

ISSN 1611-0773
D 60843
13. Jahrgang

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

3/2014

16. September 2014 (S. 249-354)

- Interview mit Michael Wunder, Mitglied im Deutschen Ethikrat
- Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund
- Cognitive Processing Therapy zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen
- Muster-Berufsordnung (Stand: 17. Mai 2014)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Berufsstand – quo vadis? Wird es der Profession gelingen, die Diskussionsprozesse in den Kammern wie auch in den Berufs- und Fachverbänden so zu bündeln, dass die für den 25. Deutschen Psychotherapeutentag im November angestrebte Richtungsentscheidung zur Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) getroffen werden kann? Die Zeit drängt, schon längst geht es nicht mehr nur um eine Reform der Ausbildung und ihrer Zugangsvoraussetzungen, sondern um die Weiterentwicklung des Psychotherapeutenberufes angesichts sich wandelnder Anforderungen der Gesundheitsversorgung. Die Ausarbeitungen zu Berufsbild und dazu gehörigem Kompetenzprofil orientieren sich an unseren hohen Qualitätsstandards in der Psychotherapie, die es für die Zukunft zu sichern gilt. Auch strukturell und finanziell ist zu gewährleisten, dass weiterhin eine ausreichende Zahl von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Versorgung in den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern ausgebildet und tätig werden kann. Die inhaltliche und politische Diskussion der Kompetenzorientierung, zu der im letzten Heft aufgerufen wurde, wird uns weiter beschäftigen.

Berufsrecht und Berufsethik sind nun zentrale Themen der vorliegenden PTJ-Ausgabe.

Etwa in der Mitte dieses Heftes (im Anschluss an die Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer) finden Sie die Muster-Berufsordnung in der Fassung vom 17. Mai 2014. Der Deutsche Psychotherapeutentag hatte sich nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes mit der Ausgestaltung des Einsichtnahmerechts der Patienten in die Behandlungsdokumentation befasst. Mit großer Mehrheit wurde beschlossen, dass in Ausnahmefällen die Einsichtnahme partiell auch verweigert werden kann, wenn die Einsichtnahme in einzelne Aufzeichnungen der Patientenakte zu einer Verletzung der Persönlichkeitsrechte des Psychotherapeuten führt. Somit ist berufsrechtlich ein Schutz gegeben, der auch bewirkt, dass im Konfliktfall eine Prüfung der Dokumentation in der zuständigen Kammer vorgenommen wird. Die Implikationen

des Patientenrechtegesetzes müssen nun – sofern noch nicht geschehen – in den Ordnungen der Landeskammern diskutiert und umgesetzt werden.

In einem über den unmittelbaren Tellerand unserer täglichen Arbeit hinausblickenden Interview befragt Ulrich Wirth für das PTJ Dr. Michael Wunder, Mitglied im Deutschen Ethikrat und Psychologischer Psychotherapeut, zu ethischen Themen. Michael Wunder fordert mehr Interesse unseres Berufsstandes in ethischen Fragen der Gesellschaft, besonders bei medizinischen Konflikten, und stellt Überlegungen dazu an, wie gesellschaftliches Denken in die Psychologie und Psychotherapie zurückgeholt werden kann. Neben den Besonderheiten in der Beziehung zu Patientinnen und Patienten im Unterschied und in Abgrenzung zur Kundenbeziehung, betont er das Moment der Freiheit in der Psychotherapie und warnt vor falschem Professionalismus.

Ethische Verantwortung und Verpflichtung realisiert sich gerade auch in der Psychotherapie: Wie klappt die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund? Simon Lorenz, Susanne Wild und Johannes Jungbauer führten dazu eine Expertenbefragung durch und kommen in ihrer Auswertung zu einer Reihe von Verbesserungsvorschlägen. Auch wenn Deutschland schon längst Einwanderungsland geworden ist, das Gesundheitssystem ist immer noch nicht ausreichend vorbereitet auf die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund. 2010 war ein BpTK-Standpunkt zum Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten erschienen, auch gedacht als Grundlage für politische Entscheidungsfindungen. Verschiedene Landeskammern haben bereits mit großer Resonanz Fortbildungsveranstaltungen zur Transkulturellen Psychotherapie durchgeführt. Auch hier schließt sich also thematisch der Kreis zur Ausbildung, wurden doch gerade Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten veröffentlicht (www.bptk.de).

Julia König und Rita Rosner stellen in ihrem Artikel die „Cognitive Processing Therapy“ (CPT) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) vor. Es handelt sich um eine in Deutschland wenig bekannte Methode aus dem Spektrum der Kognitiven Verhaltenstherapie, die in Australien entwickelt und dort auch bei unterschiedlichen Patientengruppen im Diagnosespektrum PTBS erfolgreich eingesetzt wurde.

In der Rubrik Aktuelles aus der Forschung erwartet Sie schließlich die interessante Fragestellung: Welche Bedeutung haben „*sudden gains*“ und „*sudden spikes*“, also kurzfristige Verbesserungen oder Verschlechterungen im Verlauf einer Psychotherapie, wie lassen sie sich erklären und nutzbar machen? Nina Sarubin hat die Befunde über unerwartete Symptomveränderungen, unter anderem auch in der Behandlung der PTBS, für Sie zusammengestellt.

Kommentare und Leserbriefe zu erschienenen PTJ-Artikeln finden Sie ebenfalls in dieser Ausgabe.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und laden Sie ein, sich an den inhaltlichen und politischen Diskussionen zu beteiligen!



Mareke de Brito Santos-Dodt
(Baden-Württemberg),
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Editorial	249
----------------------------	-----

Originalia

Ulrich Wirth

„Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten sich in vielen medizinethischen und sozialetischen Fragestellungen stärker engagieren“	252
--	-----

Interview mit Michael Wunder, Mitglied im Deutschen Ethikrat

Simon Lorenz, Sabine Wild & Johannes Jungbauer

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse einer Expertenbefragung.	257
---	-----

In einer explorativen Expertenbefragung wurde die psychotherapeutische Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund untersucht. Themenschwerpunkte des Artikels sind u. a. kultur- und sprachspezifische Besonderheiten und Probleme, therapeutische Erfordernisse sowie Verbesserungsmöglichkeiten.

Julia König & Rita Rosner

Cognitive Processing Therapy zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung	265
---	-----

Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick, Monson & Chard, 2007) ist eine der wirksamsten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen für PTBS, die allerdings in Deutschland noch wenig bekannt ist. In diesem Artikel werden das psychotherapeutische Vorgehen sowie ausgewählte Studien dargestellt. Anschließend wird eine entwicklungsangepasste Adaptation des Vorgehens für Jugendliche nach sexuellen Missbrauchserfahrungen beschrieben.

Aktuelles aus der Forschung

Nina Sarubin

Unerwartete Symptomverbesserungen und -verschlechterungen im Verlauf einer Psychotherapie. Implikationen für die psychotherapeutische Praxis	274
--	-----

Kommentare und Leserbriefe zu erschienenen PTJ-Artikeln	280
--	-----

Buchrezensionen

Alexandra Klich

Lambert, M. J. (Hrsg.) (2013). <i>Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation</i> . (Hrsg. der dtsh. Ausgabe: M. Richard & H. Vogel). Tübingen: dgvt Verlag.	287
--	-----

Christian Kraus

Gensichen, S. (2014). <i>Anpiff. Gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen. Ein Aufklärungsbuch für Jugendliche und Erwachsene</i> . Hamburg: Ellert & Richter Verlag.	288
--	-----

Juliana Matt

Zarbock, G., Ammann, A. & Ringer, S. (2012). <i>Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater</i> . Weinheim: Beltz Verlag.	289
---	-----

Sarah Schneider

Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (2014). <i>Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen</i> . Heidelberg: Springer.	289
---	-----

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer	291
mit: Muster-Berufsordnung (Stand: 17. Mai 2014)	295
Baden-Württemberg	303
Bayern	307
Berlin	313
Bremen	317
Hamburg	321
Hessen	325
Niedersachsen	330
Nordrhein-Westfalen	334
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	340
Rheinland-Pfalz	343
Saarland	347
Schleswig-Holstein	350
Impressum Psychotherapeutenjournal	354
Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages	A1
Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages	A18

Hinweis:

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

„Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten sich in vielen medizinethischen und sozialetischen Fragestellungen stärker engagieren“

Ein Interview mit Michael Wunder, Mitglied im Deutschen Ethikrat

Ulrich Wirth, Mitglied des Redaktionsbeirats (UW): Herr Dr. Wunder, Sie sind Mitglied in einer Vielzahl von Gremien, die sich mit ethischen Fragestellungen befassen, unter anderem im Deutschen Ethikrat oder auch in der Ethikkommission der Hamburger Psychotherapeutenkammer, die Forschungsprojekte in der Psychotherapie prüft. Sie sind auch Psychologischer Psychotherapeut und leiten in Hamburg das Beratungszentrum Alsterdorf und die Psychiatrisch-Psychotherapeutische Ambulanz der Stiftung Alsterdorf, in der Sie Psychotherapie für geistig behinderte Menschen anbieten. Wie sind Sie dazu gekommen, sich sowohl praktisch zu engagieren als auch sich übergreifend mit ethischen Fragestellungen zu beschäftigen? Gibt es eine Verbindung zu Ihrem Werdegang als Psychotherapeut?



Dr. Michael Wunder

Michael Wunder (MW): Ja, es gibt eine Verbindung. Ich habe zu Beginn meines Berufslebens mit hirngeschädigten Kindern und Jugendlichen angefangen zu arbeiten, nicht in Hamburg, sondern im Ruhrgebiet, und habe dann 1979 in der ZEIT ein Feature über die damaligen Alsterdorfer Anstalten gelesen. Dort wurde ein älterer Herr mit angeblich geistiger Behinderung, ein Bewohner der Alsterdorfer Anstalten seit den 1930er-Jahren, porträtiert, der erstaunlicherweise ein Tagebuch über die NS-Zeit geschrieben hatte. Dieses Tagebuch wurde von dem in Sachen NS-Verbrechen ermittelnden Staatsanwalt als im Wesentlichen sachlich richtig und als Auslösefaktor für die damaligen Ermittlungen gegen die Leitung der Alsterdorfer Anstalten im Nationalsozialismus bewertet, während die Psychiaterin der Anstalten in dem gleichen ZEIT-Artikel sagte: Der will sich interessant machen, der konfabuliert in seine Gedächtnislücken und eigentlich ist er ein Querulant. Das fand ich dermaßen bewegend, dass ich mich in Alsterdorf beworben habe. Später habe ich nicht nur dieses Tagebuch veröffentlicht, sondern dieser außergewöhnliche Mann, nämlich Albert Hut, ist auch ein Freund von mir geworden. Das ist der Auslöser für mich gewesen, mich mit der Geschichte, insbesondere der erzählten Geschichte der Behindertenhilfe und der Psychiatrie auch von Menschen, denen die herkömmliche Geschichtswissenschaft keine Quellenqualität zuerkannte, auseinanderzusetzen. Und von der Geschichte führte dann irgendwann auch der Weg zu der Frage: Was machen wir eigentlich heute für eine

Praxis an jenen Plätzen, wo sich das zuge tragen hat? Können wir aus der Geschichte irgendwelche Schlussfolgerungen ziehen?

UW: Mir fällt auf, dass Sie sehr früh eine Verbindung gezogen haben zwischen einem psychotherapeutischen Engagement und einer gesellschaftlichen Implikation.

MW: Das kann man so sehen und ich würde das sogar im Nachhinein unterstreichen, obwohl mir das damals nicht so bewusst war. Ich glaube, dass wir in vieler Hinsicht, so wie wir als Psychotherapeuten den Menschen sehen, eine grundsätzlich respektvolle Haltung gegenüber seiner Individualität und seiner Einzigartigkeit haben, und dass dies ganz viel mit gesellschaftlichen Implikationen und Schlussfolgerungen für gesellschaftliche Fragen zu tun hat.

UW: Würde das auch heißen, dass wir den Begriff der psychotherapeutischen Haltung genauer anschauen sollten? Und wie wir damit als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im gesellschaftlichen Feld stehen?

MW: Ja, wir sollten diese Haltung genauer anschauen. Und ich finde, dass wir damit *mitten* in dieser Gesellschaft sind. Wir verstehen uns ja auch als aktive Menschen in dieser Gesellschaft, gestalten sie mit auf die eine oder andere Art. Was wir nicht tun dürfen, ist soziale und gesellschaftliche oder gar politische Verhältnisse zu psychologisieren oder gar zu therapeutisieren. Umgekehrt aber, glaube ich, ist die Grund-

haltung, die wir den Menschen gegenüber haben, generalisierbar und ein guter Wegweiser, um durch verschiedene Klippen des politischen und sozialen Alltags und auch der medizinethischen Debatte zu kommen. In der Medizinethik haben wir seit Langem die Debatte um die Autonomie des Menschen, den Respekt vor seiner Willensbildung, auch wenn diese unter den Bedingungen von Krankheit schwer erkennbar ist. Es ist für viele Ärzte immer noch sehr, sehr schwierig, einen mutmaßlichen Willen oder einen nicht verbal kommunizierten Willen zu erkennen und diesen, so wie er ist, zu respektieren. Für Psychologen und Psychotherapeuten ist das, denke ich, so etwas wie eine Selbstverständlichkeit. Uns muss man nicht erst lange erklären, dass ein Wille auch dann bestehen kann, wenn keine Verbalisierung vorhanden ist. Und von daher denke ich, dass wir es in vielen Dingen, insbesondere bei einigen heiß diskutierten Fragen der Bioethik, an sich leichter haben. Vor diesem Hintergrund finde ich es aber erstaunlich, wie abstinert sich bisher sehr, sehr viele Psychologen und Psychotherapeuten gegenüber diesen grundsätzlich ethischen Fragen in der bioethischen Debatte und der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung verhalten.

UW: Ich freue mich natürlich, dass unser Berufsstand im Deutschen Ethikrat durch Sie vertreten ist, da sind viele Mediziner, Theologen, Juristen, ehemalige Politiker. Was aber bringt ein Psychotherapeut dort ein? Welche Erfahrungen haben Sie? Sind Sie damit „allein auf weiter Flur“?

MW: Wenn ich die etwas melancholische Dramaturgie des Terminus „allein auf weiter Flur“, wegnehmen darf, dann stimme ich dem zu. Es ist schon so, dass ich seit vielen Jahren der einzige Psychologe und Psychotherapeut dort bin, quasi ein Alleinstellungsmerkmal habe, und oft ganz spezifische, sonst vielleicht wenig präsente Sichtweisen einbringen kann. Die Frage um die Zukunft der Transplantationsmedizin zum Beispiel – insbesondere vor dem Hintergrund der jüngsten Skandale um die Manipulation der Wartelisten und dem damit verbundenen dramatischen Rückgang von Organspenden – diskutieren wir im Deutschen Ethikrat in Zusam-

menhang mit den alten Problemen der Hirntoddefinition, die jetzt wieder auflebt. Der Hirntod sei für viele nicht plausibel als Tod des Menschen, der die Entnahme von Organen rechtfertige. Der Hirntod sei intuitiv nicht nachvollziehbar, weil die Menschen ja noch warm sind und trotzdem zu Leichnamen erklärt werden. Ohne diese seit jeher bestehenden Probleme zu leugnen, sehe ich dagegen den Mangel an gelingender Kommunikation als Hauptthema für eine größere praktische Organspendebereitschaft. Es gibt eine Reihe von Belegen dafür, dass sich ganz viele Angehörige von Organ Spendern kommunikativ schlecht begleitet, schlecht beraten, schlecht aufgeklärt fühlen. Auch wenn man die heutige Organspendeaufklärung der Krankenkassen, zu der diese gesetzlich verpflichtet sind, sieht, zeigen sich viele Kommunikationsfehler, weil Druck aufgebaut, moralisiert und eine kritische Infragestellung nicht diskutiert wird. Wenn wir also eine höhere Organspendebereitschaft haben wollen, dann müssen wir sehr viel mehr für eine gute Kommunikation in diesem Bereich tun. Für mich ist es auch selbstverständlich, dass ein Nein, also wenn sich Menschen nach Information gegen eine Organspende entscheiden, absolut respektabel ist. Eine solche Entscheidung muss ebenso wertgeschätzt werden wie zustimmende Erklärungen. Es mag sein, dass eine solche Sichtweise keine typisch psychologische oder psychotherapeutische ist, es fällt aber auf, dass solche Sichtweisen regelmäßig von mir als Psychologischem Psychotherapeuten eingebracht werden. Die meisten in der Debatte sagen bisher: Wir müssen alles daran setzen, dass es zu einem Ja kommt. Und sie erreichen durch ihre Fixierung darauf, dass ein Nein schon geradezu unsozial sei, genau das Gegenteil. In der Psychotherapie haben wir einen unerschütterlichen Standpunkt von Offenheit und Klarheit gegenüber dem anderen Menschen, der ein Recht hat, anders zu sein oder anders zu entscheiden, und ich habe die Entscheidung weder als moralisch besser noch schlechter zu bewerten.

UW: Das berührt ja nicht nur die unmittelbare Frage, „Wie machen Sie das jetzt?“, sondern auch die Frage nach dem ethi-

schen, philosophischen Rahmen, in den wir unsere Überlegungen stellen, zum Beispiel die Frage, wie eingenommen ist jemand von dem Gedanken, das medizinisch Machbare müsse auch gemacht werden?

MW: Also, ich glaube, dass bei dem gesamten Fragenkomplex, wo die Grenzen einer medizinischen Behandlung und des ganzen Behandlungsapparates liegen, letztendlich psychologische, psychodynamische und auch psychotherapeutische Fragen von ausschlaggebender Bedeutung sind. Die somatische Medizin muss mühsam lernen, den Menschen als mehr als seine Organe zu begreifen. Für die Psychologie ist es tatsächlich einfacher, den Menschen als eine Ganzheit von Körper, Geist und Seele zu betrachten und von daher auch der Medizin nur einen bestimmten Platz zuzuweisen und sie zu kritisieren, wenn sie ihren Platz als prioritär behaupten will. Und ich glaube, das ist ein wichtiger Grundsatz bei all diesen Diskussionen über die Grenzen der Behandlung, aber auch der eigenen Überzeugung oder der Vernunft, dass die Psychologie zu diesen Diskussionen ganz viel beitragen kann. Eine persönliche Entscheidung muss nicht vernünftig sein – oder sagen wir noch besser, sie muss den anderen nicht vernünftig erscheinen und sie kann trotzdem eine gute Entscheidung sein. Der Psychologe oder Psychotherapeut prüft das mit anderen Kriterien als der Jurist und auch als der Mediziner. Für uns ist etwas dann stimmig oder richtig, wenn es für diese Person stimmig oder richtig ist, und nicht, wenn es der medizinischen Indikation entspricht oder den rechtlichen Rahmen ausschöpft. Der Respekt vor der Autonomie des anderen ist quasi eine Grundtugend von Psychotherapeuten – womit ich aber keinesfalls sagen will, dass andere Berufsgruppen diese Tugend nicht auch kennen!

UW: Wir wissen als Psychotherapeuten aber auch, dass das, was für einen Menschen stimmig oder richtig erscheint, vielfältig determiniert sein kann.

MW: Sicher. Die Frage dahinter ist, wie sich eigentlich gesellschaftlich veränderte Normen im Individuum abbilden. Das ist ein komplizierter Prozess, weil oft nicht hinter-

fragt wird, ob es sich tatsächlich um eine persönliche Entscheidung handelt oder um einen persönlich gewählten Weg des geringsten Widerstandes oder der größten Anpassung. Das ist natürlich eine diffizile Frage. Wir sehen ja bestimmte Meinungstrends, z. B. im Bereich der Pränataldiagnostik (PND), in dem es in den vergangenen 15 Jahren schleichend einen Stimmungsumschwung zu einem Denken oder Empfinden gab, ein Recht auf ein gesundes Kind zu haben, ein Recht auf vollständige vorgeburtliche Diagnostik – bis hin zu einem mit der bestehenden Rechtslage gar nicht zu vereinbarenden, aber als selbstverständlich angenommenen Anspruch, eine Schwangerschaft aufgrund einer Behinderung des Kindes abbrechen zu können. Wie frei sind Entscheidungen, die heute unter diesem enormen Trenddruck entstehen? Ich würde sagen, dass das Recht auf Nichtwissen ursprünglich keine juristische, sondern eine philosophische und auch psychologische Wurzel hatte, sich diesem Druck entgegenzusetzen. Aber auch für die, die alles wissen wollen, gibt es mittlerweile an mehreren Orten sehr gute Initiativen – beispielsweise, dass werdende Eltern mit einem pränatalen Down-Syndrom-Befund mit anderen Down-Syndrom-betroffenen Eltern zusammenkommen. Es gibt solche Gruppen bereits. Das ist ein anderer Umgang mit der großen Angstreaktion solcher Eltern als das schnelle medizinische Angebot des Schwangerschaftsabbruchs. Auch hier spielt die Psychologie eine große Rolle. Es geht nicht um die Leugnung der Angst, ein solches Kind zu bekommen, sondern darum, in einem Kreis von gleichbetroffenen Eltern zu lernen, mit dieser Angst umzugehen, und zu sehen, wie man mit diesem Kind gut leben kann. Wir können nicht an einer Gesellschaft interessiert sein, in der jede Abweichung eines ungeborenen Kindes dazu führt, dass dessen Geburt verhindert wird. Wir können natürlich auch nicht daran interessiert sein, dass Schwangere aus moralischen Gründen zur Schwangerschaftsabbruchstragung oder zur Geburt eines Kindes gezwungen werden. Aber wir können Instrumente bereitstellen, die helfen, die Entscheidung, ob abgebrochen wird oder nicht, wirklich informiert und gut zu treffen und vor allem auch menschlich. Das meine ich mit dem bewussten Ein-

bringen des Wissens unseres Berufsstandes in die aktuellen medizinethischen Debatten.

UW: Sie sprachen vom „Respekt vor der Autonomie des anderen“, z. B., wenn sich Angehörige eines hirntoten Menschen gegen eine Organentnahme aussprechen. Umgekehrt sind Menschen von so einer Organentnahme abhängig. Können wir vor dem Hintergrund der besonderen psychotherapeutischen Erfahrungen mit Abhängigkeitsgefühlen in der Arbeit der ethischen Kommissionen oder in der gesellschaftlichen Diskussion darüber Wichtiges beitragen?

MW: Ich gehöre nicht zu den Menschen, die die Autonomie an die alleroberste Stelle setzen und glauben, alles sei veredelt, wenn es nur autonom entschieden ist. Ich sage umgekehrt: Als Psychologe weiß man entwicklungspsychologisch, dass die persönliche Autonomie erarbeitet und erworben wird, dass der Mensch nicht autonom geboren wird, sondern dass die Autonomie ein Sozialisationsergebnis ist und durch vielfältige Dinge auch beschränkt sein kann. Daraus ergibt sich nicht nur der Respekt vor der Autonomie des anderen, sondern auch für das eigene Handeln das Gebot der Ausgewogenheit von Autonomie und Sorge. Psychotherapie ist keine Anbetungsstunde der Autonomie des Klienten, Respekt heißt nicht Huldigung, sondern auch hinschauen, wann genährt, wann begleitet, wann geschützt werden muss oder Ich-Funktionen vom Psychotherapeuten übernommen werden müssen. Die Grenzen der Autonomie sind auch dann gegeben, wenn jemand von psychischer Krankheit beeinträchtigt ist, etwa in einer depressiven Verfassung, oder wenn jemand von starken körperlichen Schmerzen oder anderem Leid psychischer Art beeinträchtigt ist oder in Abhängigkeit von anderen Personen eine Entscheidung trifft. All diese Einschränkungen, nicht völlige Ausfälle der persönlichen Autonomie, erleben wir beruflich als Psychotherapeuten häufig. Diese Einschränkungen sind für Juristen meist nicht fassbar. Das erschreckt mich auch in den Debatten. Es gibt dort oft nur schwarz oder weiß. Jemand ist entscheidungsfähig oder er ist es nicht. Allein die Debatte um den guten Umgang mit

Demenz-Betroffenen zeigt, dass das so eindeutig überhaupt nicht ist, sondern dass ein Demenzerkrankter auch noch in fortgeschrittenen Stadien seiner Erkrankung bestimmte Entscheidungen über seinen Tagesablauf oder über Konstellationen in seiner unmittelbaren Umgebung treffen kann. Das sind Erkenntnisse übrigens nicht der Medizin, sondern der Psychologie – genauer des Forschungsteams um den Gerontopsychologen Andreas Kruse aus Heidelberg, dem das Ernstnehmen der Teilautonomie auch von fortgeschritten Demenzerkrankten zu verdanken ist.

