genommen hat. Würde man allein die Möglichkeit der Kenntnisnahme bereits ausreichen lassen, würde aus dem Erfolgsdelikt ein Gefährdungsdelikt werden. Dies ist jedoch nach der hiesigen Berufsordnung nicht vorgesehen. Im konkreten Fall konnte nicht unterstellt werden, dass Personen, die am Transport der Postkarte beteiligt waren, den Inhalt der Postkarte auch tatsächlich gelesen hatten.

RA Andreas Kühnelt
Justitiar der PKSH

Gedenken

Wir gedenken des
verstorbenen Kollegen:

Thomas Sievers, Kiel
geb. 25.01.1956, verst. 25.02.2015

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

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.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Dr. Ulrich Müller (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

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 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.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein- Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig- Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

14. Jahrgang, Ausgabe 2/2015

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

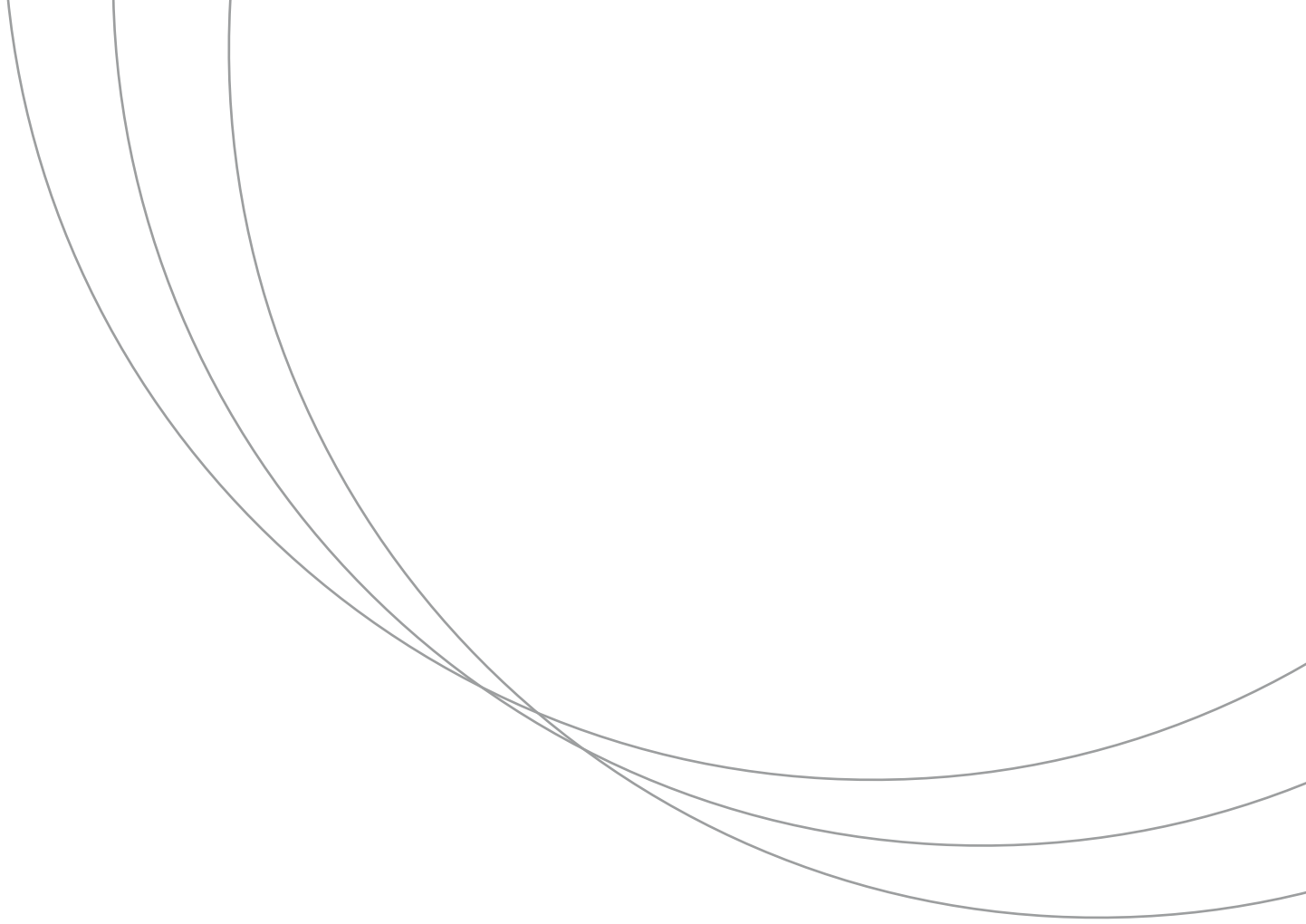
Redaktionsschluss für Ausgabe 3/2015 ist der 22. Juni 2015 und für Ausgabe 4/2015 der 21. September 2015. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf- Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen 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).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen/-kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

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. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal. de.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

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 insesondere für Vervielfältigungen, Übesetzungen, 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.



www.psychotherapeutenjournal.de