UW: Mir scheint, als würde die Frage „Wann beginnt das menschliche Leben?“ oft mit eingeeengtem Blick auf bestimmte Funktionen eines im Mikroskop erscheinenden Wesens beantwortet und dabei außer Acht gelassen, was menschliches Leben auch für die Menschen bedeutet, die davon sozusagen mit betroffen sind, die ja auch eine bestimmte Haltung, bestimmte Empfindungen dazu haben – etwa für ein Paar, das die Absicht hat, Eltern zu werden.

MW: Ein individuelles menschliches Leben beginnt ab der sogenannten Kernverschmelzung, also ab dem Zeitpunkt, wo sich die väterlichen und mütterlichen Chromosomen miteinander verschmelzen. Das ist unumstritten – die Frage ist, ob ab diesem Zeitpunkt auch der volle Würdeschutz zutrifft. Ich meine ja, wobei ich dafür keine psychologische, sondern eine philosophische Begründung habe. Mit der Kernverschmelzung entsteht ein einmaliger und damit individueller neuer Chromosomensatz, in dem das gesamte Potenzial für die weitere Entwicklung liegt, eine Entwicklung, die kontinuierlich vom Embryo über den geborenen Menschen bis hin zu seinem Ende führt und die dessen Identität herstellt. Der Embryo entwickelt sich nicht *zum* Menschen, sondern *als Mensch*.

Seine Überzeugungskraft bekommt dieser Gedanke für mich auch dadurch, dass man sich die Frage stellen muss: Was wäre denn die Alternative? Also Menschenwürde ab Einnistung in die Gebärmutter oder ab Ausbildung des Primitivstreifens oder ab Ausbildung einer menschlichen Gestalt oder –

wie in der jüdischen Tradition – ab dem 40. Tag nach der Zeugung? All diese Dinge erscheinen mir gesetzt, so oder so herbei argumentiert und damit willkürlich. Psychologisch wird es aber erst mit der Frage, wie weit das mit unserer Erfahrungswelt zu tun hat bzw. in unsere Erfahrungswelt integrierbar ist. Und da muss man sagen, da gibt es mit fortschreitender Entwicklung der Life Sciences etwas ganz Merkwürdiges: Diese Wissenschaften prägen nämlich auch unsere Wahrnehmung: Wenn man etwa in einem bildgebenden Verfahren sieht, wie sich innerhalb der Eizelle das Spermium vor kämpft und mit den Chromosomenfäden der Eizelle verbindet, kann man sich etwas darunter vorstellen und sagen, ja, das ist der Beginn eines neuen individuellen Lebens und es ist auch der „Ort“ des genetischen Zufalls, der unser aller Existenz bestimmt. Welches Spermium da genau reinkommt und welche genaue Erbzusammensetzung damit zustande kommt, ist genau hier verortet. So prägt der Fortschritt der Naturwissenschaften unsere Denkweise und letztlich auch unser emotionales Erleben des Ganzen. Da kann man nicht mehr sagen, es geht um Alltagserfahrungen. Mit den Alltagserfahrungen könnte man nur sagen: Der individuelle Mensch beginnt, wenn die Mutter wirklich eine Beziehung zu dem Kind in ihrem Körper aufbaut, seine Bewegungen spürt usw. Natürlich kann man auch sagen, eine Beziehung kann schon viel früher beginnen, wenn das Kind gewollt ist, mit der Planung oder mit der Zeugung. Aber davon die Frage abhängig zu machen, ob wir von einem Menschen mit vollem Würdeschutz sprechen, ist eben schwierig. Das durch die Naturwissenschaften ermöglichte Bild von der Kernverschmelzung ist da eindeutiger und generalisierbarer.

UW: Wir waren bei der Autonomie, von der Sie sagen, dass sie für den Psychotherapeuten eine Selbstverständlichkeit ist – ich möchte etwas provokativ fragen: Sind Sie da so sicher, welches Autonomieverständnis es bei den Psychotherapeuten gibt und wie weit die Differenzierung in dieser Frage geht und einbezogen wird in die tägliche Arbeit?

MW: Ich kann nur von den mir bekannten bisherigen Ausbildungsinhalten, den Curricula in der Psychotherapeutenausbildung,

dem Menschenbild in der Gestalttherapie, in der Gesprächstherapie usw. ausgehen und mir ein Urteil bilden. Und da kann ich schlicht sagen, das ist ein humanistisch geprägtes Menschenbild, ohne damit natürlich belastbare Daten zur tatsächlichen Psychotherapiepraxis zu haben.

UW: Wir führen aktuell in den Psychotherapeutenkammern Diskussionen über die Frage der Ausbildung, wie diese zukünftig gestaltet werden und ob sie möglicherweise mehr an die Universität verlagert werden soll. Einer der Kritikpunkte an dieser Idee lautet, dass an den Universitäten, zu wenig über unterschiedliche Menschenbilder informiert, reflektiert, geforscht und vermittelt wird.

MW: Ja, dem schließe ich mich an. Aber ich meine, das ist ja nicht in Stein gemeißelt. Wenn die universitären Institute das verändern würden, dann wäre das auch nochmal anders zu betrachten. Für mich wäre das Wesentliche, dass die Fundierung der Ausbildung im philosophisch-ethischen Bereich stärker bedacht wird als bisher. Ich gehe davon aus, dass im Laufe der Berufspraxis die Methodenfrage immer mehr in den Hintergrund rückt und die Grundhaltungsfrage in den Vordergrund. Deshalb ist diese schon in der Ausbildung so wichtig.

UW: Vielleicht können wir das nochmal mehr auf die Frage der Beziehung beziehen. Als Ethiker haben Sie sich auch mit dem Machtgefälle in der Psychotherapie befasst – was ist Ihnen dabei wichtig?

MW: In meiner Ausbildung hat dieser Machtaspekt immer eine ganz große Rolle gespielt – das Bewusstsein darüber, dass ich eine ungeheuerliche Macht über den Patienten erlangen kann, wenn ich mit meinem Wissen, mit meiner sozialen Funktion, mit meinem Ruf, mit meiner Person entsprechende Wege beschreite. Die Schlussfolgerung kann nur in einer selbst auferlegten Selbstbeschränkung liegen. Und das geht eben nur, indem man sich bewusst ist über diese Ungleichheit der Beziehung. Dieser unsägliche Begriff vom Kunden geht einem Psychotherapeuten noch schwerer von den Lippen als anderen im Gesundheitswesen. Er suggeriert

Gleichheit in der Beziehung, wo keine ist. Ich bin kein Verkäufer und der Patient will nichts kaufen. Ein Patient ist niemals ein Kunde. Er braucht Hilfe, um wieder selbstbewusster, selbstständiger, selbstbestimmter zu werden, und damit also Hilfen, die ihn nicht in eine erneute oder andere Unfreiheit bringen. Die Ungleichheit der Beziehung, die damit gegeben ist, und die darin liegende Gefahr, das auszunutzen, ist eine der ganz großen ethischen Herausforderungen unseres Berufs.

UW: Gegenwärtig werden Möglichkeiten der Internettherapie diskutiert und erprobt. Wirft das aus Ihrer Sicht unter ethischen Gesichtspunkten auch Fragen und Probleme auf, z. B., was die therapeutische Beziehung betrifft?

MW: Da bin ich wahrscheinlich eher von gestern und konservativ. Für mich ist die Begegnung in der Psychotherapie nicht digital reproduzierbar. Begegnung findet an der Grenze von Ich und Du statt, im Erleben der Fremdheit des anderen. Und das, glaube ich, geht bei einer möglichen „Behandlung“ über das Internet verloren, weil sich das nicht nur durch die sprachliche Mitteilung und den oberflächlich-phänomenologischen Bildcharakter der Mimik vermittelt. Es ist die Gesamtsituation der Begegnung, die Psychotherapie ausmacht. Internettherapie ist ein Vehikel, das ich für bestimmte landschaftliche Gegebenheiten – ich sage mal Australien oder Sibirien – absolut akzeptabel finde, wenn man weiß, es ist ein Notbehelf, genauso wie etwa die Flying Doctors. Aber zu sagen, das etablieren wir jetzt hier mitten in Hamburg, halte ich für einen falschen Kniefall vor dem Zeitgeist. Wir sind eine sprechende und fühlende Disziplin.

UW: Das Fühlen kriegt man im Internet anders oder gar nicht gut hin?

MW: Nur sehr bedingt bekommt man das wohl hin und auch nicht gut.

UW: Sie haben darauf hingewiesen, dass Psychotherapeuten sich in ethischen Fragen relativ wenig engagieren. Wie kommt unser „Nicht-Einmischen“ in dieser Hinsicht zustande? Sie sind 1979 quasi gestartet, in einer Zeit und Generation von Psy-

chotherapeutinnen und Psychotherapeuten, für die es offenbar naheliegender war als heute, sich mit psychologischen und gesellschaftlichen Aspekten zu befassen. Würden Sie sagen, da hat sich etwas verändert?

MW: Es wäre tatsächlich zu überlegen, ob man Haltungen und Grundlagen, die in der Psychotherapeutenausbildung vermittelt werden, mit ethischen Fragen verknüpft und sie damit durchaus generalisiert und wieder mehr gesellschaftliches Denken in die Psychologie und Psychotherapie zurückholt. Ich glaube, das Schlimmste, was unserem Berufsstand derzeit droht, ist ein Erstarren in einem falsch verstandenen reinen Professionalismus. Psychotherapie ist eigentlich ein Moment von Freiheit und nicht ein Moment von stärkerer Behandlung.

UW: Sie sind auch in der Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg tätig, die Forschungsanträge prüft. Welche spezifisch ethischen Fragestellungen gibt es dort? Könnten Sie vielleicht den einen oder anderen Aspekt benennen, der dort für Sie wichtig geworden ist?

MW: Die Arbeit der Kommission steht in einem Spannungsverhältnis von Forschungsfreiheit, Probandenschutz und wissenschaftlichen Standards der Forschung. Wir haben diese drei Bälle, mit denen wir in einem Abwägungsprozess zwischen Risiken, Belastungen, erwarteter Nützlichkeit für den Probanden, für andere gleichbetroffene Probanden oder für die Gesamtheit der Wissenschaften jonglieren. Und diese Abwägung, das ist eigentlich die Arbeit der Ethikkommission

und nicht nur, wie es manchmal vielleicht erscheint, das Bestehen auf Einhaltung des Datenschutzes oder anderer Dinge, die natürlich von großer Wichtigkeit sind. Ein Gesichtspunkt, der mir persönlich sehr am Herzen liegt und der natürlich auch für unseren Forschungsbereich immer wieder eine ganz große Rolle spielt, sind die vulnerablen Gruppen, weil natürlich sehr häufig nicht gesunde Menschen im Mittelpunkt der psychologisch-psychotherapeutischen Forschung stehen, sondern Gruppen von traumatisierten, von psychisch erkrankten, von in irgendeiner Form geschädigten oder beeinträchtigten Personen. Da sind natürlich die Schutzgrenzen, etwa die Gewährleistung einer jederzeitigen und ohne negative Folgen realisierbaren Ausstiegsmöglichkeit der Probanden, nochmal besonders zu beachten. Auch die Art und Weise, wie aufgeklärt wird, ob eine verständliche Sprache verwendet wird, ob ein Nein voll respektiert wird, sind wichtige Gesichtspunkte.

UW: Gibt es einen Bedarf an psychotherapeutischem Sachverstand, der auch in anderen wissenschaftlichen Bereichen als der Psychotherapie selbst Verwendung und Nutzen finden könnte?

MW: Ja, es geht ja häufig auch im Bereich medizinischer Forschung um schwierige Befragungen oder auch um Follow-up-Studien, in denen auch emotionale Ausnahmezustände der Probanden folgen und psychologische, stützende Gespräche notwendig werden können – bis hin zu psychotherapeutischen Behandlungen. Und ich glaube auch, wenn ich das mal so von Kammer zu Kammer sagen darf, dass es der Ethikkommission der Ärztekammer

gut anstehen würde, in ihre Beratung auch psychologischen Sachverstand mit einzu beziehen, um diesen Aspekt der subjektiven Patientenbelastung vielleicht doch noch flexibler in mancher Hinsicht zu betrachten und zu prüfen. Seit der Helsinki-Deklaration – die auf den Nürnberger Kodex zurückgeht und ein Instrumentarium für die ethische Überprüfung von Forschung im Gesundheitsbereich darstellt, das seit 1947 beständig weiterentwickelt wird – gilt der Grundsatz des Nichtschadens. Und wenn dennoch Schaden nicht auszuschließen ist, dann muss dieser Schaden oder die damit zusammenhängende Belastung gering und voll abschätzbar sein und darf keine belastenden Langzeitfolgen haben. Von Patient zu Patient oder von Proband zu Proband ist dies aber sehr unterschiedlich zu beurteilen. Gerade bei somatisch-medizinischen Studien ist die Abschätzung einer Belastung in psychologischer Hinsicht etwas, womit man sehr viel sensibler umgehen muss, als es meiner Ansicht nach oft der Fall ist.

UW: Insgesamt habe ich den Eindruck, Sie plädieren sehr für ein größeres Engagement der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in vielen medizinethischen und sozialetischen Fragestellungen.

MW: Auf jeden Fall. Und es gibt noch eine Reihe von Bereichen, die wir gar nicht angesprochen haben – zum Beispiel die medizinische Versorgung am Lebensende und die Debatte um die Sterbehilfe, für die dies ebenfalls zutrifft.

UW: Herr Dr. Wunder, sehr herzlichen Dank für Ihre aufschlussreichen und interessanten Überlegungen.

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Ergebnisse einer Expertenbefragung

Simon Lorenz, Sabine Wild und Johannes Jungbauer

Zusammenfassung: In diesem Beitrag werden Ergebnisse einer explorativen Expertenbefragung zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund vorgestellt. Bei den Interviewpartnern (n= 14) handelt es sich um einschlägig erfahrene Expertinnen und Experten¹ aus unterschiedlichen Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie in Nordrhein-Westfalen. Bei der inhaltsanalytischen Auswertung der Experteninterviews zeigten sich typische Besonderheiten und Probleme in der Psychotherapie mit Migrantenkindern und deren Familien, wie z. B. Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede sowie dadurch bedingte Missverständnisse, Ängste und Vorbehalte – sowohl bei Patienten als auch bei Psychotherapeuten. Abschließend werden Verbesserungsmöglichkeiten und Empfehlungen beschrieben, die zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der untersuchten Gruppe beitragen können.

Hintergrund und Fragestellung

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund gehören heute zum Alltag in der psychotherapeutischen Praxis. Laut Mikrozensus leben in Deutschland 16,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund; davon sind 4,6 Millionen minderjährig (Statistisches Bundesamt, 2013). Dabei ist zu bedenken, dass Migrationsprozesse nicht selten mit schweren Belastungen verbunden sind, die zu Entwicklungsstörungen und psychischen Erkrankungen führen können (Assion, 2005). Daher ist die Annahme plausibel, dass die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei diesen Kindern und Jugendlichen höher ist als bei Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund – diese wurde in der KiGGS-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2007) mit 21,9% beziffert.

Obwohl damit von einem erheblichen Psychotherapiebedarf für diese Gruppe aus-

zugehen ist, existieren bisher im deutschsprachigen Raum kaum wissenschaftliche Studien und Fachpublikationen zu diesem Thema. Zwar ist die psychotherapeutische Versorgung von Migranten in den letzten Jahren stärker in den Fokus wissenschaftlicher Aufmerksamkeit gerückt, doch gilt das Erkenntnisinteresse vorrangig der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie (vgl. Hegemann & Salman, 2010; Erim, 2009; Assion, 2005). Der Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) wird oft nur am Rande behandelt. So kritisieren Schepker und Toker (2009), dass das Thema „Migration und psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ in psychologischen und medizinischen Publikationen kaum erwähnt wird und auch nur zaghaft in die Lehrbücher der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wird.

Vor diesem Hintergrund fokussiert die vorliegende Studie die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In einer explo-

rativen Expertenbefragung im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen sollten mögliche Besonderheiten und Probleme identifiziert, Handlungsbedarfe festgestellt und eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet werden.

Methodik

Die Studie wurde im Rahmen des forschungsorientierten Masterstudiengangs „Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit“ an der Kath. Hochschule NRW Aachen in Zusammenarbeit mit dem igsp Aachen (Institut für Gesundheitsforschung und soziale Psychiatrie) durchgeführt.² In einer umfassenden Literaturrecherche zeigte sich zunächst, dass im deutschsprachigen Raum nur wenige Forschungsarbeiten und Fachpublikationen zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund vorliegen. Um das bislang wenig erschlossene Forschungsgebiet zu erkunden, wurde als methodischer Zugang eine explorative Expertenbefragung gewählt (Bogner et al., 2009). Um möglichst viele relevante Aspekte abbilden zu können, wurden mit der Thematik vertraute und erfahrene Exper-

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

² Die Studie ist zugleich empirische Grundlage einer von der Zweitautorin verfassten Masterthesis. Interessierte Leser können diese unter der angegebenen Kontaktadresse anfordern.

ten aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen in Nordrhein-Westfalen für die Befragung ausgewählt. Die Rekrutierung erfolgte im Sinne des Theoretischen Samplings sowie durch Snowball-Sampling und in Anlehnung an das Kriterium der theoretischen Sättigung (vgl. Glaser & Strauss, 2010). Zwischen Oktober 2013 und Januar 2014 wurden n= 14 Experten befragt. Vier der Experten sind männlichen Geschlechts, sechs haben selbst einen Migrationshintergrund. Folgende Professionen waren vertreten:

- vier Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zwei in eigener Praxis tätig, eine leitende Oberärztin sowie ein ärztlicher Leiter einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik,
- vier niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen (Richtlinienverfahren: drei in Verhaltenstherapie (VT), eine in Analytischer Psychotherapie (AP)),
- drei Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mit Zusatzqualifikation KJP (VT),
- zwei Sozialarbeiterinnen, tätig im Sozialdienst einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik bzw. in einer Einrichtung für junge Mütter mit Migrationshintergrund,
- ein Pädagoge (Dr. päd.), tätig in eigener pädagogisch-therapeutischer Praxis.

Die befragten Experten verfügen über umfangreiche Berufserfahrung in der psychotherapeutischen, psychiatrischen sowie pädagogischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und sind zum Teil auch in der Forschung zu dieser Thematik aktiv.

Die Interviews wurden im persönlichen Kontakt oder per Telefoninterview durchgeführt, wobei ein flexibel zu handhabender Interviewleitfaden eingesetzt wurde (vgl. Witzel, 2000). Sämtliche Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Aufbereitung und Auswertung des Interviewmaterials erfolgte nach dem Prinzip der Strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2010). Dabei wurde das sehr

umfangreiche Textmaterial in mehreren Arbeitsschritten systematisch reduziert, um die zentralen Inhalte herauszufiltern. Die Analyse der Interviews erfolgte zunächst fallweise durch die Markierung, Paraphrasierung und Zusammenfassung der inhaltstragenden Äußerungen; am Ende wurden fallübergreifend alle gleichlautenden Paraphrasen zu inhaltlichen Kategorien zusammengeführt. Die Entwicklung und Überprüfung der aus dem Interviewmaterial abgeleiteten inhaltlichen Kategorien erfolgte im Rahmen eines regelmäßigen Forschungskolloquiums. Die einzelnen Abschnitte im folgenden Ergebnisteil repräsentieren die Hauptkategorien des erarbeiteten Kategoriensystems. Bei der Darstellung der Befunde werden besonders plastische Originalzitate einiger Experten zur Illustration herangezogen.

Ergebnisse

Patientenmerkmale

Das *Alter* der psychotherapeutisch behandelten Kinder mit Migrationshintergrund entspricht dem der normalen Klientel in der KJP. Einen verstärkten Psychotherapiebedarf sahen einige der befragten Experten bei biographischen Übergängen (z. B. Schuleintritt und Pubertätsbeginn). Tendenziell scheinen mehr Jungen als Mädchen in Behandlung zu sein.

Die *Nationalität* der Patienten hängt stark von der jeweiligen Versorgungsregion bzw. vom Einzugsgebiet der Behandler ab. Zu beachten ist dabei, dass einige der behandelten Kinder – anders als ihre Eltern – die deutsche Staatsangehörigkeit haben. Prinzipiell sind alle in Deutschland lebenden Ethnien in der KJP vertreten. In städtischen Ballungszentren werden besonders oft Kinder und Jugendliche mit türkischem Migrationshintergrund und aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen UdSSR behandelt. In jüngerer Vergangenheit werden auch verstärkt unbegleitete minderjährige Flüchtlinge aus afrikanischen Krisenländern sowie aus dem Irak, Afghanistan und Syrien in Behandlung genommen.

Die meisten der befragten Experten sehen keine migrationspezifischen Unterschiede

in Art und Schwere der *Störungsbilder* – sofern die Kinder in Deutschland aufgewachsen sind. Anders verhält es sich bei Patienten aus Familien mit sehr schwierigen Migrationsbedingungen. Vor allem Fluchterfahrung scheint ein gravierender Risikofaktor für die Entwicklung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) sowie Depressionen und Angststörungen zu sein. Hingegen treten in dieser Gruppe Essstörungen (Magersucht und Bulimie) offenbar relativ selten auf. Weitere häufige Störungsbilder sind nach der Erfahrung der befragten Experten ADHS, Störung des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, Bindungsstörungen und Schulprobleme, teilweise auch dissoziative Störungen und Psychosen. Beim Substanzmissbrauch neigen Jugendliche aus Ländern der ehemaligen UdSSR eher zum Alkoholmissbrauch, Jugendliche aus muslimisch geprägten Ländern konsumieren vergleichsweise öfter Cannabis.

Ergänzend hierzu berichteten einige der befragten Experten, dass psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund oft schwerer ausgeprägt seien. Ein Grund hierfür wird in den besonderen psychischen und soziokulturellen Belastungen gesehen, mit denen diese Kinder konfrontiert sind. Das Aufwachsen im *Spannungsfeld verschiedener Kulturen* bringt Entwicklungschancen, aber auch krankmachende Entwicklungsrisiken mit sich. Hinzu kommt, dass eine psychotherapeutische Behandlung von den Eltern der Kinder oft erst zu einem sehr späten Zeitpunkt bzw. bei einer sehr starken Ausprägung der Symptome initiiert wird. Für viele Eltern mit Migrationshintergrund ist es noch schwieriger als für deutsche Eltern, die Diagnose einer psychischen Krankheit zu akzeptieren.

Die *Anlässe für eine Psychotherapie* von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind sehr vielfältig und zum Teil nicht migrationspezifisch. Häufig sind schulische Probleme der Grund dafür, dass sich die Eltern – oftmals angeregt von Lehrern oder Sozialarbeitern – um eine Psychotherapie bemühen. In diesem Kontext berichteten zwei der befragten Experten auch, dass Kinder mit Migrationshintergrund trotz normaler Intelligenz nicht sel-

ten auf Förderschulen geschickt werden. Eine Aufgabe des Psychotherapeuten ist es dann unter Umständen auch, schulische Fehleinschätzungen zu korrigieren und sich für eine geeignetere Beschulung einzusetzen. Bei Kindern mit Fluchterfahrung sind oft Traumafolgestörungen (z. B. PTBS, soziale Ängste, Bettnässen, depressive Symptome, auffälliges Sozialverhalten sowie somatische Beschwerden) Anlass für eine Behandlung. In diesem Zusammenhang wiesen die befragten Experten auf den nachhaltigen negativen Einfluss erlebter Traumata auf die psychische Gesundheit der betroffenen Kinder hin.

Hinsichtlich der *Erfolgs- bzw. Abbruchquote* sahen die befragten Experten keinen Unterschied zur deutschen Vergleichsgruppe. Auch gibt es keine Indizien dafür, dass Kinder mit Migrationshintergrund vor dem Beginn einer Psychotherapie häufiger andere ambulante oder stationäre Hilfeangebote in Anspruch genommen hätten. Differenzen kommen am ehesten im Vorfeld der Psychotherapie und bei der Erarbeitung eines Therapiebündnisses vor.

Familiäre Besonderheiten

Teilweise handelt es sich gerade bei muslimischen Familien um Großfamilien mit komplexen Verwandtschafts- und Beziehungsstrukturen. In der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen aus solchen Familien ist es oft sinnvoll zu erfragen, welche Familienmitglieder – zusätzlich zur Kernfamilie – wichtig sind und in den psychotherapeutischen Prozess einbezogen werden sollten.

Vielfach sind in Familien mit Migrationshintergrund Ängste und Vorbehalte bezüglich einer Psychotherapie stärker als in deutschen Familien, was z. B. die Kooperation der Eltern mit dem Psychotherapeuten stark beeinträchtigen kann. Die befragten Experten sehen hierfür mehrere Gründe: Zentral sind die oft großen Wissensdefizite und Fehlinformationen bezüglich Psychotherapie und Psychiatrie, insbesondere bei Eltern mit geringem Bildungsgrad. Weiterhin haben manche Eltern mit Migrationshintergrund negative Vorerfahrungen mit einer repressiven Psychiatrie in ihrem Herkunftsland. Auch die Befürchtung, durch

eine psychotherapeutische Diagnose oder Behandlung eine zusätzliche Stigmatisierung zu riskieren, kann Ängste und Vorbehalte verstärken. Denn „*psychische Krankheit unterstreicht das Gefühl des Fremdseins*“, wie eine Expertin betonte. Deswegen wird auch die Empfehlung einer Psychotherapie durch Dritte (z. B. Lehrer) zuweilen als diskriminierend empfunden. Vor diesem Hintergrund sahen die befragten Experten bei Migrationsfamilien einen besonderen Bedarf an Aufklärungsarbeit und Vertrauensaufbau.

Die befragten Experten beschrieben ferner das Phänomen, dass Familien mit Migrationshintergrund häufig eine „mechanistische“ Vorstellung von Psychotherapie haben. Das bedeutet z. B., dass der Psychotherapeut das Kind möglichst rasch und effektiv „reparieren“ soll, etwa mit einem wirksamen Medikament. Eine Expertin merkte hierzu an: „*Manche Familien haben geradezu ein Autowerkstattreparaturbedürfnis*“. Diese Erwartungshaltung äußert sich oft in einem expliziten Auftrag der Eltern an den Psychotherapeuten bzw. Psychiater, in welchem die Verantwortung für den Therapieerfolg ausschließlich diesem zugeschrieben wird. Aus diesem Grund sahen es die befragten Experten als sehr wichtig an, vor Beginn einer Behandlung mit den Eltern der Kinder Rollenerwartungen und Aufgabenverteilung sorgfältig abzuklären.

Kulturelle Besonderheiten

Menschen aus anderen Kulturen haben oft ein unterschiedliches *Verständnis von Krankheit und Heilung*. Wenn z. B. ein jugendlicher Stimmen hört, wird dies ggf. als das Wirken eines bösen Geistes oder die Botschaft eines Ahnen interpretiert. So berichtete eine Expertin von einem Jugendlichen, dessen Eltern zunächst Hilfe bei einem muslimischen Geistheiler gesucht hatten, der die psychotische Symptomatik mithilfe von Austreibungen zu heilen versuchte. Von Psychotherapeuten und Psychiatern kann unter Umständen erwartet werden, das betroffene Kind wie ein Heiler oder Schamane zu behandeln, z. B. durch Rituale mit magischer Wirkung. Die befragten Experten plädierten indes dafür, derartige Sichtweisen ernst zu nehmen und

nicht als irrational oder abergläubisch abzutun. So kann es z. B. sinnvoll sein, kulturspezifische Krankheitsdeutungen in die Psychotherapie zu integrieren, damit diese für die Kinder und die Eltern kulturell anschlussfähig wird. Eine Expertin betonte: „*Das ist wie ein Geben und Nehmen, [...] ich mache mit, was Du [der Patient] in Deiner Kultur machst, aber dann könntest Du auch bei dem mitmachen, was ich vorschlage. Und dann sind die empfänglicher und sagen, okay, ich probiere es aus*“.

In manchen Fällen können auch *religiöse Wertvorstellungen* einen negativen Einfluss auf die Psychotherapie haben, z. B. bei Kindern aus strenggläubigen muslimischen Familien. Für diese kann eine andere Religionszugehörigkeit des Psychotherapeuten ein großes Problem darstellen. Die befragten Experten hielten es generell für ratsam, den sensiblen Bereich der Religion weitgehend aus der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie herauszuhalten.

Therapierelevante kulturelle Wertunterschiede existieren auch hinsichtlich der *Geschlechterrollen*. Manchen Eltern mit Migrationshintergrund fällt es schwer, das in Deutschland als normal geltende egalitäre Geschlechterverhältnis zu akzeptieren. Nach Beobachtungen mehrerer Experten führt dies regelmäßig zu Streit und Konflikten in den Familien. Vor allem muslimische Mädchen fühlen sich zwischen den traditionellen Rollenerwartungen der Familie und dem emanzipatorischen Frauenbild in der deutschen Gesellschaft hin- und hergerissen. Vor diesem Hintergrund ist z. B. eine stationäre psychiatrische Behandlung von Mädchen aus muslimischen Familien teilweise schwierig zu realisieren, weil diese in der Regel in einem gemischtgeschlechtlichen Setting erfolgt. Dies kann bei den Eltern massive Unsicherheiten und Ängste auslösen, z. B. die Befürchtung, die Tochter könnte ihre Ehre verlieren. Bei Jungen wiederum entstehen aufseiten der Eltern auch Ängste, die mit patriarchalischen Rollenerwartungen zusammenhängen (z. B. weil der psychisch erkrankte Sohn möglicherweise nie die Rolle des Familienernährers und -beschützers ausfüllen kann). In diesem Zusammenhang wiesen die befragten Experten

auch darauf hin, dass sich muslimische Familien oft stark an männlich geprägten Hierarchien orientieren. Von Psychotherapeuten wird deswegen erwartet, klar eine Führungsrolle einzunehmen. Für weibliche Psychotherapeutinnen kann dies eine Herausforderung darstellen, da sie möglicherweise gegen Widerstände und Vorbehalte männlicher Familienmitglieder ankämpfen müssen. Einige Experten merken zudem an, dass muslimische Familien eher männliche Psychotherapeuten bevorzugen (am besten einen Arzt), während sich deutsche Familien eher eine weibliche, mütterliche Psychotherapeutin wünschen.

Einige der befragten Experten wiesen darauf hin, dass es zu *kulturellen Missverständnissen* kommen kann, weil sich die Erziehungsziele in Migrantenfamilien von denen des westlichen Kulturraums zum Teil grundlegend unterscheiden. Das primäre Ziel der westlichen Erziehung ist demnach die individuelle Entwicklung des Kindes. Dieses soll stark und unabhängig von der Familie werden. Das primäre Erziehungsziel der südöstlichen Kultur ist hingegen eine lebenslange Bindung an die Familie. Hierdurch werden andere Erziehungsstile und Bindungsverhaltensmuster bedingt, die mit psychotherapeutischen Zielsetzungen (z. B. Autonomieentwicklung) kollidieren können. Ein weiteres Beispiel für kulturell bedingte Missverständnisse ist der Umgang mit Autoritäten. In traditionellen muslimischen Familien werden Kinder z. B. dazu erzogen, erwachsenen Respektspersonen nicht direkt in die Augen zu schauen. Die Kinder vermeiden deswegen z. B. auch den Augenkontakt gegenüber Lehrern, Ärzten und Psychotherapeuten, was von diesen als mangelndes Selbstvertrauen oder gestörtes Sozialverhalten fehlgedeutet werden kann. Um derartige kulturelle Missverständnisse zu vermeiden, ist es nach Auffassung der befragten Experten nötig, Kultursensibilität und -wissen verstärkt und verpflichtend in die Curricula der psychotherapeutischen und pädagogischen Berufe aufzunehmen.

Umgang mit Sprachbarrieren

Psychotherapie funktioniert zu großen Teilen über verbale Kommunikation. Für den Therapieprozess ist aber nicht nur ein grundlegendes Sprachverständnis wichtig,

sondern zudem auch ein *gemeinsames Sprachgefühl*, in welchem Nuancen und sprachliche Feinheiten erkannt und interpretiert werden können. Eine Expertin merkte hierzu an: „*Es ist schon schwer, im Deutschen darauf zu achten, keine Sachen anzupieksen oder dass keine Missverständnisse entstehen. Es ist daher einfacher, wenn man ein muttersprachlicher Therapeut ist, da man zu dieser Sprache ein besseres Gefühl hat.*“ In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist diese gemeinsame sprachliche Basis oft nur ansatzweise oder gar nicht vorhanden, was den Therapieprozess erheblich erschweren kann. Die befragten Experten sehen es daher als vorteilhaft an, wenn der Psychotherapeut selbst fließend die Muttersprache des Patienten spricht oder zumindest über gute Kenntnisse dieser Sprache verfügt. Leider ist die Anzahl der Psychotherapeuten, die z. B. Türkisch, Arabisch oder Russisch sprechen, relativ gering; bei seltenen Sprachen (z. B. afrikanischen Dialekten) existieren meist gar keine muttersprachlichen Psychotherapeuten. Im Übrigen können auch mangelhafte Deutschkenntnisse der Eltern ein Problem darstellen, etwa dann, wenn diese dadurch eine Infragestellung ihrer elterlichen Autorität erleben. Einige Experten sehen gerade die fehlenden Deutschkenntnisse türkischer Mütter als problematisch an. Gerade für diese Familien wäre es wichtig, Psychotherapie bei einem türkischsprachigen Psychotherapeuten machen zu können.

Bei erheblichen Sprachbarrieren empfehlen die befragten Experten die Durchführung einer *Psychotherapie unter Hinzuziehung eines geeigneten Dolmetschers*. Dies gilt besonders für Kinder aus Migrantenfamilien, die wenig verbreitete Sprachen sprechen. Für diese Patienten ist es teilweise aber auch schwierig, einen Dolmetscher zu finden. So bemerkte ein Interviewpartner resigniert: „*Wenn jemand etwa aus Ghana kommt und Ga spricht, sind wir aufgeschmissen*“.

Zudem können durch den *Einbezug eines Dolmetschers* auch neue Probleme entstehen, z. B. längere Therapiesitzungen und kompliziertere Terminabsprachen. Die größte Schwierigkeit scheint jedoch die

Frage der Finanzierung zu sein. Da die Arbeit eines Dolmetschers nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen ist, müssen die Kosten durch die Familien der behandelten Kinder oder durch den Psychotherapeuten getragen werden. Viele Familien sind hierzu jedoch nicht bereit oder in der Lage. Auch die Psychotherapeuten kommen für diese Kosten nur ungern auf. Vor diesem Hintergrund greifen manche Psychotherapeuten auch auf die Übersetzungsarbeit von Familienmitgliedern oder Freunden der Patienten zurück. Hiermit sind jedoch ebenfalls Probleme verbunden. So kann es z. B. für Jugendliche unangenehm und peinlich sein, bestimmte Äußerungen ihrer Eltern zu übersetzen. Die Mehrheit der befragten Experten ist daher der Auffassung, dass ein professioneller Dolmetscher einem ad-hoc-Übersetzer aus dem Freundes- oder Familienkreis vorzuziehen ist.

Die Hinzuziehung eines Dolmetschers kann den Psychotherapieprozess erheblich beeinflussen. So kann die Anwesenheit einer weiteren Person zur Verstärkung von Schamgefühlen führen, insbesondere bei der Thematisierung traumatischer Erlebnisse (z. B. einer Vergewaltigung). Einer der Befragten äußerte zur Thematik weiterhin: „*Wenn ich einen Dolmetscher dabei habe, bin ich einfach nicht so nah am Klienten dran.*“ Auch das Geschlecht und die Ethnie des Dolmetschers spielen eine Rolle. So berichtete eine befragte Expertin, dass Familien aus dem Kosovo keinen albanischen Dolmetscher wünschen, da diese als Täter und Peiniger während des Kosovokrieges betrachtet werden. Weiterhin ist zu beachten, dass durch die Übersetzung sprachliche Feinheiten und Nuancen verlorengehen können, die vom Psychotherapeuten als wesentlich erachtet werden. In diesem Zusammenhang berichteten einige der Experten, dass Dolmetscher nicht in jedem Fall die Sensibilität und das Taktgefühl haben, das in einer Psychotherapie mit Kindern zu wünschen sei. In der Regel haben Dolmetscher keine psychotherapeutischen Kenntnisse; oft arbeiten sie freiberuflich oder ehrenamtlich. Zudem sind Psychotherapeuten gelegentlich skeptisch, ob durch die Dolmetscher auch tatsächlich das übersetzt wird, was sie ausdrücken wollen. Eine Expertin beschrieb

ihre Zweifel folgendermaßen: *„Wenn ich z. B. vier Sätze sag und die sagen nur zwei Worte, dann denk ich mir, das kann doch eigentlich nicht sein.“*

Spezifische Aspekte in der Therapie

Die befragten Experten stimmten darin überein, dass in der Diagnostik und Psychotherapie von Kindern mit Migrationshintergrund generell *keine spezifischen Methoden oder Vorgehensweisen* zur Anwendung kommen bzw. notwendig sind. In der Praxis entsprechen die genutzten Methoden und Techniken der jeweiligen theoretischen Orientierung des Therapeuten (VT, TP, AP), müssen aber ggf. kultursensitiv an die Erfordernisse des jeweiligen Falls angepasst werden. So kann es z. B. sinnvoll sein, kulturspezifische Krankheitsdeutungen und Heilungserwartungen in die Psychotherapie zu integrieren. In diesem Kontext schilderte eine Expertin einen Fall, in dem die Psychotherapeutin gemeinsam mit einer asiatischen Jugendlichen beim Metzger einen Schweinekopf besorgte, um durch ein Tieropfer böse Geister zu besänftigen. Dieses von der Patientin selbst vorgeschlagene Ritual wurde als hilfreich und heilend erlebt, und sie war in der Folge offener für die Ideen und Techniken der Psychotherapeutin. Generell erachteten es die befragten Experten als wichtig, kulturelle Unterschiede sowie abweichende Normen und Werte in Migrantenfamilien zu respektieren und in der Psychotherapie mit den Kindern und Jugendlichen adäquat zu berücksichtigen. Nur wenn das Kind und dessen Familie das Gefühl haben, mit ihrer Kultur akzeptiert zu sein, können sie sich für den Therapieprozess öffnen.

Wie bereits erwähnt, leiden Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung (z. B. unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, Kinder aus Asylbewerberfamilien) sehr häufig unter *Posttraumatischen Belastungsstörungen* bzw. Folgestörungen. Viele dieser Kinder, aber auch ihre Eltern, haben Angst, über das Erlebte zu reden und von den traumatischen Erlebnissen überwältigt zu werden. Im psychotherapeutischen Umgang mit Traumata ist es nach Auffassung der befragten Experten wichtig, äußersert behutsam und sensibel vorzugehen und ggf. zunächst mit stabilisierenden Maßnah-

men zu arbeiten. Eine Expertin sagte hierzu: *„Wenn die traumatischen Erlebnisse sehr frisch sind, geht es erstmal nur ums Überleben [...] die Erlebnisse werden dann abgespalten, um den Alltag überhaupt meistern zu können.“*

In diesem Kontext wiesen die befragten Experten auch auf den Zusammenhang zwischen *Therapie und rechtlichem Aufenthaltsstatus* hin. Kinder bzw. Familien mit Fluchterfahrung haben oft nur eine vorübergehende Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland, was den psychotherapeutischen Prozess enorm beeinflussen kann. Gerade für die Behandlung einer Traumatisierung ist es eine wichtige Voraussetzung, dass die Kinder und Jugendlichen eine gewisse Sicherheit im Alltag erleben. Die ständige Angst vor einer drohenden Abschiebung ist hingegen kontraproduktiv für die Psychotherapie – eine aus Sicht der befragten Experten untragbare und skandalöse Situation. Eine Expertin meinte hierzu: *„Das ist total widersinnig, denn eigentlich ist es Grundvoraussetzung, um eine Traumatisierung überhaupt angehen zu können, dass jemand in Sicherheit ist. Aber da stimmt das ganze System eben überhaupt nicht. Da sind immer noch mehr Päckchen von der Politik, die man diesen Kindern auf die Schulter packt, als dies bei deutschen Kindern der Fall ist, und das ist völlig unbefriedigend, da krank das ganze System.“*

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt: Eine psychische Erkrankung kann auch Grund dafür sein, dass Jugendliche über achtzehn Jahre oder teilweise die ganze Familie von erkrankten Kindern einstweilen nicht abgeschoben werden können, z. B., wenn die psychotherapeutische Behandlung im Heimatland nicht gewährleistet ist. Für die betroffenen Kinder und ihre Familien ergibt sich durch diese Regelung oft ein unauflösbares Dilemma, das eine der befragten Expertinnen pointiert beschrieb: *„Eigentlich ist es so, dass der Patient entweder nicht achtzehn oder nicht gesund werden darf.“*

Strukturelle Rahmenbedingungen

Ganz generell ist in Deutschland die psychotherapeutische Versorgung von Kin-

dem und Jugendlichen – sei es mit oder ohne Migrationshintergrund – unzureichend, wobei die Versorgung in städtischen Ballungsgebieten besser zu sein scheint als im ländlichen Raum. Die Wartezeiten sind häufig sehr lang und betragen zuweilen bis zu einem Jahr. Für Kinder mit Migrationshintergrund, die nicht oder nur schlecht Deutsch sprechen, gestaltet sich die Suche nach einem Psychotherapieplatz besonders mühsam, vor allem, wenn sie eine seltene Muttersprache sprechen. *„Es ist sehr schwer, einen Therapeuten zu finden. Der Jugendliche muss erstmal Therapie wollen, dann muss man einen möglichst guten und spezialisierten Therapeuten finden, dann muss auch noch die Chemie passen, das ist für Deutsche ja schon schwer. [...] Für Migranten ist das dann noch aufwendiger“*, so eine der Expertinnen. Selbst für die relativ große Gruppe der türkischsprachigen Kinder und Jugendlichen ist es nach Erfahrungen der befragten Experten oft schwierig, einen geeigneten Therapeuten zu finden. Allerdings scheint sich das Angebot allmählich zu verbessern, da in den letzten Jahren verstärkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit türkischem Migrationshintergrund eine KJP-Ausbildung begonnen oder abgeschlossen haben.

Neben dem Sprachproblem erschweren noch weitere Bedingungen den Zugang zu einer Psychotherapie. Zusätzlich zu den o. g. Wissensdefiziten und Vorbehalten bei den Migrationsfamilien sind dies Faktoren aufseiten mancher Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, wie z. B. Berührungs- und Versagensängste oder das Gefühl, nicht zuständig zu sein. Dies kann dazu führen, dass Kinder mit Migrationshintergrund keinen Psychotherapieplatz bekommen. Zur Verbesserung dieser Situation schlugen die befragten Experten eine verstärkte Informations- und Aufklärungsarbeit für Migrationsfamilien, aber auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor. Auch eine engere Zusammenarbeit von Institutionen wie Schule, Jugendamt, Beratungsstellen, Psychiatrien und niedergelassenen Psychotherapeuten könnte hilfreich sein.

In einigen Fällen erschweren auch *Probleme bei der Kostenübernahme* die Durch-

führung einer Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. In der Regel werden die Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Eine Ausnahme stellt die Gruppe der Flüchtlinge und Asylbewerber dar, die aufgrund ihres unsicheren Aufenthaltsstatus oft nicht regulär versichert sind und deren Grundversorgung über einen Krankenbehandlungsschein des Sozialamtes sichergestellt wird. Dieser deckt Psychotherapie allerdings nicht ab. Die Kostenübernahme für eine Psychotherapie muss zunächst beim Sozialamt speziell beantragt werden und unter Umständen hat das Sozialgericht darüber zu entscheiden, ob die Finanzierung bewilligt wird. Dieses Verfahren ist mit relativ großem Aufwand und Unsicherheiten verbunden. Um dem entgegenzuwirken, plädierten einige der Experten dafür, traumatisierten Flüchtlingskindern einen gesicherten Aufenthaltsstatus zuzuerkennen, damit sie einfacher in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden können.

Die Person des Psychotherapeuten

Ob für die Durchführung einer Psychotherapie mit Migrant*innen *spezielle Qualifikationen* erforderlich sind, wurde von den befragten Experten differenziert beurteilt. Als hilfreich wurden übereinstimmend Fremdsprachenkenntnisse sowie Sensibilität, Toleranz und Wissen über andere Kulturen bewertet, ferner Kenntnisse bzw. Zusatzausbildungen in Traumatherapie sowie ein Repertoire an diagnostischen und therapeutischen Methoden, die nicht primär über Sprache funktionieren. Ein eigener Migrationshintergrund des Psychotherapeuten kann in vielen Fällen von Vorteil sein, insbesondere, wenn die behandelten Kinder und ihre Familien aus dem gleichen Kulturkreis stammen. Allerdings betonten einige der Experten auch, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Migrationshintergrund nicht per se interkulturell kompetenter seien als Kollegen ohne Migrationshintergrund. „*Es ist nicht gesagt, nur wenn jemand Muttersprachler ist oder eine andere Herkunft hat, dass der dann kulturell kompetent ist. Interkulturelle Kompetenz ist was, was jenseits der Ethnie erworben werden muss*“, so einer der Interviewpartner.

Einige der Experten berichteten, dass Psychotherapeuten zuweilen *Vorbehalte* hinsichtlich einer Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund hätten. Hierfür spielen unterschiedliche Gründe eine Rolle, wie z. B. die Erwartung eines besonders komplizierten und mühsamen Psychotherapieprozesses, konfligierende Wertvorstellungen oder Differenzen hinsichtlich der therapeutischen Ziele. Beispielhaft schilderte eine der befragten Expertinnen Erfahrungen aus einer von ihr selbst durchgeführten Therapie: „*Wenn ich ein junges Mädchen mit Adoleszenz- und Ablösungsproblemen in der Therapie habe, die von ihren Brüdern oder dem Vater streng behandelt wird, und die Mutter die Männer dabei unterstützt, dann sind mir die Hände gebunden.*“ Einige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten antizipieren auch Probleme und Konflikte aufgrund kultureller Unterschiede in den Geschlechterrollen. So können z. B. weibliche Psychotherapeutinnen innere Ambivalenzen entwickeln, wenn sie verschleierte Mädchen und junge Frauen behandeln, da sie die Verschleierung als Symbol der Unterdrückung durch eine patriarchalische Kultur empfinden. Eine Expertin formulierte ihre Vorbehalte wie folgt: „*Das passt irgendwie nicht, eine Verschleierung und dann soll man die Seele öffnen, da habe ich Probleme. Ich bin jetzt mal so ehrlich, das macht ja auch was mit einem.*“

Im Hinblick auf das Desiderat der interkulturellen Kompetenz von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betonten die befragten Experten die wichtige Bedeutung von *Fort- und Weiterbildungen* sowie von Tagungen, Workshops und Kongressen. Als förderlich für die Entwicklung von Kultursensibilität wurde auch die Begegnung mit Menschen aus anderen Kulturkreisen angesehen, insbesondere der Austausch mit Kollegen, die selbst einen Migrationshintergrund haben. Weiterhin wurde die Teilnahme an Arbeitskreisen empfohlen, die sich dem Thema Migration und Psychotherapie widmen.

Verbesserungsvorschläge und Empfehlungen

Um die derzeit als unzureichend anzusehende psychotherapeutische Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen

mit Migrationshintergrund zu verbessern, schlugen die befragten Experten eine Reihe von Maßnahmen vor. Die Empfehlungen bezogen sich auf *strukturelle Rahmenbedingungen der Versorgung, Aufklärung und Information* sowie die *Aus- und Weiterbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*:

- Ganz generell wurden deutlich mehr Kassensitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gefordert. Nur so kann nach Auffassung der befragten Experten die angespannte Versorgungslage verbessert werden – sei es für Kinder und Jugendliche mit oder ohne Migrationshintergrund.
- Durch die Übernahme von Dolmetscherkosten durch die gesetzlichen Krankenkassen könnte ein wesentliches Therapiehindernis für finanziell schwächere Familien mit Migrationshintergrund beseitigt werden. Außerdem müsste nicht auf die in vieler Hinsicht problematische Übersetzungstätigkeit von Familienmitgliedern oder Freunden zurückgegriffen werden. Für Dolmetscher im KJP-Bereich wäre eine pädagogische bzw. basistherapeutische Zusatzqualifikation wünschenswert.
- Durch eine Sonderbedarfszulassung für Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund und/oder entsprechenden Sprachkenntnissen durch die Zulassungsausschüsse könnte die Versorgungssituation von Kindern bzw. Familien mit schlechten oder keinen Deutschkenntnissen deutlich verbessert werden. Nach derzeitiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) stellt muttersprachliche Psychotherapie keinen Sonderbedarf für die Zulassung dar. Diese Entscheidung sollte – gerade auch vor dem Hintergrund der ohnehin mangelnden Versorgung im Bereich der KJP mit muttersprachlichen Psychotherapeuten – neu überdacht werden (vgl. hierzu auch Halbe, 2008). Wünschenswert wären darüber hinaus auch Maßnahmen, welche geeignet sind, die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Migrationshintergrund zu erhöhen.
- Durch einen sicheren Aufenthaltsstatus für traumatisierte Kinder und Jugendliche

che aus Flüchtlingsfamilien und die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung könnte die Versorgung dieser hochbelasteten Gruppe entscheidend verbessert werden. Hier ist zunächst der Gesetzgeber gefordert.

- Um bei Migrationsfamilien Wissensdefizite über psychische Erkrankungen und Psychotherapie sowie Vorbehalte und Ängste abzubauen, ist eine gezielte Aufklärungs- und Informationsarbeit notwendig. Dabei sollten unterschiedliche Institutionen des Bildungswesens und der Gesundheitsversorgung einbezogen werden. Eine diesbezügliche Vernetzung von Schulen, Jugend- und Sozialämtern erscheint in diesem Kontext sehr sinnvoll. Weiterhin wäre mehr Informationsmaterial in den Muttersprachen der Betroffenen wünschenswert.
- Interkulturelle Kompetenz und Kultursensibilität sollten feste Bestandteile in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sein und in hinreichendem Umfang Eingang in die Curricula der Ausbildungsinstitute finden. Der Anteil dieser Ausbildungsinhalte entspricht im Moment noch nicht der hohen Relevanz der Thematik in der Praxis. Darüber hinaus sollten mehr Fort- und Weiterbildungen für bereits approbierte Kolleginnen und Kollegen angeboten werden.

Zur Thematik „inter- und transkulturelle Kompetenz“ von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erschienen hierzu jüngst für die Erwachsenenpsychotherapie Leitlinien für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten. Ein Link zu dieser interessanten Veröffentlichung befindet sich auf der Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer: www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-81.html

Fazit

Bei der Einordnung und Bewertung der in diesem Beitrag dargestellten Studie muss beachtet werden, dass es sich um eine explorative Untersuchung handelte, in der ein bislang wenig beforschtes Praxisfeld

mit qualitativen Methoden erkundet wurde. Die Auswahl und Akzentuierung der dargestellten Themen und Probleme spiegelt die Erfahrungen und Sichtweisen der befragten Experten wider, und naturgemäß kann die durchgeführte Expertenbefragung auch nicht den Anspruch der statistischen Repräsentativität erheben. Gleichwohl geben die Ergebnisse interessante und in hohem Maße praxisrelevante Einblicke in einen immer wichtiger werdenden, aber bisher wenig untersuchten Bereich der KJP.

Festzuhalten ist zunächst, dass die ohnehin unbefriedigende psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen für Betroffene mit Migrationshintergrund nochmals deutlich schlechter ist. Hierfür sind zum Teil strukturelle Mängel der psychotherapeutischen Versorgung verantwortlich, die ein unzureichendes Angebot bedingen und Migrantenkindern den Zugang zu einer geeigneten Psychotherapie erschweren. Hinzu kommt, dass in den Familien der Kinder und Jugendlichen oft ausgeprägte Ängste und Vorbehalte bezüglich einer psychotherapeutischen Behandlung bestehen, die unter anderem durch Wissensdefizite hinsichtlich psychischer Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten bedingt sind. Auch der Einfluss kultureller Unterschiede und daraus resultierende Missverständnisse und Vorurteile können den Zugang zu einer Psychotherapie und den therapeutischen Prozess sehr ungünstig beeinflussen. Die teilweise mangelhaften Deutschkenntnisse der betroffenen Kinder und ihrer Eltern sowie die Probleme, die durch den Einsatz von Dolmetschern entstehen, erschweren in vielen Fällen zusätzlich die Psychotherapie.

Vor diesem Hintergrund ist den Verbesserungsvorschlägen und Empfehlungen der befragten Experten aus Sicht der Autoren nachdrücklich zuzustimmen. Wie die skizzierten Maßnahmen zu konzipieren sind, ist nicht nur ein interessanter und notwendiger Gegenstand weiterer Forschung, sondern auch eine Herausforderung für die politisch Verantwortlichen. Dass Deutschland de facto längst ein Einwanderungsland ist, muss auch im Bereich der psycho-

therapeutischen Versorgung künftig angemessener berücksichtigt werden.

Literatur

- Assion, H. J. (Hrsg.) (2005). *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg: Springer.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.) (2009). *Experteninterviews: Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3., grundlegend überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Erim, Y. (2009). *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung* (3. Auflage). Bern: Huber.
- Halbe, B. (2008). Sonderbedarfszulassung/ Ermächtigung für fremdsprachige Psychotherapeuten? *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 8 (1), S. 37. Verfügbar unter: <http://bit.ly/1ndWOOY> [16.07.2014].
- Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.) (2010). *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Humboldt Universität – Arbeitsgruppe Transkulturelle Psychologie (2014). *Kultursensibel – aber wie? Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen*. Verfügbar unter: <http://bit.ly/1mXaxii> [16.07.2014].
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Verfügbar unter <http://bit.ly/V2BGjk> [22.06.2014].
- Schepker, R. & Toker, M. (2009). *Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlage und Praxis*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2012*. Verfügbar unter: <http://bit.ly/1IHCPUT> [22.6.2014].
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Social Research*, 1 (1), Art. 22. Verfügbar unter: <http://bit.ly/1jywazz> [16.7.2014].



Simon Lorenz (Jahrgang 1985), Klinisch-therapeutischer Sozialarbeiter (M. A.) ist derzeit in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.



Prof. Dr. Johannes Jungbauer (Jahrgang 1964), Professor für Psychologie an der Kath. Hochschule NRW in Aachen, ist Leiter des Instituts für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp).



Sabine Wild (Jahrgang 1981), Klinisch-therapeutische Sozialarbeiterin (M. A.), ist derzeit in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

Prof. Dr. Johannes Jungbauer

Katholische Hochschule NRW (KatHO)
Abteilung Aachen
igsp Aachen
Robert-Schuman-Str. 25
52066 Aachen
jjungbauer@katho-nrw.de

Korrespondenzadresse:

Simon Lorenz/Sabine Wild

Katholische Hochschule NRW (KatHO)
Abteilung Aachen
Robert-Schuman-Str. 25
52066 Aachen
simonlorenz1@gmx.de

Cognitive Processing Therapy zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung

Julia König und Rita Rosner

Zusammenfassung: Zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) liegen positive Therapieergebnisse für unterschiedliche Verfahren vor. Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick, Monson & Chard, 2007) gehört zu den international am besten evaluierten Verfahren, ist aber in Deutschland trotzdem wenig bekannt. Die CPT beruht auf einem sozial-kognitiven Störungsmodell der PTBS und ist eine vorrangig kognitive Psychotherapie. Neben einer Vorstellung der CPT werden Evaluationsstudien bei Erwachsenen vorgestellt. Aus Deutschland liegen bisher drei Studien vor, deren Ergebnisse nahelegen, dass sich das Manual auch hierzulande gut einsetzen lässt. Abschließend wird eine Adaptation für Jugendliche beschrieben: Die entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT) kombiniert CPT mit einer Commitmentphase sowie einem Emotionsregulationstraining und berücksichtigt die entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Jugendlichen. Der Artikel macht die breiten Anwendungsmöglichkeiten der CPT deutlich und soll Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹ zur Anwendung dieses Verfahrens motivieren.

Seit der Einführung der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hat sich die Zahl der Veröffentlichungen zur Behandlung dieser Störung und anderer Traumafolgestörungen vervielfacht. Ergebnisse randomisierter klinischer Studien, Pilotstudien und Fallberichte sowie die Beschreibung nicht evaluierter Methoden stehen für Praktiker oft unverbunden nebeneinander und erschweren die Einordnung und Bewertung dieser Methoden. Leitlinien, die auf Metaanalysen basieren (z. B. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health [ACPMH], 2007; National Institute for Health and Care Excellence, 2005 [NICE]), sind oft nur in Englisch verfügbar und finden daher in Deutschland nur eine eingeschränkte Leserschaft, während die deutschen, von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) herausgegebenen Leitlinien (Flatten et al., 2011) eher konsensbasiert sind und nicht auf einer eigens durchgeführten Metaanalyse beruhen. Insgesamt liegen aus dem Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) 54 methodisch hochrangige randomisierte klinische Studien vor (Watts et al.,

2013), während zu Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 2007) nur 11 und zu psychodynamischer und Hypnotherapie jeweils nur eine Studie eingeschlossen werden konnten. Obwohl es also auch Behandlungskonzepte aus anderen Schulen, wie der psychodynamischen (Sachsse, Vogel & Leichsenring, 2006; Müller & Sachsse, 2010) oder gestalttherapeutischen (Butollo, König, Karl, Henkel & Rosner, 2014), gibt, wurden diese bislang nur selten in methodisch hochrangigen Designs erforscht. Damit gilt die KVT insgesamt als das mit weitem Abstand am besten evaluierte Verfahren. Zudem liegen die Effektstärken im großen bis sehr großen Bereich.

Zu den international am breitesten und besten evaluierten Methoden innerhalb der KVT gehört die *Cognitive Processing Therapy* (CPT; Resick & Schnicke, 1993; im Deutschen manchmal als Kognitive Verarbeitungstherapie bezeichnet). Sie gilt zusammen mit der Prolongierten Exposition nach Foa (PE; Rauch & Foa, 2006) als die Methode der ersten Wahl. Beide Methoden sind dem Bereich der KVT zuge-

ordnet, setzen aber unterschiedliche Schwerpunkte. Während die CPT den Schwerpunkt auf die Veränderung problematischer Kognitionen setzt, betont PE den Expositions- und Habituationsaspekt in der Behandlung. Watts et al. (2013) berechneten innerhalb der evaluierten KVT-Studien die Effektstärken für Interventionen, die eher einen kognitiven Fokus setzen, im Vergleich zu Interventionen mit einem stärkeren Expositionsaspekt und fanden Effektstärken von 1.63 (95% KI 1.19-2.07) für eher kognitive Verfahren im Vergleich zu 1.08 (95% KI 0.85-1.31) für eher expositionsbetonte Verfahren.

CPT wurde ursprünglich für die Psychotherapie von Vergewaltigungsopfern entwickelt und wurde seither bei unterschiedlichen Patientengruppen mit PTBS (Soldaten, Flüchtlinge, Gefängnisinsassen etc.) und auch bei Komplextraumatisierten erfolgreich eingesetzt. Trotz der guten Wirksamkeit und der Robustheit der Methode ist die CPT in Deutschland wenig bekannt. Ziel dieses Artikels ist es zum einen, die CPT vorzustellen, und zum anderen, insbesondere die Studienergebnisse zusammenzufassen, die für Patienten nach sexuellem Missbrauch vorliegen.

Zum CPT Modell

Die CPT (Resick, Monson & Chard, 2007; 2014) beruht auf einem sozial-kognitiven Modell, welches sich von den rein kognitiven Theorien darin unterscheidet, dass nicht nur auf die durch ein Trauma ausge-

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

lösten dysfunktionalen Kognitionen geachtet wird, sondern auch darauf, wie das Ereignis im Kontext bereits bestehender Überzeugungen verarbeitet wird. Menschen sind einerseits bestrebt, ihre kognitiven Schemata aufrechtzuerhalten, und andererseits, eine möglichst gute Passung zwischen den Schemata und der Realität herzustellen. Es gibt zwei Mechanismen, die es ermöglichen, neue, schemadiskrepante Informationen zu integrieren. Einerseits kann das Ereignis so interpretiert werden, dass es ins Schema passt (Assimilation), andererseits kann das Schema so verändert werden, dass es mit den neuen Informationen vereinbar ist (Akkommodation). Somit steht die CPT in der Tradition von Forschern wie Piaget, der die Begriffe Assimilation und Akkommodation geprägt hat, aber auch von Horowitz (1986), dessen Behandlungskonzept für PTBS kognitive und psychoanalytische Konzepte vereint und der ebenfalls den Schemabegriff verwendet. Eine weitere wichtige theoretische Grundlage der CPT sind die Arbeiten von Janoff-Bulman (1992), die sich mit der Veränderung von Schemata durch traumatische Erfahrungen beschäftigte.

Beide Mechanismen können funktional sein – wenn jemand, mit dem man eine positive Beziehung hat, eine unfreundliche Bemerkung macht, kann es sinnvoll sein, zu assimilieren, also dies auf eine Weise zu interpretieren, die es erlaubt, die Person weiterhin positiv zu sehen („... meine Freundin hat Stress, das hat sie nicht so gemeint“). Auf diese Weise wird die Überzeugung aufrechterhalten und die Beziehung nicht beschädigt. Wenn jedoch jemand auf Dauer unfreundlich ist oder sich wieder und wieder als nicht vertrauenswürdig erweist, wäre es funktionaler, die Überzeugungen zu verändern, also zu akkomodieren, und in Zukunft Zeit und Energie auf andere Menschen zu verwenden, um nicht immer und immer wieder enttäuscht zu werden.

Assimilation

Ein traumatisches Ereignis ist in den allermeisten Fällen schemadiskrepant, und zwar so sehr, dass Assimilation nur möglich ist, wenn man die Realität stark verzerrt. Die Assimilation eines traumatischen Ereignisses zeigt sich häufig in Selbstvor-

würfen oder mentalem Ungeschehenmachen und verhindert eine wirkliche Verarbeitung des Ereignisses. Selbstvorwürfe („... ich hätte es wissen müssen“, „... es ist meine Schuld“) haben oft den Sinn, Überzeugungen über die eigene Sicherheit und die eigenen Einflussmöglichkeiten auf Ereignisse aufrechtzuerhalten („ich kann mich vor Gefahren schützen“, „die Welt ist im Großen und Ganzen sicher und vorhersehbar“). Gleichzeitig bedeuten die mit Assimilation verbundenen Schuld- und Schamgefühle eine große Belastung.

Der „Glaube an eine gerechte Welt“ spielt bei Assimilation ebenfalls eine große Rolle. Die meisten Menschen sagen zwar auf Nachfrage, „ich weiß, dass die Welt nicht gerecht ist“, kennen aber doch Situationen, in denen sie denken, „warum ist mir das passiert?“ oder „warum diese Person?“ – dies ist ein Zeichen für den Glauben an eine gerechte Welt, weil darin zum Ausdruck kommt, dass manchen Menschen schlimme (oder auch gute) Dinge nicht passieren *sollten*. Der Glaube an eine gerechte Welt führt häufig dazu, dass sich ein Opfer selbst Vorwürfe macht, nach dem Muster: „Nur schlechten Menschen passieren schlimme Dinge, also habe ich das, was passiert ist, verdient.“ Er kann sich aber auch in Ungeschehenmachen („wenn ich nur...“, „es war gar nicht so schlimm...“) äußern, nach dem bekannten Satz, dass „nicht sein kann, was nicht sein darf“. Mentales Ungeschehenmachen verhindert ebenfalls eine Verarbeitung des Traumas und seiner Folgen, weil das Ereignis letztlich nicht als wirklich geschehen akzeptiert wird. Auch Teilamnesien für Aspekte des traumatischen Ereignisses, wie sie bei PTBS-Patienten vorkommen können, werden als Assimilation gesehen. Assimilation bezieht sich auf das traumatische Ereignis, also auf die Vergangenheit.

Akkommodation und Über-Akkommodation

Bei einem traumatischen Ereignis wäre Akkommodation also der adaptive Mechanismus. Allerdings passen PTBS-Patienten ihre Überzeugungen häufig zu sehr an (Über-Akkommodation) und entwickeln extrem negative Ansichten und Erwartungen. Beispiele sind Äußerungen wie „jetzt weiß ich, dass man niemandem vertrauen

darf“, „ich habe überhaupt keine Menschenkenntnis“ oder „ich bin nichts wert“. Solche extremen Sichtweisen führen zu Angst, Anspannung und Misstrauen und können die Aufnahme und Erhaltung von persönlichen Beziehungen sehr erschweren. Über-Akkommodation bezieht sich auf die Gegenwart oder Zukunft.

Stuck points

Durch Assimilation und Über-Akkommodation entstehende dysfunktionale Gedanken werden als *stuck points* (Hängepunkte oder Stolpersteine) bezeichnet. In dieser Bezeichnung kommt zum Ausdruck, dass es sich bei der PTBS um eine Störung des Genesens handelt – nach einem traumatischen Ereignis sind die meisten Menschen zunächst erschüttert. Manche schaffen es dann aber, das Ereignis in ihre kognitiven Schemata auf eine Weise zu integrieren, die es ihnen erlaubt, gesund weiterzuleben (Akkommodation). Die Bezeichnung *stuck point* bezieht sich also auf dieses „Steckenbleiben“ in der Symptomatik. Die Hängepunkte werden auf einer Liste gesammelt und Schritt für Schritt bearbeitet. Hängepunkte, die erfolgreich bearbeitet wurden, von denen Patienten also nicht mehr überzeugt sind, werden gestrichen.

Emotionen

In der CPT wird zwischen „natürlichen“ und „gemachten“ Gefühlen unterschieden. Die natürlichen Gefühle entstehen aus dem Trauma selbst, wie zum Beispiel Trauer über einen Verlust, Angst bei einem Angriff oder Unfall oder Wut auf einen Täter. Es wird angenommen, dass diese natürlichen Gefühle, so intensiv, schmerzhaft und für die Patienten beängstigend sie auch sind, von alleine nachlassen, wenn sie in ihrer ganzen Intensität zugelassen und nicht vermieden werden. Die gemachten Gefühle resultieren aus den Interpretationen und Bewertungen des Traumas, also aus Kognitionen. Im Vergleich zu den natürlichen Gefühlen sind sie stabiler, da sie durch Kognitionen aufrecht erhalten werden, und lassen daher nicht unbedingt nach, wenn sie gefühlt werden. Es gibt Gefühle, bei denen es sich meist um „gemachte“ Gefühle handelt, wie zum Beispiel Schuldgefühle, aber die Unterscheidung erfolgt nicht anhand der Art des Ge-

fühls. Ein gutes Beispiel ist Wut. Es ist völlig normal, z. B. auf einen Unfallgegner wütend zu sein. Wenn diese Wut (wie auch die anderen natürlichen Gefühle) wirklich gespürt wird, nimmt sie irgendwann ab. Wenn Patienten denken „das darf nicht passieren“, „das ist eine Ungerechtigkeit, die nicht sein darf“ etc., können sie jahrelang wütend bleiben. Dann handelt es sich aber um ein sekundäres Gefühl. Das Konzept von natürlichen und gemachten Gefühlen hat Ähnlichkeiten mit anderen Emotionstheorien, das Manual bezieht sich allerdings auf keine davon explizit. Es wird vor allem darauf abgezielt, dass natürliche Gefühle nicht verändert werden können, sondern gefühlt werden müssen (und dann ihren Verlauf nehmen), während gemachte Gefühle auf Gedanken basieren und über kognitive Arbeit einer Veränderung zugänglich sind.

Psychotherapeutisches Vorgehen

Wie oben bereits erwähnt, ist die CPT vor allem eine kognitive Therapie. Die US-amerikanische CPT-Version, auf die sich das deutsche Manual bezieht (Resick et al., 2007) umfasst zwölf Sitzungen. Die deutschsprachige Adaptation (König, Resick, Karl & Rosner, 2012) wurde auf 15 Sitzungen erweitert, da im deutschen Krankenkassensystem eine Kurzzeit-Verhaltenstherapie 25 Sitzungen umfasst und es wünschenswert schien, für einige Inhalte mehr Zeit zu haben. Die Sitzungen mit Inhalten und Arbeitsblättern sind in der Tabelle dargestellt. Wie hier deutlich wird, ist ein besonderes Kennzeichen der CPT das große Angebot an schriftlichen Materialien, das zu jeder Stunde vorliegt. Dies können Materialien zur Psychoedukation sein oder Arbeitsblätter, die in den Stunden sowie in der Zeit zwischen den Stunden bearbeitet werden. Da viele Patienten gerade zu Beginn der Psychotherapie Konzentrations- und Gedächtnisprobleme haben, bieten die schriftlichen Materialien eine gute Unterstützung.

Die erste CPT-Sitzung umfasst Psychoedukation zur PTBS und zur Psychotherapie. In der zweiten Sitzung werden Therapieziele der Patienten diskutiert, um einerseits motivierende Ziele zu setzen, andererseits un-

Tabelle: Struktur der CPT

Sitzung und Thema	Arbeitsblätter
1. Psychoedukation	1.1 Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung? 1.2 Was erhält eine Posttraumatische Belastungsstörung aufrecht? 1.3 Was passiert in der Psychotherapie? 1.4 Therapievertrag 1.5 Ziele und Ressourcen
2. Ziele und Hängepunkte	2.1 Aktivitäten und Kontakte 2.2 Hängepunkte – Was ist das? 2.3 Hängepunktliste 2.4 Bericht über die Auswirkungen des Traumas
3. Die Bedeutung des Ereignisses	3.1 Aktivitäten und Kontakte 3.2 Gefühle 3.3 ABC-Arbeitsblatt 3.4 Bis zur nächsten Sitzung
4. ABC-Blätter und Alltagsbewältigung	4.1 Aktivitäten und Kontakte 4.2 ABC-Arbeitsblatt 4.3 Bis zur nächsten Sitzung
5. Gedanken und Gefühle identifizieren	5.1 Aktivitäten und Kontakte 5.2 Schriftliche Traumaschilderung
6. Die Erinnerung an das Trauma	6.1 Aktivitäten und Kontakte 6.2 Zweite schriftliche Traumaschilderung
7. Hängepunkte finden	7.1 Aktivitäten und Kontakte 7.2 Hilfreiche Fragen 7.3 Beispiel für ein ausgefülltes Hilfreiche-Fragen-Arbeitsblatt 7.4 Bis zur nächsten Sitzung
8. Hilfreiche Fragen	8.1 Aktivitäten und Kontakte 8.2 Problematische Denkmuster 8.3 Beispielblatt Problematische Denkmuster 1 8.4 Beispielblatt Problematische Denkmuster 2 8.5 Bis zur nächsten Sitzung
9. Problematische Denkmuster	9.1 Überzeugungen hinterfragen 9.2 Sicherheit 9.3 Bis zur nächsten Sitzung
10. Sicherheit	10.1 Überzeugungen hinterfragen 10.2 Vertrauen 10.3 Bis zur nächsten Sitzung
11. Vertrauen	11.1 Überzeugungen hinterfragen 11.2 Macht und Kontrolle 11.3 Bis zur nächsten Sitzung
12. Macht und Kontrolle	12.1 Überzeugungen hinterfragen 12.2 Wertschätzung 12.3 Bis zur nächsten Sitzung
13. Wertschätzung	13.1 Überzeugungen hinterfragen 13.2 Intimität und Selbstfürsorge 13.3 Bis zur nächsten Sitzung
14. Intimität und Selbstfürsorge	14.1 Überzeugungen hinterfragen 14.2 Zweiter Bericht über die Auswirkungen des Traumas
15. Reflexion und Abschluss	

realistische Erwartungen zu dämpfen. Außerdem werden in dieser Sitzung Ressourcen thematisiert, die die Patienten mitbringen und die ihnen helfen, in der Psycho-

therapie erfolgreich zu sein. Ausgehend von Zielen und Ressourcen der Patienten beginnt in dieser Sitzung die behaviorale Komponente der Psychotherapie. Unter

der Überschrift „Aktivitäten und Kontakte“ können mit diesem Therapiebestandteil flexibel positive Aktivitäten geplant, vermeidene Situationen schrittweise wieder aufgesucht, oder (vor allem in der mittleren Phase der Psychotherapie) eine schrittweise In-vivo-Exposition geplant werden. In dieser Sitzung wird auch der Bericht über die Auswirkungen des Traumas aufgegeben, der in der vierten Sitzung besprochen wird. In diesem Bericht sollen die Patienten schriftlich reflektieren, warum das traumatische Ereignis geschehen ist und welche Veränderungen daraus in ihrem Leben entstanden sind. Der Bericht dient vor allem dazu, Hängepunkte herauszufinden. Oft ist diese Sitzung aber sehr emotional, weil Patienten beim Besprechen des Berichts erst richtig klar wird, wie weitreichend die Auswirkungen des Traumas auf ihr Leben wirklich sind. In dieser Sitzung wird auch das bekannte ABC-Blatt eingeführt, das den Patienten helfen soll, die Verbindung zwischen Gedanken und Gefühlen zu erkennen und Gefühle korrekt zu benennen. Bei dieser Übung sollen die Patienten Ereignisse, die zu emotionalen Reaktionen geführt haben (davon mindestens eines zum Thema Trauma) analysie-

ren, nach dem Muster A (auslösendes Ereignis) – B (Bewertung) – C (Konsequenz: Gefühl und/oder Handlung). In der vierten Sitzung werden die ABC-Blätter besprochen und weiter geübt, außerdem ist hier Platz für Probleme im Alltag, die mit der PTBS zusammenhängen und häufig im Zusammenhang mit den ABC-Blättern offensichtlich werden. In der fünften Sitzung werden die neuen ABC-Blätter besprochen sowie die Expositionskomponente der CPT aufgegeben. Die Patienten sollen zu Hause einen Bericht über das traumatische Ereignis schreiben, in der Vergangenheitsform und so detailliert wie möglich, von dem Punkt an, an dem sie wussten, dass etwas passieren würde, bis zu dem Punkt, an dem sie sich wieder halbwegs sicher fühlten. Bei lang andauernden oder wiederholten Ereignissen kann man die schlimmsten Episoden herausgreifen und Schritt für Schritt bearbeiten. Dieser Bericht soll bis zur nächsten Sitzung jeden Tag gelesen werden. Die sechste Sitzung steht ganz im Zeichen der Erinnerung an das traumatische Ereignis. Die Patienten lesen ihren Traumbericht laut vor, während es Aufgabe der Psychotherapeuten ist, dem emotionalen Erleben nicht im

Weg zu stehen, sondern das Fühlen der natürlichen Gefühle zu erleichtern. Am Ende dieser Sitzung wird der zweite Traumbericht aufgegeben, der zwar ähnlich ist wie der erste, aber die Patienten sollen nun ihre aktuellen Emotionen (beim Schreiben) in Klammern mit angeben und nicht nur die während des Traumas erlebten. Dies dient der weiteren Differenzierung zwischen „jetzt“ und „damals“. Über die beiden Wochen der intensiven Beschäftigung mit dem Ereignis lässt die Belastung beim Lesen, aber auch die Symptomatik insgesamt, meist deutlich nach. Neben der Komponente der Habituation dient das Traumanarrativ auch der Versprachlichung und somit besseren Abspeicherung des Erlebten im biographischen Gedächtnis, was intrusives Erleben vermindert, aber vor allem auch dem Finden weiterer Hängepunkte. Diese Hängepunkte werden in den folgenden Sitzungen explizit bearbeitet, und zwar mithilfe aufeinander aufbauender Arbeitsblätter, die schrittweise eingeführt werden. Das erste „Hilfreiche Fragen“ unterstützt die Patienten dabei, ihre Überzeugungen infrage zu stellen. Dabei kommen klassische Strategien der kognitiven Therapie zum Einsatz, wie

A Situation / Auslöser	B Gedanke(n)	D Gedanken in Frage stellen	E Problematische Denkmuster	F Alternative Gedanken
Es hat lange gedauert, bis ich mit meiner Mutter darüber gesprochen habe.	Ich bin selbst schuld, weil ich so lange nichts gesagt habe 90 %	Belege dafür? lange nichts gesagt Belege dagegen? er hat mir gedroht, ich hatte Angst Gewohnheit oder Tatsache? Gewohnheit Falsche Interpretationen? Ich hatte Angst, habe ihm geglaubt.	Voreilige Schlüsse ziehen Über- oder Untertreibung Ich übertreibe meinen Anteil und untertreibe seinen Aspekte nicht beachten Ich beachte nicht, dass ich Angst hatte und meine Familie schützen wollte. Schwarz-weiß-Denken Übergeneralisieren Gedankenlesen Emotionales Schlussfolgern	Er hat mich in eine Situation gebracht, wo es sehr schwierig war, Hilfe zu holen. 80 %
	C Gefühl(e) schuldig 100 % traurig 30 %	„Alles-oder-nichts“-Modus? Extrem oder übertrieben? Aus Zusammenhang gerissen? Ich beachte nicht, dass ich erst 11 war. Informationsquelle vertrauenswürdig? Ich sage mir das – vielleicht nicht. Gefühle statt Fakten? Ja.		G Alte Gedanken bewerten 40 % H Gefühle schuldig 40 % wütend 10 % traurig 50 %

Abbildung: Beispiel eines ausgefüllten Blattes „Überzeugungen Prüfen“

Fallvignette

Eine 16-jährige Schülerin meldete sich auf Drängen der Schulpsychologin zur Traumatherapie an. Sie war im Alter von 11-15 Jahren von einem Nachbarn und guten Bekannten des Vaters sexuell missbraucht worden. Etwa ein Jahr vor Psychotherapiebeginn hatte sie sich, nachdem die Übergriffe immer intensiver geworden waren, ihrer Mutter mitgeteilt. In der Folge gab es in der Familie viel Streit, die Eltern trennten sich auf Probe, entschlossen sich jedoch, zusammenzubleiben, und zogen mit den drei Kindern (die Patientin hat einen jüngeren Bruder und eine noch jüngere Schwester) in einen anderen Stadtteil. Die Patientin besucht jedoch weiterhin dieselbe Schule.

Zu Beginn der Psychotherapie berichtete die Patientin, dass sie häufig ungewollt sehr lebendige Erinnerungen an den Missbrauch habe. Dies passiere besonders häufig, wenn sie sich beengt fühle oder wenn andere sie unerwartet berührten (z. B. im Fahrstuhl, im Bus, aber auch in der Schule). Da der Täter ein starker Raucher gewesen war, führte auch der Geruch von Zigarettenrauch häufig zu Intrusionen. Sie versuchte, diese Situationen nach Möglichkeit zu vermeiden, fuhr zum Beispiel viel zu früh in die Schule, um nicht im vollen Bus sein zu müssen, oder schützte im Sportunterricht Schmerzen vor, um nicht an Mannschaftsspielen mit möglichem Körperkontakt teilnehmen zu müssen. Sie schlief sehr schlecht ein und wachte häufig durch Alpträume auf. Sie berichtete auch über eine ständige Wachsamkeit, sie achte darauf, immer einen Fluchtweg zu haben, sei auch auf der Straße sehr wachsam und drehe sich ständig um, da sie Angst habe, der Täter könne sie verfolgen. Sie machte sich große Vorwürfe, einerseits, weil sie sich nicht früher ihrer Mutter offenbart und den Missbrauch beendet hatte, andererseits, weil sie in ihrer Familie „für so viel Streit gesorgt“ hatte. Gleichzeitig schämte sie sich für das Erlebte und fühlte sich „schmutzig“ und „eklig“.

Die Assimilation, die sich in Schuld- und Schamgefühlen äußerte, wurde vorrangig behandelt und konnte bereits beim Bearbeiten der ABC-Blätter vorsichtig hinterfragt werden. Nach dem zweimaligen Schreiben des Traumanarrativs (hier wurde die erste von der Patientin als „ganz schlimm“ bezeichnete Missbrauchsepisode als Fokus ausgewählt), das die Patientin als sehr aufwühlend, aber auch erleichternd erlebte, ließ das intrusive Erleben nach und parallel zur kognitiven Arbeit konnte sie im Alltag wieder mehr körperliche Nähe riskieren. Dies erfolgte mithilfe der „Aktivitäten und Kontakte“-Blätter, wobei sich die Patientin Schritt für Schritt von „meiner kleinen Schwester eine Geschichte vorlesen, während sie auf meinem Schoß sitzt“ über „eine gute Freundin umarmen“ zu „mit dem vollen Bus fahren“ vorarbeitete.

In der Abbildung ist ein „Überzeugungen Prüfen“-Arbeitsblatt der Patientin dargestellt, in dem sie die Überzeugung bearbeitet, selbst Schuld an den Ereignissen zu haben, weil sie sich nicht früher an ihre Mutter gewandt hatte. Im Verlauf der Bearbeitung des Blatts reflektierte sie über die Gründe, sich nicht zu öffnen (der Täter hatte sie massiv unter Druck gesetzt, außerdem war sie noch sehr jung und konnte die Übergriffe und auch den Gehalt seiner Drohungen nicht richtig einordnen), und konnte eine angemessenere Alternative entwickeln. Wie man in dem Blatt sieht, ließ die Überzeugung von dem ersten Gedanken deutlich nach und auch die Schuldgefühle wurden deutlich weniger. Dafür berichtete die Patientin erste Gefühle von Wut, und auch die Traurigkeit (beides natürliche Gefühle) verstärkte sich.

Wut und Traurigkeit verstärkten sich im weiteren Verlauf noch weiter und ließen dann wieder nach. Die CPT konnte nach 18 Sitzungen abgeschlossen werden (die Psychotherapeutin benötigte mehr Zeit für die Psychoedukation, und die Bearbeitung der Themen Sicherheit und Wertschätzung nahm ebenfalls mehr Zeit in Anspruch, sodass hier Sitzungen eingefügt wurden).

die Aufforderung, Beweise für und gegen die Überzeugung zu finden oder die Frage, ob die Überzeugung auf Fakten oder auf Gefühlen basiert. Das zweite Blatt, „Problematische Denkmuster“, enthält die klassischen Denkfehler der kognitiven Therapie. In dem letzten, umfassenden Blatt „Überzeugungen Prüfen“, werden alle bisherigen Blätter (ABC, Hilfreiche Fragen und Problematische Denkmuster) so integriert, dass Patienten ihre Überzeugungen selbstständig hinterfragen und in einem weiteren Schritt durch angemessenere ersetzen können. Dabei ist beides wichtig, das psychotherapeutische Gespräch, in dem es darum geht, die Überzeugungen auf empathische Weise infrage zu stellen, und die unterstützenden Arbeitsblätter, die dem Üben und Vertiefen des in der Psychotherapie Besprochenen dienen. Weder soll die Psychotherapie zu einem reinen Aufgeben und Überprüfen von Hausaufgaben verkommen, noch sollte die Bedeutung der Arbeitsblätter heruntergespielt werden – Veränderungen in oft lange bestehenden Denkgewohnheiten können vor allem dann entstehen, wenn sie immer wieder eingeübt werden. Außerdem erleben viele Patienten einen deutlichen Zuwachs an Selbstwirksamkeit, wenn sie erkennen, dass sie sich mit dem „Werkzeug“ aus der Psychotherapie selbst helfen können. Das Blatt „Überzeugungen Prüfen“ begleitet den gesamten weiteren Psychotherapieverlauf. Ein Beispiel ist in der Abbildung dargestellt, den Hintergrund dazu liefert die Fallvignette (im blauen Kasten). Im weiteren Verlauf wird auf fünf Themenbereiche eingegangen, bei denen Menschen mit PTBS oft Schwierigkeiten haben: Sicherheit, Vertrauen, Macht und Kontrolle, Wertschätzung sowie Intimität und Selbstfürsorge. Diese Aspekte werden jeweils im Hinblick auf sich selbst (also z. B. sich selbst vertrauen) und andere (z. B. andere Menschen wertschätzen) betrachtet. In der vorletzten Sitzung werden die Patienten wiederum gebeten, einen Bericht über die Auswirkungen des Traumas zu schreiben. Dieser wird dann mit dem ersten kontrastiert und die in der Psychotherapie erreichten Veränderungen diskutiert. Die letzte Sitzung dient auch der Rückfallprophylaxe, es werden Möglichkeiten besprochen, mit antizipierten Schwierigkeiten (Jahrestage, Gerichtsverhandlungen) umzugehen.

Die deutsche Adaptation ist sehr nah am US-amerikanischen Manual von 2007. Die drei zusätzlichen Stunden entstehen durch die Beschäftigung mit den Psychotherapiezielen (Stunde 2), mehr Zeit für die ABC-Blätter (Stunde 4) und eine eigene Sitzung für den Psychotherapieabschluss und die Rückfallprophylaxe (Stunde 14). Die Arbeitsblätter wurden leicht modifiziert und einige neue eingeführt (z. B. zur Psychoedukation). Der verhaltensbezogene Teil „Aktivitäten und Kontakte“ ist nicht Teil des Original-Manuals, ist aber erfahrungsgemäß oft hilfreich, wenn Patienten wichtige Alltagsaktivitäten wie z. B. Autofahren vermeiden. Im neuesten Manual (Resick et al., 2014) gilt das rein kognitive Vorgehen ohne Traumanarrativ als normales Vorgehen, während das Schreiben eines Traumanarrativs für Patienten empfohlen wird, die eine besonders hohe Dissoziationsneigung aufweisen.

Evaluation der CPT nach sexualisierter Gewalt

Randomisierte kontrollierte Studien

Im Folgenden wird ein Überblick über die Studien gegeben, in denen die CPT mit Menschen durchgeführt wurde, die sexualisierte Gewalt (dies beinhaltet sowohl Patienten nach einer einmaligen Vergewaltigung als auch Patienten nach jahrelangem Missbrauch in Kindheit und Jugend) erlebt haben.

In der ersten Studie (Resick & Schnicke, 1992) wurde die CPT im Gruppensetting in einem quasi-randomisierten Design mit Frauen, die nach einer Vergewaltigung im Erwachsenenalter eine PTBS entwickelt hatten, untersucht. Die Psychotherapie zeigte gute Erfolge bei der Reduktion der PTBS- und depressiven Symptomatik.

Resick, Nishith, Weaver, Astin und Feuer (2002) verglichen in einer randomisierten Therapievergleichsstudie CPT mit einer Kontrollgruppe und mit PE. Wie bereits oben angeklungen ist, handelt es sich hierbei um eine rein verhaltensbezogene Psychotherapie für PTBS, bei der die Exposition in sensu (die Patienten erzählen das traumatische Erlebnis mit ge-

schlossenen Augen und im Präsens) im Vordergrund steht, aber auch In-vivo-Konfrontation (mit sicheren, aber vermiedenen Situationen) und Atemübungen. In beiden Untersuchungsgruppen verbesserten sich die PTBS- und die depressive Symptomatik signifikant und mit hohen Effektstärken im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die durchschnittlichen Effektstärken lagen bei 2.52 für CPT und 1.66 für PE.

In einer *Dismantling*-Studie untersuchten Resick et al. (2008) Frauen nach interpersoneller Gewalterfahrung in der Kindheit oder im Erwachsenenalter. Da das Ziel der Studie war, die wirksamen Bestandteile der CPT herauszufinden, gab es drei Experimentalgruppen, die mit dem vollständigen Manual (CPT), dem Manual ohne die beiden Traumanarrative (*cognitive only*, CPT-C) behandelt wurden oder ausschließlich Traumanarrative schrieben (*written accounts*, WA). Hierbei wurde die insgesamt erhaltene Psychotherapiedosis konstant gehalten. Es zeigten sich hohe Effektstärken für alle drei Behandlungsgruppen. Direkt nach der Psychotherapie, nicht aber sechs Monate später, schnitt WA signifikant schlechter ab als die beiden anderen Gruppen, die sich nicht signifikant voneinander unterschieden.

Surís, Link-Malcolm, Chard, Ahn und North (2013) verglichen in einer randomisierten Therapievergleichsstudie CPT mit *present-centered therapy* (PCT; gegenwartszentrierte Therapie), einer Psychotherapieform, die zunächst als Kontrollbedingung für traumafokussierte Psychotherapien entwickelt wurde. PCT ist eine manualisierte Behandlung für PTBS, die keine traumafokussierten oder kognitiv-behavioralen Elemente enthält. Der Fokus der Gespräche wird aktiv von den traumatischen Ereignissen weg und auf das aktuelle Leben der Patienten gelenkt; Themen sind Problemlösen und die Verbesserung von Beziehungen, wobei die Verbindung zwischen aktuellen Problemen und PTBS-Symptomen hergestellt wird. Für die Studie wurden Männer und Frauen rekrutiert, die im militärischen Kontext sexuell traumatisiert worden waren. Die Behandlungseffekte waren mittel bis groß, lagen aber unter den in anderen Studien berichteten (0.30-1.02 für verschiedene Maße). CPT war erfolgreicher, was die selbstberichtete PTBS-Symptomatik

anging, im Interviewer-Urteil zeigte sich kein signifikanter Unterschied. Obwohl die meisten Unterschiede zwischen den Behandlungen nicht statistisch signifikant wurden, zeigten sich für den Gruppenvergleich Effektstärken im mittleren bis großen Bereich, die auf eine Überlegenheit der CPT hindeuteten. (Diese Kombination von Befunden, fehlende statistische Signifikanz bei mittleren bis großen Effektstärken, ist oft ein Anzeichen für zu geringe statistische Power, um die vorhandenen Unterschiede statistisch abzusichern.)

Klinische Studien

Boos, Scheifling-Hirschbil und Rüdell (1999) evaluierten eine Adaptation der Gruppen-CPT an einer psychosomatischen Klinik in Deutschland. Die Autoren berichten Daten von 55 Patientinnen, die zumeist in der Kindheit sexuell missbraucht worden waren und viele komorbide Störungen aufwiesen. Die Patientinnen nahmen zusätzlich zur Einzeltherapie an einer zehnstündigen Gruppe „Traumabewältigung“ teil, die an die CPT angelehnt war. Details der traumatischen Ereignisse wurden ausschließlich in der Einzeltherapie besprochen. Die Autoren berichten von signifikanten Verbesserungen der PTBS-Symptomatik und gehen davon aus, dass mit einer längeren Psychotherapiedauer, welche die Bearbeitung von mehr traumatischen Ereignissen erlaubt hätte, größere Effekte hätten erzielt werden können.

Zappert und Westrup (2008) berichten über die Implementierung einer modifizierten CPT in einer stationären Einrichtung für weibliche Militärangehörige. In diesem Fall wurde die zeitliche Struktur der CPT so verändert, dass alle Teilnehmerinnen zwei komplette 90-minütige Sitzungen erhielten, um ihre Traumanarrative vorzulesen. Dieses Besprechen traumatischer Erfahrungen in der Gruppe ist sehr ungewöhnlich, die Autoren berichten aber, dass diese Veränderung aus den langjährigen Erfahrungen an der Einrichtung entstanden sei und bisher niemand Intrusionen von einem fremden Trauma erlebt habe. Die Autoren berichten über eine Kohorte von 18 Frauen, von denen 15 eine klinisch signifikante Reduktion ihrer PTBS-Symptomatik erreichen konnten.

Modifikation für erwachsene Überlebende von sexuellem Kindesmissbrauch

Resick, Nishith & Griffin (2003) analysierten die Daten von Resick et al. (2002) im Hinblick auf den Einfluss sexuellen Kindesmissbrauchs auf den Psychotherapieerfolg. Sie stellten fest, dass Patientinnen, die sexuellen Kindesmissbrauch erlebt hatten, vor und nach der Psychotherapie mehr Symptome komplexer PTBS aufwiesen als Patientinnen ohne sexuellen Kindesmissbrauch in der Vorgeschichte, sich aber in den erreichten Symptomreduktionen nicht von diesen unterschieden.

Dass Frauen mit umfassenden Traumaanamnesen genauso gut auf CPT und PE ansprachen, aber nach der Psychotherapie weiterhin höhere Symptombelastung zeigten, weist darauf hin, dass sie möglicherweise mehr Psychotherapie gebraucht hätten. Deshalb entwickelten Chard, Weaver und Resick (1997) ein adaptiertes Manual für erwachsene Patientinnen, die sexuellen Kindesmissbrauch erlebt und hatten und an einer PTBS litten. Dieses CPT-SA (*sexual abuse*) genannte Programm umfasst 26 Sitzungen (17 Gruppen- und 9 Einzelsitzungen) über einen Zeitraum von 17 Wochen. Während CPT vor allem auf der Informationsverarbeitungstheorie basiert, schließt CPT-SA auch Themen aus der Selbstpsychologie sowie Entwicklungsaspekte mit ein. Nachdem eine Pilotstudie mit 15 Patientinnen erfolgreich verlaufen war (Chard et al., 1997), führte Chard (2005) eine größer angelegte Evaluationsstudie durch. Es zeigten sich große Effekte für CPT-SA im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe. Die Veränderungen blieben zur Ein-Jahres-Katamnese stabil.

House (2006) schlug eine Modifikation der CPT-SA vor, um diese im klinischen Alltag besser umsetzbar zu machen. Sie argumentiert, dass neun Einzelsitzungen pro Patientin, die sich auf die beiden Kotherapeuten einer Gruppe verteilen, zu einer hohen Arbeitsbelastung führen. Ihre Modifikation besteht aus 20 Gruppen- und einer flexiblen Anzahl von Einzelsitzungen. Zusätzlich zur CPT-SA werden am Anfang vier Sitzungen mit dem Thema Skillstraining (angelehnt an die dialektisch-behaviorale Therapie; DBT;

Linehan, 1993a, b) angeboten. Die Einzelsitzungen sind grundsätzlich der Arbeit mit dem Traumanarrativ vorbehalten, können aber auch aus anderen Gründen durchgeführt werden, zum Beispiel bei Krisen. House (2006) berichtet über eine Pilotstudie mit sechs Patientinnen, die gute Resultate ergab.

Modifikation für die Durchführung mit Jugendlichen: D-CPT

Wie bereits deutlich wurde, existieren verschiedene Modifikationen der CPT für unterschiedliche Zielgruppen. Speziell für Jugendliche und junge Erwachsene wurde eine entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT; im Englischen *Developmentally adapted Cognitive Processing Therapy, D-CPT*) entwickelt, die zum einen die Besonderheiten dieses Lebensalters berücksichtigt und zum anderen auf die Behandlung physischen und/oder sexuellen Missbrauchs abzielt (Matulis, Resick, Rosner & Steil, in Vorbereitung). Zur Stärkung der bei den Jugendlichen zu Beginn oft recht schwankenden Therapiemotivation wird zu Anfang der Intervention eine Commitment-Phase durchgeführt, in der die Jugendlichen den nötigen Raum bekommen, um eine Beziehung zum Psychotherapeuten aufzubauen und sich auf die Psychotherapie einschließlich aller Rahmenbedingungen einzulassen. Da sich diese Jugendlichen häufig in Jugendhilfeeinrichtungen befinden, sind in dieser Phase umfangreiche Absprachen zwischen den beteiligten Institutionen oft ebenso nötig wie Notfallpläne und ein Therapievertrag. Neben mangelnder Motivation stellt eine fehlende oder dysfunktionale Emotionsregulation ein häufiges Problem dar, das sich in Selbstverletzung, suizidalem Verhalten oder Substanzgebrauch äußern kann. Um diesen maladaptiven Verhaltensweisen, die in der Regel zur Beendigung aversiver Gefühlszustände eingesetzt werden, zu begegnen, wurden Emotionsregulationstechniken in das Manual integriert, wie sie in der DBT zum Einsatz kommen. Um sowohl die instabile Motivation und die vielen Umwälzungen im Leben der Jugendlichen (Schulwechsel, Bezugspersonenwechsel etc.) zu berücksichtigen, wird die eigentliche kognitive Arbeit (CPT-Phase) in hoher Intensität mit ungefähr 15 Sitzungen in vier Wochen

durchgeführt. Dies verkürzt die Psychotherapiedauer und erhöht die Bereitschaft der Jugendlichen für eine Behandlung. Während der Phase der gezielten Bearbeitung traumatischer Erfahrungen stärken die engmaschigen Termine bei dem Jugendlichen und dem Psychotherapeuten das Gefühl der Sicherheit. Die mögliche Überlegenheit einer solchen intensiven Verhaltenstherapie gegenüber der normalen, wöchentlichen Taktung konnte bereits für PTBS bei Erwachsenen empirisch gezeigt werden (Ehlers et al., 2010). Da Jugendliche mit Missbrauchserfahrungen zudem ein erhöhtes Risiko haben, die Schule abzubrechen, sich einen misshandelnden Partner zu suchen oder erneut Opfer von Gewalt zu werden (Barnes et al., 2009; Lipschitz, Rasmusson, Anyan, Cromwell & Southwick, 2000), liegt der Schwerpunkt in der letzten Psychotherapiephase auf der Erarbeitung von hilfreichen Perspektiven in diesen Bereichen.

Durch die Ergänzung des Programms um die oben genannten Behandlungsmodule und in Anpassung an das deutsche Versorgungssystem umfasst die E-KVT 30 Psychotherapiestunden. Darüber hinaus stehen dem Psychotherapeuten noch sechs sogenannte „Joker“-Stunden zur Verfügung, welche sowohl für Sitzungen mit Bezugspersonen, zur Krisenintervention oder für die Vernetzung mit Institutionen der Jugendhilfe, mit Lehrern oder Arbeitgebern verwendet werden können. E-KVT wurde in einer Pilotstudie sehr erfolgreich getestet (Matulis, Resick, Rosner & Steil, 2014) und eine randomisierte kontrollierte Studie wird derzeit an den Universitäten Eichstätt-Ingolstadt, Frankfurt und FU Berlin durchgeführt (für genauere Informationen siehe www.traumatherapie-jugendliche.de). Einen genaueren Einblick in den Ablauf der Psychotherapie bietet der Fallbericht von Rosner, Rimane, Fornaro, Matulis und Steil (2014).

CPT in Deutschland und in anderen Kulturen

Bisher liegen neben der bereits erwähnten Studie von Boos et al. (1999) zwei weitere erfolgreiche Studien aus Deutschland vor: So wurden an der LMU München Patienten mit einer PTBS nach unterschiedlichen traumatischen Ereignissen entweder CPT oder einer gestaltorientierten Intervention

zugewiesen (Butollo, König, Karl & Rosner, eingereicht). Auch hier lagen die Effektstärken für die CPT im sehr großen Bereich. Die bereits erwähnte Pilotstudie zur D-CPT wurde an der Universität Frankfurt durchgeführt. Ebenfalls in Frankfurt wird derzeit CPT-C bei Patienten mit traumaassoziierter Borderlinestörung überprüft (www.traumatherapie-verbund.de). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die CPT auch im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems bewährt hat. Neben der guten Wirksamkeit in westlichen Kulturen wurde die CPT auch, mit kulturspezifischen Adaptationen, mit traumatisierten Menschen aus anderen Kulturkreisen erfolgreich durchgeführt. Positive Erfahrungen gibt es mit bosnischen und afghanischen Flüchtlingen in den USA (Schulz, Huber & Resick, 2006; Schulz, Resick, Huber & Griffin, 2006), kurdischen Folteropfern im Irak (Kaysen et al., 2013) und bei weiblichen Überlebenden sexueller Gewalt im Kongo, wo die Psychotherapien in einer immer noch von Konflikten geprägten politischen Situation stattfanden (Bass et al., 2013).

Fazit: CPT in der Praxis

Bei der CPT handelt es sich um eine sehr wirksame, gut evaluierte Psychotherapie, die in der praktischen psychotherapeutischen Arbeit deutliche Vorteile mit sich bringt. Wie bereits deutlich wurde, ist diese Methode keineswegs neu (sie wurde ja auch bereits vor 20 Jahren veröffentlicht), allerdings scheint sich die Anwendung von traumafokussierten, evidenzbasierten Behandlungen für PTBS noch nicht durchgesetzt zu haben, obwohl es auch im deutschsprachigen Raum bereits lange Literatur zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung der PTBS gibt (Boos, 2005; Ehlers, 1999).

Möglicherweise würde es die manualisierte Form der CPT vielen Praktikern leichter machen, die bekannten KVT-Prinzipien auch mit PTBS-Patienten anzuwenden, was im Moment noch zu selten geschieht (Rosner, Henkel, Ginkel & Mestel, 2010). Da es sich bei CPT um eine klassische kognitive Verhaltenstherapie handelt, in welcher der kognitiven Umstrukturierung eine große Rolle

zukommt, ist die Methode sehr gut mit anderen verhaltenstherapeutischen Behandlungsmodulen vereinbar, wenn zum Beispiel komorbide Störungen zu behandeln sind. Außerdem beruht die CPT auf Konzepten, die den meisten approbierten Psychotherapeuten vertraut sind, und ist daher leicht zu erlernen. Die vielen schriftlichen Materialien bieten eine Unterstützung sowohl für Patienten als auch für Psychotherapeuten – gerade PTBS-Patienten, die häufig über das Gefühl berichten, den Halt verloren zu haben, profitieren oft sehr von der Struktur, die das manualisierte Vorgehen bietet. Unsere Erfahrung und die von vielen Kollegen, die (D-)CPT durchführen, ist auch, dass man sich oft besser auf den Patienten einlassen kann, wenn das Manual eine Planungshilfe bietet. Das Manual wirkt auch der Vermeidungstendenz auf Psychotherapeutenseite entgegen. Es gibt ein sehr hilfreiches kostenloses englischsprachiges Online-Lernprogramm, in dem die CPT Sitzung für Sitzung vermittelt wird, mit umfangreichen Materialien und Video-Beispielen (<https://cpt.musc.edu/>).

Literatur

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health [ACPMH] (2007). *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne: ACPMH.

Barnes, J. E., Noll, J. G., Putnam, F. W. & Trickett, P. K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33, 412-420.

Bass, J. K., Annan, J., Murray, S. M., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., Wachter, K., Murray, L. K. & Bolton, P. A. (2013). Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*, 368, 2182-2191.

Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung: ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.

Boos, A., Scheiffling-Hirschbil, I. & Rüdell, H. (1999). Therapie-Evaluation einer stationären Gruppe „Traumabewältigung“ innerhalb der psychosomatischen Behandlung und Rehabilitation von Patientinnen mit chronischer PTB. *Verhaltenstherapie*, 9, 200-210.

Butollo, W., König, J., Karl, R., Henkel, C., & Rosner, R. (2014). Feasibility and outcome of dialogical exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Psychotherapy Research*, 24, 514-521.

Butollo, W., König, J., Karl, R. & Rosner, R. (eingereicht). *A randomized controlled clinical trial of a Gestalt oriented therapy vs. cognitive processing therapy for PTSD*.

Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971.

Chard, K. M., Weaver, T. L. & Resick, P. A. (1997). Adapting CPT for child sexual abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 31-52.

Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., Grey, N., Liness, S., Wild, J. et al. (2010). Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 383-398.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, M., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.

Horowitz, M. J. (1986). *Stress Response Syndromes* (3. Auflage). Northvale/N. J.: Jason Aronson.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: toward a new psychology of trauma*. New York, N.Y.: Free Press.

Kaysen, D., Lindgren, K., Sabir Zangana, G. A., Murray, L., Bass, J. & Bolton, P. (2013). Adaptation of cognitive processing therapy for treatment of torture victims: Experience in Kurdistan, Iraq. *Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 184-192.

König, J., Resick, P. A., Karl, R. & Rosner, R. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörung. Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy*. Göttingen: Hogrefe.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Lipschitz, D. S., Rasmusson, A. M., Anyan, W., Cromwell, P. & Southwick, S. M. (2000). Clinical and functional correlates of posttraumatic stress disorder in urban adolescent girls at a primary care clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1104-1111.
- Matulis, S., Resick, P., Rosner, R. & Steil, R. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents suffering from PTSD after childhood sexual or physical abuse: a pilot study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 173-90.
- Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R. & Steil, R. (in Vorbereitung). *Entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit PTBS nach körperlichem oder sexuellem Missbrauch*. Manual. Weinheim: Beltz.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2005). *Posttraumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: NICE.
- Rauch, S. & Foa, E. B. (2006). Emotional processing theory (EPT) and exposure therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 61-65.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A. & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 243-258.
- Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard, K. M. (2007). *Cognitive Processing Therapy: Veteran/military Version*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
- Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard, K. M. (2014). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version: Therapist and patient materials manual*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
- Resick, P. A., Nishith, P. & Griffin, M. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums*, 8, 340-355.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Thousand Oaks: Sage.
- Rosner, R., Henkel, C., Ginkel, K. & Mestel, R. (2010). Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 127-135.
- Rosner, R., Rimane, E., Fornaro, P., Matulis, S. & Steil, R. (2014). Entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT) zur Behandlung einer PTBS nach Missbrauch bei Jugendlichen. *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, 10, 5-17.
- Schulz, P. M., Huber, L. C. & Resick, P. A. (2006). Practical adaptations of cognitive processing therapy with Bosnian refugees: Implications for adapting practice to a multicultural clientele. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 310-321.
- Schulz, P. M., Resick, P. A., Huber, L. C. & Griffin, M. G. (2006). The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 322-331.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 68-87.
- Surís, A., Link-Malcolm, J., Chard, K., Ahn, C. & North, C. (2013). A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 28-37.
- Zappert, L. N. & Westrup, D. (2008). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in a residential treatment setting. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 361-376.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B. & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, e541-e550.



Dr. Julia König, Dipl.-Psych., ist Akademische Rätin an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. An der Hochschulambulanz behandelt sie schwerpunktmäßig Patienten mit PTBS.



Prof. Dr. Rita Rosner, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, ist Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische und Biologische Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Sie leitet die Psychotherapeutische Hochschulambulanz. Ihre Forschungsschwerpunkte sind PTBS und Komplizierte Trauer.

Korrespondenzadresse:

Dr. Julia König

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Ostenstr. 25
85072 Eichstätt
julia.koenig@ku.de

Aktuelles aus der Forschung

Unerwartete Symptomverbesserungen und -verschlechterungen im Verlauf einer Psychotherapie

Implikationen für die psychotherapeutische Praxis

Nina Sarubin

Einleitung

Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen basieren häufig auf statistischen Prä-Post-Berechnungen, welche Hinweise darauf geben sollen, ob Behandlung A oder Behandlung B zu einem signifikant besseren Ergebnis (sog. „*outcome*“) in einer bestimmten Patientens Stichprobe führt. Individuelle Psychotherapieverläufe werden hingegen deutlich seltener untersucht (Hayes et al., 2007). Dies liegt u. a. daran, dass mitunter eine kontinuierliche, graduelle Abnahme von psychischen Symptomen angenommen wird. Einige Studien deuten jedoch – ebenso wie die klinischen Erfahrungen von Praktikern – darauf hin, dass Veränderungen bei Patienten¹ durch eine Psychotherapie nicht einem linearen Muster folgen, sondern dynamisch, mit vorübergehenden Höhen und Tiefen hinsichtlich der Qualität und der Quantität der Symptomatik verlaufen können. Der folgende Artikel beschäftigt sich mit dem Phänomen von plötzlich auftretenden Verbesserungen (sog. „*sudden gains*“) sowie plötzlich auftretenden Verschlechterungen (sog. „*sudden spikes*“) von Patienten, welche sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden.

Tang und De Rubeis (1999) operationalisierten als erste Forscher plötzliche Verbesserungen von Patienten *zwischen* zwei aufeinanderfolgenden Sitzungen. Eine

„plötzliche Verbesserung“ liegt nach ihrer Definition dann vor, wenn (1) eine absolute Veränderung vorliegt (gemäß dem RCI/*reliable change index*; Jacobson & Truax, 1991), (2) die vorherige Symptomatik um mind. 25% reduziert wurde und (3) die Reduktion der Symptomatik stabil ist, d. h., dass die Symptomschwere bei den vorherigen drei Therapiesitzungen signifikant höher gewesen sein sollte als die Symptomschwere in den folgenden drei Sitzungen nach dem *sudden gain*. Die Operationalisierung des zuletzt genannten Kriteriums der Stabilität der Verbesserung wurde aus unterschiedlichen Gründen kritisiert (Aderka et al., 2012). Ein alternatives Maß zur Prüfung der Stabilität wäre z. B., wenn eine Symptomverbesserung 1,5-mal höher ausfällt als die jeweilige Standardabweichung beim gewählten Therapieerfolgsmaß des Patienten (in standardisierten Fragebögen) im Psychotherapieverlauf (Aderka et al., 2012).

Ursprünglich wurde angenommen, dass ausschließlich kognitive Prozesse zu den beschriebenen positiven Veränderungen führen (Tang & De Rubeis, 1999), mittlerweile werden jedoch eine ganze Reihe von möglichen Variablen im Zusammenhang mit *sudden gains* untersucht (u. a. Selbstwert, therapeutische Arbeitsbeziehung, positive und negative Lebensereignisse).

Die plötzlichen Symptomveränderungen treten bei mehr als 50% der Patienten auf, welche sich wegen einer Depression erfolgreich einer psychotherapeutischen Behandlung unterzogen haben (Tang & De Rubeis, 1999). Patienten mit einer plötzlichen Symptomverbesserung im Rahmen einer Psychotherapie wegen einer Depression wiesen zu Behandlungsende sowie sechs und 18 Monate später weniger Symptome auf als Patienten, welche eine kontinuierliche Verbesserung der Symptomatik im Laufe der Psychotherapie erlebt hatten (Tang & De Rubeis, 1999). Aktuelle Studien untermauern diesen Befund von Tang und De Rubeis dahingehend, dass *sudden gains* eine signifikante Assoziation zu einer größeren Symptomreduktion zu Behandlungsende im Vergleich zu Patienten mit kontinuierlicher Verbesserung der Symptomatik aufweisen (Aderka et al., 2012).

Eine Literatursuche in der psychologischen Datenbank PsycINFO zu den Schlagwörtern „*depression*“, „*sudden gains*“ und „*psychotherapy*“ ergab 19 wissenschaftliche Arbeiten. Die Kombination der Begriffe

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

„depression“, „sudden spikes“ und „psychotherapy“ führte hingegen nur zu sechs Artikeln. Dies deutet darauf hin, dass innerhalb der Psychotherapieprozessforschung

das Muster einer plötzlichen Verbesserung größeres Interesse in der Forschungsgemeinde auszulösen scheint als plötzliche Verschlechterungen.

Im Folgenden wird zunächst auf die bislang einzige Metaanalyse zu „sudden gains“ im Kontext der Psychotherapie eingegangen. Anschließend werden mögliche Implikationen diskutiert.

Plötzliche Verbesserungen während psychotherapeutischer Angst- und Depressionsbehandlung – eine Metaanalyse

Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. J. & Hofmann, S. G. (2012) *Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80, 93-101.*

Zunächst weisen die Autoren darauf hin, dass die Datenlage bzgl. der Stabilität positiver Effekte nach einem *sudden gain* bis hin zum Abschluss der Psychotherapie uneinheitlich ist: Nicht alle Studien belegen die positive Wirkung von *sudden gains*, v. a. hinsichtlich der längerfristigen Gewinne wie z. B. reduziertes Rückfallrisiko. Plötzliche Symptomreduktionen im Verlauf einer Psychotherapie lassen sich bei mehreren affektiven Störungsbildern (z. B. Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung, Panikstörung, PTBS), unterschiedlichen Behandlungssettings (Einzel- und Gruppentherapien) sowie verschiedenen Vertiefungsrichtungen (z. B. Kognitive Verhaltenstherapie, analytisch fundierte Psychotherapie) finden.

Mittels Analyse der Datenbanken PsycINFO, PubMed und der Cochrane database suchten die Forscher nach Studien, welche den Begriff *sudden gains* in der Überschrift oder der Zusammenfassung beinhalteten. Eingeschlossen wurden ursprünglich 38 Psychotherapiestudien, in welchen u. a. der individuelle Psychotherapieprozess in jeder einzelnen Sitzung quantitativ untersucht wurde und eine einheitliche maximale Sitzungsanzahl für jeden Patienten vorgegeben war. Die Forscher haben schließlich 16 unterschiedliche Studien mit insgesamt 1.104 Patienten, die unter einer Depression oder einer Angststörung litten, hinsichtlich der lang- und kurzfristigen Folgen von plötzlichen Symptomreduktionen während der Psychotherapie eingeschlossen und analysiert. Als abhängige Variable dienten die in den Studien angegebenen Effektstärken, welche auf den jeweils ein-

gesetzten Angst- und Depressionsmessinstrumenten basierten. Zum Vergleich der Effektstärken wurde Hedges *g* (Rosenthal, 1991) berechnet, zur Überprüfung möglicher Moderatoreffekte wurden u. a. Meta-regressionen mit dem Programm „Comprehensive Meta Analysis 2.0“ durchgeführt.

Die mittlere Effektstärke zu Behandlungsende belegte, dass Patienten mit einem *sudden gain* signifikant größere Symptomverbesserungen aufwiesen als Patienten ohne dieses Verlaufsmuster. Dennoch konnten die Effekte gemäß Cohen (1988) nur als mittlere Effekte klassifiziert werden. Die Anschlusshebung („*follow-up*“) nach psychotherapeutischem Behandlungsende fand gemittelt über alle Studien nach durchschnittlich 4,44 Monaten statt. Auch hier konnten eine mittlere Effektstärke und eine signifikante Symptomverbesserung zugunsten der *sudden-gain*-Patienten festgestellt werden.

Darüber hinaus wurden Moderatoranalysen durchgeführt. Hierbei stand die Frage, ob eine dritte Variable (z. B. Diagnose), die Höhe des Zusammenhangs zwischen einem *sudden gain* und dem Ergebnis zu Behandlungsende signifikant beeinflussen könnte, im Zentrum. In einem ersten Schritt wurde berechnet, ob die psychotherapeutische Vertiefungsrichtung als möglicher Moderator eine Rolle spielen könnte. Hierbei unterschieden die Autoren lediglich dichotom zwischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen (KVT) und Behandlungen anderer Vertiefungsrichtungen. Das Ergebnis deutete darauf hin, dass die positiven Effekte, welche mit den *sudden gains* in Zusammenhang stehen, signifikant häufiger bei KVT-Interventionen auftraten. Einschränkend muss an dieser Stelle jedoch erwähnt werden, dass die Signifikanz u. a. durch eine deut-

lich größere KVT-Studienanzahl im Vergleich zu Nicht-KVT-Studien begründet werden könnte. Diese Erklärung erscheint v. a. dahingehend plausibel, als dass in beiden Subgruppen (KVT, Nicht-KVT) *sudden gains* prozentual betrachtet etwa gleich häufig bei den Patienten auftraten (KVT: 37,4%, Nicht-KVT: 37,6%).

Als weiterer Moderator wurde untersucht, ob sich die Art der Diagnose (Depression oder Angststörung) auf die Höhe des Zusammenhangs zwischen *sudden gains* und *outcome* einer Psychotherapie auswirkt. Dieser Moderator erwies sich als nicht signifikant. Die Autoren schlussfolgerten, dass *sudden gains* unabhängig von Art der Diagnose (Depression oder Angst) zu ähnlichen Effekten in einer Psychotherapie führen. Auch eine Moderatoranalyse bzgl. der Auswirkungen möglicher Verbesserungen bereits nach der ersten Sitzung zeigte keinen signifikanten Einfluss auf die Assoziation zwischen *sudden gains* und Therapieerfolgsmaßen zu Therapieende. Die Prädiktion von *sudden gains* auf eine mögliche Psychotherapie-sponse war zudem unabhängig von der Art der Operationalisierung (und entsprechender Klassifizierung) eines *sudden gains*. Dies spricht insgesamt sehr für die Stabilität und Robustheit der bereits gefundenen positiven Effekte von plötzlichen Symptomverbesserungen auf das Psychotherapieergebnis.

Als Ergebnis der Metaanalyse folgern die Autoren zusammenfassend, dass *sudden gains* kein vorübergehendes Phänomen darstellen, sondern eine stabile und anhaltende Veränderung markieren, die signifikant positiven Einfluss auf die Psychotherapie-sponse hat. Die Wissenschaftler weisen darauf hin, dass großer Forschungsbedarf hinsichtlich der einem *sudden gain* vorausgehenden Bedingungen sowie der

nachfolgenden, durch das *sudden gain* möglicherweise ausgelösten Veränderungen besteht.

Kommentar: Die vorliegende Metaanalyse wurde methodisch im Rahmen der Möglichkeiten der bis dato publizierten Studien

sehr gut durchgeführt und enthält einige wichtige Implikationen für die psychotherapeutische Praxis: Patienten sollten gemäß Informationspflicht des Psychotherapeuten auf mögliche Veränderungssprünge im Rahmen einer Psychotherapie aufgeklärt werden.

Diskontinuierliche Verlaufsmuster wie z. B. *sudden gains* scheinen zudem ein sehr allgemeines Phänomen darzustellen, welches sowohl während einer Psychotherapie als auch bei einer Placebobehandlung und einer Pharmakotherapie auftritt (Vit-tenge et al., 2005).

Diskontinuität und kognitive Veränderungen während einer expositionsbasierten kognitiven Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten

Hayes, A. M., Feldman, G. C., Beevers, C. G., Laurenceau, J. P., Cardaciotto, L. A. & Lewis-Smith, J. (2007). *Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Special Section: Cognitive Processes and Psychotherapy* 3, 409-21.

Hayes und Kollegen haben in ihrer Studie bei 29 depressive Patienten untersucht, inwiefern ein „*rapid early response*“ oder ein „*depressive spike*“ im Rahmen von 20 Einzelsitzungen „*Exposure-Based Cognitive Therapy (EBCT)*“ auftrat. Die Autoren grenzen hierbei ein *rapid early response* von einem *sudden gain* gemäß Tang et al. (1999) ab. Vorliegende Studie wurde konzipiert, um einen *depressive spike* zu induzieren, um dann ein möglicherweise daran anschließendes *rapid response* (Reduktion der depressiven Symptomatik um mind. 60% in der fünften Sitzung) zu ermöglichen.

Einleitend erwähnen die Autoren, dass beide Verlaufsmuster wichtige Marker für Veränderungen und gleichzeitig Prädiktoren für den Psychotherapieerfolg darstellen, weshalb zunächst ein Review des aktuellen Forschungsstandes dazu folgt. Plötzliche Verbesserungen treten in 60-80% der Fälle in der dritten Behandlungswoche auf. Mit *rapid response* scheint die Variable Hoffnung eng assoziiert zu sein: Eine frühe Reduktion von Hoffnungslosigkeit, wie sie in der Psychotherapie bei depressiven Patienten mitunter auftritt, kann u. a. den psychotherapieerfolg vorhersagen. Hingegen wird das Gegenteil einer plötzlichen Verbesserung, ein sog. *depressive spike*, als vorübergehende, psychische Systemdestabilisierung beschrieben, welche für eine Reorganisation Voraussetzung ist, sobald eine Assimilation des Individuums nicht mehr ausreicht. Der emotionale Stress, der mit einem sol-

chen *spike* einhergeht, kann als notwendiger Katalysator hinsichtlich dramatischer Veränderungen im Leben eines Patienten bewertet werden.

Die Autoren der Studie leiten anschließend aus der Verhaltenstherapie von Angststörungen ab, dass Exposition bei depressiven Patienten auch sinnvoll sein könnte, um Vermeidung zu reduzieren und kognitive Einsicht zu generieren. Hierfür sollten zunächst kognitive, affektive, behaviorale und somatische Komponenten des neuronalen Netzwerks der Depression des Patienten aktiviert werden, um die individuelle Toleranzschwelle und die Verarbeitung von vermiedenen Gefühle und Gedanken beim Patienten zu erhöhen. Auf Basis dieser Annahmen haben die Autoren ein integratives Psychotherapiekonzept für depressive Patienten entwickelt und in vorliegender Studie angewendet (Hayes et al., 2000): „*Exposure-Based Cognitive Therapy (EBCT)*“. Der spezielle, integrative psychotherapeutische Ansatz von Hayes und Kollegen beinhaltet u. a. Aktivitätenaufbau, Mindfulness-Based-Therapiebausteine, schemafokussierte und emotionsfokussierte Methoden, um „kognitiv-emotionales Prozessieren“ zu ermöglichen. Die Autoren prognostizieren für die Expositions- und Aktivierungsphase im Rahmen der beschriebenen Psychotherapieform ein *depressive spike*. Zudem äußern die Autoren die Hypothese, dass sowohl *depressive spikes* als auch ein *rapid response* ein positives Psychotherapieergebnis begünstigen.

Insgesamt umfasste die ursprüngliche Stichprobe 33 Patienten, von denen neun Patienten Antidepressiva einnahmen, welche sie auch im Verlauf der Psychotherapie im Rahmen der Studie weiter einnahmen. Von den 33 Patienten nahmen 29 Patienten an mindestens zwölf von den vorgese-

henen 20 einzeltherapeutischen Sitzungen teil, wobei innerhalb dieser zwölf Sitzungen vier aktivierende Expositionssitzungen durchgeführt wurden. Als Messinstrumente hinsichtlich der Veränderung der depressiven Symptome wurden die Patienten gebeten, einmal wöchentlich vor der bevorstehenden Einzeltherapiesitzung innerhalb von 20 Minuten ihre persönlichsten Gedanken und Gefühle hinsichtlich der Depression schriftlich festzuhalten. Diese Aufzeichnungen wurden von erfahrenen psychologischen Ratern mit der „*Change and Growth Experiences Scale*“ quantifiziert. Diese Skala beinhaltet u. a. Fragen zu „Hoffnung“ und „emotional-kognitive Prozesse“. Zusätzlich wurde die *Modified Hamilton Rating Scale for Depression (MHRSD)* verwendet, um Veränderungen hinsichtlich der depressiven Symptome zu detektieren. Hierarchische lineare Modelle wurden verwendet, um die Art der Veränderung zu erfassen (linear, quadratisch, kubisch). Darüber hinaus wurden Regressionen mit den Prädiktoren *depressive spike* und *rapid response* berechnet.

Die prognostizierte kubische Verlaufsform der Veränderung konnte bestätigt werden (Verbesserung, gefolgt von Verschlechterung, gefolgt von Verbesserung). 41% der Patienten hatten ein *rapid early response*, welches durchschnittlich in der fünften Sitzung auftrat. 62% der Patienten erlebten mindestens einen *depressive spike*, welcher am häufigsten in der achten Sitzung auftrat. Die Patienten mit einem *rapid early response* hatten in allen darauffolgenden Sitzungen niedrigere Gesamtscores im MHRSD als *nonrapid early responders*. Beide Verlaufsmuster (*early rapid response*, *depressive spike*) konnten geringere depressive Symptome zu Psychotherapieende vorhersagen. *Rapid-early-response*-Patienten zeigten in Stunde vier erhöhte Hoffnung

im Vergleich zu den *nonrapid early responders*. Der *depressive spike* war bei den Patienten mit erhöhten Werten im kognitiv-emotionalen Prozessieren assoziiert.

Kommentar: Die Autoren der Studie stellen deutlich dar, dass sowohl depressive Einbrüche als auch plötzliche depressive Symptomreduktionen im Laufe einer Depressionsbehandlung durchaus wünschenswerte Muster darstellen, die beide einen Psychotherapieerfolg begünstigen können. Die Autoren sehen hierfür vor allem intrapsychische Prozesse wie kognitiv-emotionale Verarbeitung (*depressive*

spike) und Hoffnung (*rapid early response*) als Mediatoren bzw. latente Variablen. Dies ist kohärent zu einer Studie, welche belegt, dass *sudden gains* unabhängig von positiven Lebensereignissen der Patienten meist in der fünften Therapiesitzung auftreten (Hardy et al., 2005). Befunde deuten zudem darauf hin, dass in der psychotherapeutischen Sitzung vor einem *sudden gain* eine Veränderung der negativen Annahmen/Einstellungen aufseiten des Patienten auftreten kann (Tang et al., 2005; Tang et al., 1991). Diese beiden Befunde untermauern die Ergebnisse der Studie von Hayes et al. (2007), in welcher

ebenfalls plötzliche Verbesserungen durchschnittlich in der fünften Stunde auftraten. Die von Tang et al. (2005, 1995) beschriebenen Veränderungen hinsichtlich negativer Annahmen/Einstellungen, welche vor einem *sudden gain* auftreten, könnten – wie von Hayes und Kollegen (2007) belegt – mit erhöhter Hoffnung assoziiert sein. Andere Studien widerlegen jedoch, dass einem *sudden gain* eine kognitive Veränderung vorausgeht (Andrusyna et al., 2006). Diese äußerst inkonsistenten Ergebnisse verdeutlichen anschaulich, wie dringend weitere Forschungen in diesem Themengebiet notwendig wären.

Behandlungsunabhängige Verbesserungssprünge bei Depressionen: die Rolle der Selbst-Evaluation

Kelly, M. A. R., Roberts J. E. & Bottonari K. A. (2007). *Non-treatment-related sudden gains in depression: The role of self-evaluation. Behaviour Research and Therapy* 45 (4), 737-747.

Obwohl *sudden gains* mittlerweile in einer großen Vielfalt bzgl. Settings, methodischem Vorgehen, unterschiedlichen Psychotherapieansätzen und unterschiedlichsten Diagnosen beobachtet und untersucht wurden, ist dies die bis dato einzige Studie, welche die Frage stellt, ob *sudden gains* auch im Verlauf einer unbehandelten depressiven Erkrankung auftreten.

Selbstvertrauen und dysfunktionale Einstellungen stehen bereits seit langer Zeit im Fokus der Erforschung von Depression; mittlerweile gilt als gesichert, dass beide Variablen sowohl das Auftreten als auch die Dauer einer depressiven Episode beeinflussen. Hoffnung und Selbstwirksamkeit stellen zwei weitere Variablen dar, welche den Verlauf einer Depression moderieren könnten: Es ist anzunehmen, dass hoffnungsvolle Patienten selbst kleinste Verbesserungen während einer Psychotherapie als Signal einer Besserung interpretieren und somit einen positiven Feedback-Kreislauf der Selbstwirksamkeit aktivieren. Die Autoren stellen an dieser Stelle die Hypothese auf, dass gerade bei diesen Patienten das Auftreten von *sudden gains* wahrscheinlicher sein dürfte. Emotionale

Selbstwirksamkeit, also die Fähigkeit eigene Emotionen zu regulieren bzw. zu kontrollieren, hängt hierbei eng mit der individuellen generellen Selbstwirksamkeit zusammen. Studien deuten zudem darauf hin, dass depressive Erwachsene und Jugendliche, welche zu Beginn einer Psychotherapie ein hohes Selbstwirksamkeitserleben aufweisen, zu Ende einer Psychotherapie weniger depressive Symptome aufweisen. Dies könnte u. a. dadurch begründet sein, dass Selbstwirksamkeit einerseits mit geringer Dysphorie und andererseits mit dem Einsatz von adaptiven Coping-Strategien in Stresssituationen assoziiert ist. Auch soziale Vergleiche können (je nach Kontext und Art des Vergleichs) die Stimmung beeinflussen und somit mit *sudden gains* in Zusammenhang stehen. Im Verlauf einer Psychotherapie erleben quasi alle Patienten positive und negative Ereignisse außerhalb des Psychotherapieraumes, wobei es Belege dafür gibt, dass das Beenden einer negativen Situation mit einer Reduktion depressiver Symptome korreliert, während das Auftreten positiver Ereignisse mit vollständiger Gesundheit zusammenhängt. Vor diesem theoretischen Hintergrund haben sich die Autoren der vorliegenden Studie die Frage gestellt, inwieweit die genannten Faktoren (Selbstwirksamkeit, Selbstwert, dysfunktionale Einstellungen, Hoffnung, emotionale Selbstwirksamkeit, soziale Vergleiche, Lebensereignisse) Einfluss auf ein *sudden*

gain im Verlauf einer unbehandelten Depression haben können bzw. ob das Phänomen der *sudden gains* überhaupt auch außerhalb einer Psychotherapie bei depressiven Menschen auftreten kann. 65 Studenten mit der Diagnose einer Depression gemäß DSM-IV und einem BDI-II-Summenwert von mindestens 15 Punkten, welche sich nicht in Behandlung wegen der Depression befanden, wurden in die neunwöchige Studie eingeschlossen. Die Teilnehmer füllten wöchentlich die gleichen Online-Fragebögen aus (u. a. BDI-II, *Rosenberg Selfesteem Scale*, *Beck Hopelessness Scale*). Zur Operationalisierung eines *sudden gains* orientierten sich die Autoren an den ersten beiden Kriterien von Tang et al. (1991), das dritte Kriterium wurde nicht berücksichtigt. Als drittes, eigenes Kriterium legten die Forscher fest, dass ein *sudden gain* nur dann vorliegt, wenn dieses größer oder gleich der 1,5-fachen Standardabweichung des Wertes des jeweiligen Studienteilnehmers über alle anderen Messzeitpunkte ist.

60% der Studienteilnehmer erlebten im Verlauf der Studie ein *sudden gain*, das einer durchschnittlichen Verbesserung von 12,5 Punkten im BDI-II entsprach. Teilnehmer mit einem *sudden gain* wiesen im Vergleich zu den *non-sudden-gainers* zu Ende der Studie signifikant niedrigere Werte auf. Bezüglich der Fragestellung nach potenziellen Prädiktoren eines *sudden*

sudden gains zeigte sich, dass *sudden gainers* zu Studienbeginn ein signifikant höheres Selbstvertrauen aufwiesen. Die anderen erhobenen Variablen wie Hoffnung ergaben keine signifikanten Ergebnisse. Auch eine Analyse der erhobenen Variablen Selbstwirksamkeit, dysfunktionale Einstellungen, Hoffnung, soziale Vergleiche und Lebensereignisse bezogen auf die zwei Wochen vor einem *sudden gain* zeigten bis auf einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen einer Reduktion sozialer Vergleiche im Allgemeinen (nicht speziell bezogen auf Aufwärts- oder Abwärtsvergleiche) und *sudden gains* keine weiteren signifikanten Assoziationen. Die Hypothesen der Autoren mussten somit weitgehend verworfen werden. Interessanterweise konnte ein initialer hoher Selbstwert zwar ein *sudden gain* vorhersagen, nicht jedoch die generelle Gesundung zu Studienende (knapp nicht signifikant). Die beiden signifikanten Prädiktoren (Selbstwert und soziale Vergleiche) hän-

gen auf multiple Weise zusammen: Der Selbstwert in Woche 1 korrelierte negativ mit der Häufigkeit sozialer Vergleiche in Woche 1. Diese Form der Selbsteinschätzung (Selbstevaluation durch soziale Vergleiche) scheint zu einer Persistenz depressiver Symptome zu führen.

Die Autoren belegen mit den dargestellten Ergebnissen, dass *sudden gains* zum vollkommen natürlichen Verlauf einer unbehandelten Depression gehören. Einschränkend ist jedoch zu erwähnen, dass die plötzlichen Verbesserungen insgesamt deutlich weniger stabil waren als in vergleichbaren Studien, in denen die Patienten eine psychotherapeutische Behandlung erhielten. Symptomintensivierungen nach einem *sudden gain* traten in vorliegender Studie bei ca. 54% der Teilnehmer auf. Psychotherapeutische Interventionen scheinen vor diesem Hintergrund plötzliche Verbesserungen bei Patienten zu stabilisieren und längerfristig zu erhalten.

Ausblick

Welcher Prozess in einer Psychotherapie zu einer Symptomreduktion und letztendlich erfolgreichen Psychotherapie führt, ist ein weites Forschungsfeld mit vielen potenziellen Variablen, Mediatoren und Moderatoren. *Sudden gains* stellen hierbei nur einen möglichen Mechanismus dar, ein monokausaler Zusammenhang erscheint angesichts der in der Forschungsgemeinde herrschenden Kontroversen hierzu eher unwahrscheinlich. Interessanterweise steht u. a. auch genau das Gegenstück des *sudden gains*, ein sogenannter *sudden/depressive spike*, unter Verdacht, die Psychotherapieerfolgchancen z. B. bei depressiven Symptomen zu erhöhen (Hayes et al., 2007; Keller et al., 2014). Dies mag zunächst erstaunen, erscheint bei genauer Betrachtung der multiplen dahinterliegenden Prozesse jedoch stimmig. Der deutlichen kurz- bis mittelfristigen Symptomintensivierung folgt letztendlich nicht selten eine Reduktion. Die psychischen Turbulenzen im Sinne einer Symptomintensivierung könnten assoziiert sein mit einer Unterbrechung von alten maladaptiven kognitiven Mustern und schließlich in einer intensivierten emotionalen Verarbeitung

bzw. Entwicklung des Patienten münden (Hayes et al., 2007). Mehr als 60% der depressiven Patienten erleben mindestens einmal während einer Psychotherapie eine solche vorübergehende Verschlechterung. Aus der klinischen Praxis mag dies für viele Psychotherapeuten durchaus vertraut klingen. Der fluktuierende psychische Zustand des Patienten mag mitunter Kollegen verunsichern oder irritieren und dazu führen, dass bisherige Behandlungsinhalte und -strategien kurzfristig modifiziert werden. Dies erscheint im Lichte der genannten Zusammenhänge jedoch nicht unbedingt indiziert: Vorübergehende Hochs und Tiefs sind anscheinend weit mehr als nur eine mögliche Nebenwirkung einer Psychotherapie. Sie stellen einen wichtigen Prozess der Veränderung des emotionalen Innenlebens eines Patienten dar, welcher mit Symptomverstärkung, Unsicherheit und Angst einhergehen kann. Dieser emotionale Umbruch im positiven wie im negativen Sinne kann vermutlich v. a. dann stattfinden, wenn sich der Patient auf eine Psychotherapie wirklich einlässt und sich durch die neuen Erfahrungen berühren und von einem Psychotherapeuten hierbei

Kommentar: Dass der individuelle Selbstwertlevel von sozialen Vergleichen beeinflusst wird und zudem zu Dysphorie beitragen kann, erscheint nicht überraschend. Einige Studien belegen mittlerweile den engen Zusammenhang zwischen niedrigerem Selbstwert und depressiven Symptomen, wobei die Richtung der Kausalität bislang nicht beantwortet werden konnte. Eine aktuelle Metaanalyse von 77 Langzeitstudien (Sowislo et al., 2013) ergab, dass ein geringerer Selbstwert eine Depression signifikant vorhersagen kann. Ein niedriger Selbstwert stellt somit eine spezielle Vulnerabilität hinsichtlich der Entwicklung einer depressiven Störung dar. Die Stärkung des Selbstwerts eines Patienten im Rahmen einer Psychotherapie könnte somit einen zweifachen Effekt zur Folge haben: zum einen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein *sudden gain*, zum anderen die längerfristige psychische Stabilität.

validierend begleiten lässt. Um seiner Aufklärungspflicht nachzukommen ist es für Psychotherapeuten deshalb ratsam, den Patienten gleich zu Beginn einer Psychotherapie über mögliche Verlaufsmuster (vorübergehende Symptomverbesserungen/Symptomverschlechterungen) psychoedukativ aufzuklären und diese als vorhersehbare Schwankungen zu benennen, die letztendlich eine langfristige Gesundung begünstigen bzw. für die Psychotherapie genutzt werden können. Die stellvertretende Hoffnung, welche vom Psychotherapeuten ausgeht, könnte sich so bereits zu Beginn einer Psychotherapie auf den Patienten übertragen und die Erfolgswahrscheinlichkeiten der Psychotherapie erhöhen.

Literatur

- Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. J. & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 93-101.
- Andrusyna, T., Luborsky, L., Pham, T. & Tang, T. Z. (2006). The mechanisms of

- sudden gains in supportive-expressive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 16, 526-536.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hardy, G. E., Cahill, J., Stiles, W. B., Ispan, C., Macaskill, N. & Barkham, M. (2005). Sudden gains in cognitive therapy for depression: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 59-67.
- Hayes, A. M., Feldman, G. C., Beevers, C. G., Laurenceau, J. P., Cardaciotto, L. A. & Lewis-Smith, J. (2007). Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Special Section: Cognitive Processes and Psychotherapy*, 3, 409-421.
- Hayes, A. M. & Harris, M. S. (2000). The development of an integrative treatment for depression. In S. Johnson, A. M. Hayes, T. Field, N. Schneiderman & P. McCabe (Eds.), *Stress, coping, and depression* (pp. 291-306). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Keller, S. M., Feeny, N. C. & Zoellner, L. A. (2014). Depression sudden gains and transient depression spikes during treatment for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (1), 102-111.
- Kelly, M. A. R., Roberts, J. E. & Bottonari, K. A. (2007). Non-treatment-related sudden gains in depression: The role of self-evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (4), 737-747.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. London, United Kingdom: Sage.
- Sowislo, J. F. & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139 (1), 213-214.
- Tang, T. Z. & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R. & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (1), 168-172.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. & Shelton, R. (2007). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Cognitive Processes and Psychotherapy*, 75 (3), 404-408.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. & Jarrett, R. B. (2005). Validity of sudden gains in acute phase treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 173-182.



Dr. Nina Sarubin, Dipl.-Psych., PP, ist seit 2012 wissenschaftliche Referentin der PTK Bayern.

Dr. Dipl.-Psych. Nina Sarubin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
sarubin@ptk-bayern.de

Kommentare und Leserbriefe zu erschienenen PTJ-Artikeln

Liebe Leserinnen und Leser,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern.

Die Diskussionen zu den folgenden oder auch anderen von uns aufgeworfenen Themen sollen nicht mit der vorliegenden Ausgabe des Psychotherapeutenjournals abgeschlossen werden – wir laden zur weiteren Diskussion ein und freuen uns über Ihre Leserbriefe, Kommentare und auch weiterführende Artikel!

Wir möchten außerdem darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten müssen, 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.

Zu C. T. Eschenröder: „Wie wirksam sind Techniken der energetischen Psychotherapie, die Exposition mit sensorischer Stimulierung verbinden?“ *Psychotherapeutenjournal* 2/2014, S. 149-156.

Leichtfertige Übergabe der Psychotherapie in Laienhand

Ich möchte Ihrer Aufforderung folgen, mich mit der doch verblüffenden Darstellung neuer Techniken in der Psychotherapie zu beschäftigen:

In dem Artikel wird eine Methode vorgestellt, bei der selbstakzeptierende Sätze („Ich liebe mich so, wie ich bin.“) mit organisierter Körperberührung (etwa dem Klopfen oder Reiben von „Wunden Punkten“) kombiniert werden. Verbunden mit einer durch die Vorstellungskraft des Patienten selbst dosierten Exposition mit unangenehmen oder traumatischen Erlebnissen soll ein Heilungsprozess angestoßen werden, der zu dauerhafter kognitiver Umstrukturierung und somit zu einer Linderung oder sogar einem Verschwinden der Symptome führt. Eschenröder fasst die inzwischen multiplen Varianten dieser Praktiken aus dem amerikanischen, südamerikanischen und deutschen Sprachraum unter dem Begriff „Energetische Psychotherapie“ (EP) zusammen.

Als Analytiker möchte ich hier Einspruch erheben – manches erscheint fragwürdig:

Da ist zunächst einmal die auf den ersten Blick bestechende Einfachheit bei hoher Wirksamkeit dieser Methode. Es ist bekannt, dass solche Wirkung in vielen Fällen nicht unbedingt anhält. Man sollte sich als Psychotherapeut stets vor Augen halten, wie komplex und differenziert psychische Heilung verläuft und dass es aus gutem Grund unterschiedliche fundierte Verfahren gibt, die je nach Problematik und Persönlichkeit des Patienten angezeigt sind.

Die hier vorgestellte Methode erscheint dagegen als eine Art Allround-Heilmittel: So soll sie als ergänzendes Therapiekonzept bei Ängsten, Phobien, Zwangsstörungen, PTBS, Substanzabhängigkeiten, Essstörungen usw. maßgeblich zum Erfolg beitragen. Ich halte das für einen Trugschluss. Es hat sich schon beim Konzept des positiven Denkens gezeigt, dass es für eine wirkliche mentale Veränderung mehr bedarf als einer Zauberformel der Art „ich kann, weil ich will ...“. Solche Strategien wecken Erwartungen, die kaum erfüllt werden können. Die Unterscheidung zwi-

schen Verfahren, Methode und Technik verschleiert diesen überzogenen Anspruch nur. Fundierte Psychotherapie ist oft langwieriger und komplexer. Es ist bei lebens-einschränkenden psychischen Erkrankungen meistens mit chronischen inneren Veränderungswiderständen zu rechnen, die nicht einfach durch suggestive Formeln und/oder Berührungstechniken überwunden werden können.

Der Autor argumentiert zwar, dass EP nur als Zusatztherapie für andere Verfahren (auch psychodynamische) hilfreich sein soll. Aber diese Einschränkung steht im krassen Gegensatz zu den Ausführungen etwa von Roger J. Callahan, den er als Begründer dieser Technik heranzieht. Callahan und andere Verfechter der EP betonen ausdrücklich, dass diese sehr kurze Behandlung eine effektive Alternative zu den von ihnen verspotteten Langzeittherapien darstellt, bei denen man sich in unnützer und wirkungsloser Weise für die leidende Person und deren Lebensgeschichte interessiere (z. B. Callahan, 1993).

Ob schwere Identitätskrisen und Verzweiflungsgefühle von Patienten tatsächlich durch eine „akzeptierende Haltung“ und kombinierter Berührung gelindert werden können, bleibt fragwürdig. Hier wird etwas angenehmes Klingendes (es kann ja nicht falsch sein, eine positive Grundeinstellung zu haben) mit psychotherapeutischer Erarbeitung, Konfrontation und Veränderungsversuchen verwechselt.

Bedenklich ist auch die leichtfertige Übergabe der Therapie in Laienhand. Callahan schreibt in seinem Buch „Leben ohne Phobie – Wie Sie in wenigen Minuten angstfrei werden“ (schon der Titel ist bemerkenswert!) Sätze wie diesen: „... die Behandlung ist als solche einzigartig unter den Methoden zur Phobie- und Angsttherapie. Auch in den Händen von Laien kann diese Methode nicht schaden. Dafür aber viel bewirken.“ (Callahan, S. 158).

Dass Patienten keinen Schaden durch die Methode davontragen, ist eine gängige Behauptung alternativer und esoterischer „Behandlungen“. Zum Risiko wird das, wenn Menschen mit schwerwiegenden Störungen fleißig klopfen und liebevoll denken, aber so niemals die wichtigen Türen zur Lösung ihrer Probleme öffnen.

Hellhörig macht auch der theoretische Rahmen der Methode. Der Hintergrund für dieses Verfahren sei die Erkenntnis, so schreibt der Autor, dass die vielschichtigen Symptome durch „Störungen im Fluss subtiler Energien“ ausgelöst würden. Er zitiert hier die Aussage von G. Craig, eines Callahan-Schülers: „Die Ursache aller negativen Emotionen ist eine Störung innerhalb des körpereigenen Energiesystems“ (Eschenröder in *Psychotherapeutenjournal* 2/2014, Seite 154). Auch das klingt zunächst so schön einfach, heißt es doch letztlich nur, dass die Symptome eine physikalische Ursache haben. Aber es ist komplizierter. Eschenröder weist selbst darauf hin, dass es bis heute nicht gelungen ist, diese behaupteten Energieströme nachzuweisen oder empirisch zu belegen.

Diese nicht nachweisbaren, aber als wirksam gesetzten Energieströme werden nun durch unterschiedliche Stimulierung, also Körperberührung, von Blockaden befreit.

Bei Callahan ist es vor allem der zweite Zeh, auf den während des Denkens an die Problematik 35 Mal geklopft werden muss. Diese Technik kommt in der Grafik im Artikel gar nicht mehr vor. Es gibt also offenbar auch für die Klopfpunkte eine sich verändernde Geschichte. Während bei Callahan der zweite Zeh noch als Hauptpunkt und als Nebenpunkt eine Stelle unter den Augen lokalisiert wird, sind es bei Eschenröder nun mehrere Punkte im Gesicht und auf dem Oberkörper, wie die Grafik veranschaulichen soll. Warum? Sind diese Punkte etwa beliebig?

Auch der Versuch, die Wirkmechanismen von EP nicht über Energieströme, sondern mit empirisch überprüfbaren psychologischen und neurophysiologischen Prinzipien zu erklären, löst Skepsis aus. Der Autor weist zwar selbst darauf hin, dass es auch hier nur Hypothesen zu den Wirkmechanismen der EP-Methoden gibt und dass diese noch nicht ausreichend überprüft wurden. Diese Skepsis wird aber konterkariert, wenn Eschenröder zur Bestätigung Michael Bohne (2010, S.30) mit den Worten zitiert, „dass es sich beim Klopfen und bei den Selbstakzeptanzaffirmationen um eine interessante und geschickte neuronale Stimulation der emotionsverarbeitenden Hirnareale ... körperlicher, emotionaler und gedanklicher Netzwerke handelt.“ (Eschenröder in *Psychotherapeutenjournal* 2/2014, S. 155).

Das klingt für neurologische Laien möglicherweise beeindruckend, es bleibt dennoch nur eine spekulative Behauptung.

Der Autor führt zur theoretischen Fundierung der EP außerdem die Wirkung von Akupunktur und systematischer Desensibilisierung an. Es scheint ein neuer, diffus akzeptierter Mythos zu sein, dass die Stimulierung bestimmter Punkte Einfluss auf körperliche und psychische Symptome haben kann. Wissenschaftlich belegt ist das nicht.

Der postulierte Zusammenhang von positiver Selbstsuggestion und Desensibilisierung sollte daher ebenfalls überdacht werden: Die Verhaltenstherapie kennt zwar verschiedene Modelle der stufenweisen Annäherung an unnötige Angstsituationen.

Desensibilisierung ist in dem Fall die gezielte Gewöhnung an etwas, das als Gefahr überschätzt wird. Mir ist nicht bekannt, dass diese Verfahren auch für Zwangsstörungen, traumatische Störungen oder Essstörungen empirische Belege der Wirksamkeit erbracht haben.

Kritisch zu betrachten ist auch die Argumentation, die Wirkung der EP-Methoden gehe weit über einen Placeboeffekt hinaus. Der Autor zitiert zunächst Eysenck und Grawe, die über Placebowirkung geforscht haben, und argumentiert dann, dass die von ihm vorgestellten „Selbstberührungsmethoden“ die statistischen Werte zur Wirkung von Placebos weit übertreffen. Die Basis dieser Argumentation ist somit aber doppelt fragwürdig: Denn die Wirkmechanismen von Placebos sind weitgehend ungeklärt und jene der EP-Methoden ebenso. Auch aus dieser Perspektive müssen deren angebliche Langfristserfolge hinterfragt werden.

Die Ursache scheinbar müheloser Erfolge dürfte vielmehr in einer nur kurzfristigen Übertragungsheilung liegen. Studien, die von schnellen Therapieerfolgen berichten, sollte man auch deshalb kritisch betrachten. Denn die zugrunde gelegten Interventionen werden – gerade in der Verhaltenstherapie – häufig bewusst zeitlich kurz gehalten, damit die positiven Effekte gemessen werden können, bevor die Wirkung der Übertragungsheilung nachlässt. Ich habe in meiner langen analytischen Praxis immer wieder erlebt, dass die wohlwollende Begegnung bei vielen Klienten eine rasche Übertragungsheilung auslösen kann. Ich verstehe das so, dass diese Symptomreduzierung von der Übertragungsbeziehung und vom Setting abhängig ist; dass sie deshalb nicht mit einem zuverlässigen Behandlungserfolg verwechselt werden darf. (Horn, 1997). Die Folge positiver Übertragung ist eine angenehm wirkende Einladung zur Unterstützung der mit Geduld und Empathie zu bearbeitenden Umstrukturierungen; da sehe ich einen Unterschied zwischen der vorgestellten Oberflächentherapie und theoretisch fundierter Psychotherapie.

Ist dieser theoriekritische Ansatz antiquiert? Es scheint so. Heute freut man sich über

den möglichen positiven Einstieg bei der Begegnung mit Leidenden (einer Anfangseuphorie) und hält das für Behandlung. Auch aus diesem Grund sehe ich in den positiven Affirmations- und Berührungstechniken keinen Unterschied zu anderen nicht wissenschaftlich begründeten, teils esoterischen Methoden.

Als Beleg für die Wirkung des „heilenden Klopfens“ wird in dem Artikel u. a. der Fall einer Referendarin geschildert, die aufgrund einer massiven Prüfungsangst im ersten Anlauf beinahe gescheitert wäre. Der Therapeut hat in intensiver Form mit der Patientin Selbstakzeptanz geübt: „... auch wenn ich versagt habe, möchte ich mich liebevoll behandeln“. Er hat der Klientin geraten, konstruktiv zu denken: „... gehe mit Zuversicht in die Prüfung“, und er hat die positiven Vorstellungen mit dem Klopfen von Körperpunkten verbunden. Nach relativ kurzer Therapie hat die Referendarin eine bessere Note bei der Prüfungswiederholung geschafft.

Worauf beruht dieser Erfolg? Es leuchtet ein, dass ein prüfungängstlicher Mensch durch Zuspruch im zweiten Anlauf eine Prüfung besser bestehen kann. Wir alle kennen solche wohltuenden positiven Affirmationen. Ist das nun Psychotherapie oder ist das akzeptable Lebenshilfe?

Zusammenfassend meine ich, es gibt eine zähe Geschichte der Behauptung von der Wirksamkeit positiven Denkens ergänzt durch magisch wirksame Handlungen. Mal wurde das verbunden mit rein mentaler Einstellung, mal mit formelhaften Sätzen, mal mit Berührungen (Verankerungen). Die Verfahren kommen und gehen.

EP gehört meines Erachtens in diese Tradition. Auch Eschenröder spricht in der Schlussbemerkung seines Artikels von dem „Verankern positiver Gedanken“ als Werkzeug der EP-Methoden.

Replik des Autors

Dr. Bernd Horn kritisiert in seinem Kommentar zum Teil den Inhalt meines Artikels, zum Teil Ansätze der Energetischen Psychotherapie (EP), denen ich selbst

Die sehnsüchtige Grundhaltung, man könne Menschen mit solchen Methoden helfen, erweist sich als unausrottbarer Mythos. Schon 1926 hat sich Karl Abraham kritisch über eine Methode des positiven Denkens der damaligen Zeit (Émile Coués Verfahren der „Selbstbemeisterung“) geäußert. Die Formel von Coué, die der Leidende drei Mal am Tag 20 Mal hintereinander gebetsmühlenartig aufzusagen hatte, war: „Jeden Tag geht es mir in jeder Beziehung immer besser und besser.“

Abraham versuchte schon damals aufzuzeigen, dass es sich aus psychodynamischer Sicht bei so einem Ritual wohl nur um ein erlerntes leichtes Zwangsritual handelt, das ähnlich wie andere Zwangshandlungen selbstberuhigend wirken soll.

Abraham war es schon sehr wichtig, psychotherapeutisches Vorgehen von solchen rein suggestiven Ansätzen zu unterscheiden, da diese suggestiven Methoden wirkliche Symptome doch nicht beeinflussen können.

Immer wieder gab es in Abwandlungen die Techniken der positiven Selbstsuggestion. Neuerdings ist z. B. die sog. „Quantenheilung“ in Mode gekommen, bei der mit geringstem Aufwand alle körperlichen und psychischen Beschwerden – sogar aus größter Entfernung – beseitigt werden. Yes, we can! Und zwar alles – und das in kürzester Zeit, ohne Anstrengung, ohne Leiden. Ein dickes Fragezeichen sei an dieser Stelle erlaubt.

Auf fruchtbaren Boden fallen diese zahlreichen und dennoch ähnlichen Angebote, weil der verständliche Wunsch nach schneller Heilung groß ist. Aber hat das wirklich die gleiche Bedeutung und Wirkung wie methodisch begründetes psychotherapeutisches Bemühen, das große Ausdauer auf beiden Seiten verlangt? Der Mensch ist vielschichtig. Er hat Emotionen, er hat eine Geschichte, er hat Lebensumstände. Und es darf nicht

auch kritisch gegenüberstehe. Mir scheint, als seien einige seiner Aussagen, auf die ich im Folgenden eingehe, durch fehlende Informationen zur EP

übersehen werden, dass es unbewusste Prägnungen und Steuerungen gibt, die nicht so einfach zu beeinflussen sind. Die beschriebenen Techniken verleugnen daher aus meiner Sicht die Verursachungs- und Verantwortungsseite von Störungen.

Letztlich trägt die Hoffnung auf magisch rasche Veränderung zum Anwachsen des Widerspruches zwischen subjektivem Wunsch und objektiver Wirklichkeit bei. Wenn die Kluft zwischen Traum und Realität nicht mehr zu übersehen ist, kann es doch sehr ernüchternd wirken – zum Nachteil der Patienten, die mit Gefühlen von Versagen, Selbstvorwürfen oder gar Depressionen reagieren können, wenn sich die Wirkungslosigkeit herausstellt.

Literatur

- Abraham, K. (1969). Psychoanalytische Bemerkung zu Coués Verfahren der Selbstbemeisterung. In K. Abraham (1969): *Psychoanalytische Studien II* (S. 411-436). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Callahan, J. (1987). *Leben ohne Phobie – Wie Sie in wenigen Minuten angstfrei werden*. Freiburg: VAK-Verlag.
- Ferenczi, S. (1985). *Ohne Sympathie keine Heilung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1950). *Zwangshandlungen und Religionsübung*. (GEW, Bd. VII). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Horn, B. (1997). Therapeutische Wirkung des idealisierten Objektes – Gebrauch und Mißbrauch der Liebe. In K. Höhfeld & A.-M. Schlösser (Hrsg.), *Psychoanalyse der Liebe* (S. 425-441). Gießen: Psychosozialverlag.
- Kraft, H. (1995). Über innere Grenzen – Initiation, Schamanismus, Kunst, Religion und Psychoanalyse. Jena: Diederichs.

Weitere Literatur: erhältlich über den Autor: hnf-horn@gmx.de

Dr. Bernd Horn,
Stockdorf

und eine möglicherweise voreingenommene Lektüre meines Artikels bedingt und daher falsch oder zumindest missverständlich.

1. Ich habe nicht behauptet, dass EP-Techniken bei Zwangsstörungen „maßgeblich zum Erfolg beitragen.“ Vielmehr habe ich die Studie von Moritz und Kollegen (2011) referiert, wonach die durch das Internet vermittelte Klopfmethode zwar von einem Teil der Patienten als hilfreich beurteilt wurde, aber nicht zu einer signifikanten Verminderung von Zwangssymptomen führte.

2. Bernd Horn kritisiert überhöhte Erfolgsversprechungen von Roger Callahan. In diesem Punkt kann ich ihm nur zustimmen. Leider war im Rahmen meines Aufsatzes eine ausführliche kritische Auseinandersetzung mit Callahans Behauptungen nicht möglich (vgl. dazu Eschenröder, 2012, S. 156f. und S. 170f.).

3. Bernd Horn schreibt in Bezug auf EP-Ansätze: „Der Hintergrund für dieses Verfahren sei die Erkenntnis, so schreibt der Autor, dass die vielschichtigen Symptome durch ‚Störungen im Fluss subtiler Energien‘ ausgelöst würden.“ Ich halte dies nicht für eine „Erkenntnis“, sondern für eine sehr spekulative theoretische Annahme, die ich lediglich referiere, aber persönlich mit Skepsis betrachte.

4. Nach Bernd Horn ist es bei Callahan „vor allem der zweite Zeh, auf den während des Denkens an die Problematik 35 Mal geklopft werden muss.“ Roger und Joanne Callahan erwähnen in ihrem Buch „Den Spuk beenden. Klopfakupressur bei posttraumatischem Stress“ (2001) an keiner Stelle diesen Behandlungspunkt (vgl. insbesondere Callahan & Callahan, 2001, S. 31). Die Abbildung 2 in meinem Aufsatz zeigt die Behandlungspunkte, die in den

Emotional Freedom Techniques (EFT) nach Gary Craig verwendet werden.

5. Zur Desensibilisierung schreibt Bernd Horn: „Mir ist nicht bekannt, dass diese Verfahren auch für Zwangsstörungen, traumatische Störungen oder Essstörungen empirische Belege der Wirksamkeit erbracht haben.“ In Bezug auf die klassische systematische Desensibilisierung gibt es nach meinem Wissen nur Belege für die Wirksamkeit bei Angststörungen. Dagegen gibt es viele überzeugende Nachweise für die Wirksamkeit von *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* bei posttraumatischen Belastungsstörungen.

6. Ich komme nun zu den wesentlichsten Punkt in Bernd Horns Argumentation. Er behauptet: „Fundierte Psychotherapie ist oft langwieriger und komplexer.“ Kurzfristige Erfolge erklärt er folgendermaßen: „Die Ursache scheinbar müheloser Erfolge dürfte vielmehr in einer nur kurzfristigen Übertragungsheilung liegen.“

Zwei Untersuchungen, die ich bereits in meinem Artikel referiert habe, zeigen die längerfristige Wirksamkeit von EP-Behandlungen. In der Studie von Steve Wells und Kollegen (2003) zur Behandlung von Kleintierphobien wurde nach sechs bis neun Monaten eine Katamnese durchgeführt; die EFT-Behandlungsgruppe war der Kontrollgruppe auf der Verhaltensebene weiterhin deutlich überlegen. Bedeutsamer noch erscheint mir die Arbeit von Brinkman (2010), in der Patientinnen mit der Doppeldiagnose Substanzabhängigkeit und komplexe Traumafolgestörung im

Rahmen einer stationären Therapie mit EP behandelt wurden. Nicht nur am Ende der Behandlung, sondern auch bei der Katamnese nach einem Jahr erzielte die EP-Gruppe im Vergleich zur Standard-Behandlung in verschiedenen Symptombereichen deutlich bessere Ergebnisse. Diese längerfristigen Erfolge von EP-Techniken können nicht auf „Übertragungsheilungen“ zurückgeführt werden, die nach Bernd Horn ja nur kurzfristig wirksam sind. Bedeutsam erscheint mir vielmehr, dass Patienten nicht mehr hilflos ihren Symptomen ausgeliefert sind, sondern eine Selbsthilfemethode zur Überwindung belastender emotionaler Reaktionen erlernt haben.

Die Stellungnahme zur EP von Bernd Horn ist nicht repräsentativ für alle psychoanalytisch und tiefenpsychologisch orientierten Kolleginnen und Kollegen (vgl. dazu Wilhelm-Gößling & Vlamynck, 2012; Kallweit, 2012, die für eine Integration der EP in psychodynamische Ansätze plädieren). Nach den Erfahrungen von Dr. Claudia Wilhelm-Gößling können EP-Techniken im Rahmen eines längerfristigen umfassenden Behandlungsplans Menschen mit Ich-strukturellen Störungen helfen, sich besser zu regulieren und langfristig Ich-Funktionen zu stärken.

Die Literaturangaben zu dieser Replik finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift www.psychotherapeutenjournal.de im Zusammenhang mit dem Artikel von C. T. Eschenröder in Heft 2/2014.

*Christof Eschenröder,
Bremen*

Zu W. Rief, A. Abele-Brehm, T. Fydrich, S. Schneider & D. Schulte: „Praxisanteile im Direktstudium Psychotherapie. Auf welche Lehr-Erfahrungen kann aufgebaut werden? Welche Inhalte und Kompetenzen sollten vermittelt werden?“ Psychotherapeutenjournal 1/2014, S. 31-36.

Direktstudium Psychotherapie droht eklatanten Missstand festzuschreiben

Welche Lehr-Erfahrungen und welche Praxiskompetenz sind an den Psychologischen Universitätsinstituten verfügbar? – Die Autoren würden den Leser gerne glauben machen, dass es an den Psychologi-

schen Instituten eine kontinuierliche Entwicklung mit wachsender Erfahrung in der Vermittlung und Anleitung psychotherapeutischer Praxis gegeben hat. Tatsächlich ist die Geschichte der Psychologischen

Institute über Jahrzehnte die einer zunehmenden Einengung des Fachgebietes und des Verlustes an Forschungs-, Praxis- und Lehrkompetenz in der Mehrzahl der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie-

verfahren. Es wäre in den meisten Fällen wohl zutreffender, die „Lehrstühle für Klinische Psychologie und Psychotherapie“ in „Lehrstühle für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie“ umzubenennen, dann würde der dort vertretene Ausschnitt des Fachgebietes Psychotherapie angemessener gekennzeichnet. 43 der 44 Lehrstühle für Klinische Psychologie und Psychotherapie sind von Hochschullehrern besetzt, die ausschließlich über Fachkunde in einem einzigen sozialrechtlich anerkannten Verfahren verfügen – die Verhaltenstherapie.

Dies wirkt sich seit Jahrzehnten nicht nur unmittelbar auf die vertretenen Lehrinhalte, sondern auch strukturell auf die Bestände in den Bibliotheken, auf Forschungsschwerpunkte, auf die Rezeption von Forschungen in anderen Verfahren und auf die Behandlungspraxis in den Ambulanzen aus. Hinsichtlich der tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapie sind die Bibliotheksbestände in den Psychologischen Universitätsinstituten massiv veraltet, tiefenpsychologische und psychoanalytische Fachzeitschriften fehlen, psychoanalytische Forschungsergebnisse werden nicht rezipiert und vorgehalten. Die Hochschulambulanzen sind für tiefenpsychologische und psychoanalytisch begründete Behandlungsverfahren nicht ermächtigt, entsprechend fehlen jedwede Forschungsbemühungen über die Verhaltenstherapie hinaus.

Welche Kompetenzen können also an den Psychologischen Universitätsinstituten vermittelt und auf welche Lehr-Erfahrungen kann aufgebaut werden? Die Autoren verschweigen tunlichst diesen heute schon untragbaren Zustand einer massiven Einengung des Fachgebiets. Bei den beschriebenen Praxisanteilen eines zukünftigen Direktstudiums kann fast ausnahmslos nur auf die Verhaltenstherapie aufgebaut werden. Spezifische tiefenpsychologische Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung werden heute den Psychologiestudenten, wenn überhaupt, nur in antiquierten Klischees, ohne Fachkunde in diesen Verfahren und oft in entwertender Form vermittelt. Psychologiestudenten haben kaum eine Chance, in ihrem Studium die Praxis tiefenpsychologischer und psychoanalyti-

scher Behandlungsansätze kennenzulernen. Wie soll sich aber ein Psychologieabsolvent ohne Einsicht in die Behandlungspraxis für ein diskreditiertes Verfahren entscheiden können?

Der Vorschlag der Autoren, zukünftig an den Psychologischen Instituten „entsprechend fachkompetentes Personal vorzuhalten“, macht deutlich, dass eine vollumfängliche Erschließung des Fachgebietes Psychotherapie nicht angestrebt wird. Lehrbeauftragte werden die Einseitigkeit und die erheblichen strukturellen Defizite in Forschung und Lehre des Fachgebietes Psychotherapie an den Psychologischen Instituten nicht verändern können. Die Zielsetzung der Autoren geht auch in eine ganz andere Richtung. Die Hochschulambulanzen sollten von der „Therapieverfahrensbindung im bisherigen Sinne entoben werden“. Sollte dies realisiert werden, dann müsste die Beantragung einer Verhaltenstherapie in der Hochschulambulanz noch nicht einmal mehr als solche gekennzeichnet werden, die Einseitigkeit von Praxis und Forschung in den Hochschulambulanzen der Psychologischen Institute wäre dann nicht mehr zu erkennen.

Die strukturellen Mängel ließen sich tatsächlich nur beheben, wenn nicht nur „Personal vorgehalten“, sondern Professuren für andere wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren eingerichtet würden, was aber angesichts leerer Kassen vonseiten der Kultusministerien als aussichtslos eingestuft wird. Unter diesen Bedingungen würde ein Direktstudium Psychotherapie an den Psychologischen Universitätsinstituten lediglich auf Dauer einen heute schon eklatanten Missstand festschreiben. Die Absolventenzahlen der Landesprüfungsämter zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten wie auch von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zeigen schon heute auf, dass die Verfahrensvielfalt in der psychotherapeutischen Versorgung massiv bedroht und eine Monokultur der Verhaltenstherapie zukünftig absehbar ist. Die Herausnahme der Verfahrensbindung aus der Definition der Psychotherapie löst dieses Problem keineswegs, sondern würde es nur verschleiern.

Was von den Autoren schließlich auch nicht diskutiert wird, ist die entscheidende Frage, ob denn die beschriebenen Praxisanteile für den Erwerb einer Approbation qualifizieren können. Dort, wo die Autoren von Weiterbildung sprechen, gehen sie von dieser Qualifizierung offensichtlich aus. Es wird verschwiegen, dass Studenten (auch eines Studiengangs Psychotherapie) grundsätzlich keine Heilbehandlungen durchführen dürfen, auch nicht unter Supervision. Die Folge würde im Falle eines approbationsbegründenden Direktstudiums aber sein, dass Psychotherapie-Studienabsolventen ohne jede Behandlungserfahrung zur heilkundlichen Behandlung von Patienten zugelassen würden. Diese massive Problematik eines Direktstudiums kann gerade von der Frage nach den Praxisanteilen nicht entkoppelt werden, und es ist auffällig, dass die Autoren diese Diskussion aussparen. Die hier bemühte Analogie zum Ausbildungsverlauf von Humanmedizinern (die zu anderen akademischen Heilberufen gar nicht besteht) wird den besonderen Anforderungen an eine psychotherapeutische Ausbildung nicht gerecht. Denn es ist gerade nicht die Ansammlung von Kenntnissen einzelner Methoden und Techniken, sondern es sind die unter Supervision gewonnenen Erfahrungen mit der Einbindung des eigenen Handelns in ein Referenzsystem (Verfahren) sowie auch entsprechende Selbsterfahrung, die zur psychotherapeutischen Behandlung qualifizieren. Diese Qualifikation sollte im Interesse der angehenden Psychotherapeuten und der Patienten erst dann bescheinigt werden, wenn sie erworben wurde.

Insgesamt erscheint der Beitrag der Autoren von dem Interesse geleitet, die Psychologischen Universitäts-Institute als geeigneten Anbieter eines (auch praxisbezogenen) Psychotherapie-Studiums zu präsentieren, und spart dabei den heute schon eklatanten Missstand einer einseitig verengten Forschungs-, Praxis- und Lehrkompetenz an fast allen Psychologischen Instituten und die schwierige Diskussion der Qualifizierung für eine Approbation weitgehend aus.

*Dipl.-Psych. Georg Schäfer,
Bonn*

Replik des Autors: Plädoyer für eine Vernunftfehe

Sieht man von dem feindseligen Tonfall des Leserbriefes von Herrn Schäfer einmal ab, so werden darin zum Teil sehr wichtige Fragen aufgeworfen. Wie soll mit der Verfahrensvielfalt im Rahmen einer universitären Ausbildung umgegangen werden? Soll sich der zukünftige Approbationsbegriff für Psychotherapeuten eher an der ideellen, aktuell vorherrschenden Definition der Psychotherapie orientieren oder eher an dem pragmatischen Approbationsbegriff, wie er in der Medizin vertreten wird? Wie kann ein Missbrauch einer vorgezogenen Approbation verhindert werden? Neben diesen von Herrn Schäfer in den Vordergrund gestellten Fragen stellen sich jedoch auch zahlreiche weitere Fragen, die von höchster Relevanz sind: Wie kann man langfristig das hohe Gesamtqualifikationsniveau der Psychotherapeuten erhalten und weiter ausbauen? Wie kann man juristisch und sozialrechtlich eine Äquivalenz zu Facharztweiterbildung und Facharztniveau erreichen? Und natürlich insbesondere: Wie können unsere Psychotherapeuten in Aus- und Weiterbildung eine ihrem akademischen Niveau adäquate Vergütung erhalten?

Herr Schäfer tut uns unrecht, wenn er all diese wichtigen Fragen in unserem Beitrag beantwortet sehen wollte. Unser Thema war, über die bestehenden Praxiserfahrungen im Rahmen des Psychologiestudiums zu berichten, nicht mehr, aber auch nicht weniger. Deshalb hoffen wir, dass als Fazit erhalten bleibt: Es geht, relativ viel Praxiserfahrungen in das Psychologie- und Psychotherapiestudium zu integrieren, und für viele praktische Lehrformate liegen bereits Erfahrungen vor. Dies betrifft eine Vermittlung wichtiger diagnostischer Kompetenz sowie therapeutischer Basisfertigkeiten. Und noch

wichtiger: Dies kann funktionieren, unabhängig von den von einzelnen Hochschullehrern favorisierten Therapierichtungen. Entsprechende Erfahrungen werden gesammelt an der Universität Kassel mit einem psychodynamisch-psychoanalytischen Schwerpunkt, in der Klinischen Psychologie der Universitäten Frankfurt a. M. oder Osnabrück, wo sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychodynamisch-psychoanalytisch ausgebildete Professoren lehren, aber auch an anderen Universitäten wie Saarbrücken, bei denen die Fallseminare in der Vergangenheit häufig in Kooperation mit niedergelassenen Praktikern unterschiedlicher therapeutischer Richtungen erfolgten, oder in Marburg, wo die Fallseminarleiterinnen neben KVT auch gerne Schematherapie oder CBASP (*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*) lehren.

Die Verfahrensvielfalt stellt trotzdem eine besondere Herausforderung für Umstrukturierungen im Rahmen eines Direktstudiums dar. In der Tat bietet von den bisherigen Vorschlägen zur Revision des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) primär der Direktstudiumsvorschlag die Möglichkeit, hier eine gewisse Änderung zu erreichen, da der Gesetzgeber durch die Approbationsordnung bei Staatsexamensstudiengängen inhaltliche Vorgaben machen kann. Eine langfristig stabile Veränderung und stärkere Repräsentanz unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren an den psychologischen Instituten wird dabei nur dann nachhaltig erreichbar sein, wenn Lösungswege ausgearbeitet werden, die zum einen berechnete Interessen bezüglich der Versorgungssituation berücksichtigen, zum anderen aber auch die Steuerungsprozesse universitärer Entwicklungen, die zu der jetzigen

Situation geführt haben. Es kann hier nur mit den Psychologieprofessoren eine gute Lösung geben, nicht gegen sie. Dies bedeutet, dass man in gemeinsamen Gesprächen eine Problemanalyse der aktuellen Situation sowie ihrer Historie vornehmen muss, um langfristig stabile Entwicklungen in gewünschte Richtungen zu erreichen. Einen kurzfristig möglichen Vorschlag zur Verfahrensvielfalt haben wir vorgestellt, sind aber auch zur Diskussion von Alternativen oder Modifikationen gerne bereit.

Die aktuell laufende Diskussion macht deutlich, dass es gute Lösungen nur dadurch geben kann, dass Berufs- und Interessensverbände in der Psychotherapie sowie die Landespsychotherapeutenkammern und die Bundespsychotherapeutenkammer mit den Vertreter der universitären psychologischen Institute und Hochschulambulanzen kooperieren. Auch wenn es, wie im vorliegenden Fall, nicht zu einer „Liebesheirat“ mit den Hochschullehrern kommen sollte, so muss doch eine „Vernunftfehe“ geschlossen werden zum Wohle der Psychotherapie als hochwertige Behandlungsmethode in einem kompetitiven Gesundheitssystem – und zum Wohle der Patienten, die davon profitieren können.

Die Chancen einer Revision des PsychThG zur Sicherung des Psychotherapeutenberufes müssen ergriffen werden. Allerdings sollte man sich auch etwas von dem Druck lösen, dass direkt von Anfang an alle Problemfelder perfekt gelöst sein könnten; wichtiger ist es, einen guten Startpunkt für eine langfristig positive Entwicklung in einer gesicherten juristischen Rahmenstruktur zu finden.

Prof. Dr. Winfried Rief,
Marburg

Zu J. Hardt: „Zur aktuellen Berufsbilddiskussion von ‚Psychologischen Psychotherapeuten‘ und ‚Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten‘. Eine besorgte Polemik“. *Psychotherapeutenjournal* 3/2013, S. 253-255.

Gesellschaftskritik gehört zu unserem Beruf

Sehr geehrter Herr Hardt,

haben Sie recht vielen Dank für Ihren sehr klugen und – man muss das unter den herrschenden Bedingungen fast schon so

formulieren – mutigen Artikel zur aktuellen Berufsbilddiskussion der Psychotherapeut(inn)en vor dem Hintergrund des ungebrochenen Trends zur totalen Ökonomisierung des Heilens und Helfens, der letzt-

endlich ja auf all das abzielt, was Marx mal „Reproduktionssphäre“ genannt hatte (Habermas u. a. später dann „Lebenswelt“). Aber gerade deshalb sind die niedergelassenen Psychotherapeut(inn)en natürlich

nicht allein betroffen. Und es wäre wichtig, bei jeder Gelegenheit darauf hinzuweisen und Verbindungen zu gleich gelagerten aktuellen Konflikten zu suchen.

Sicherlich ist das Kräfteverhältnis der Antipoden derzeit noch so einseitig kapitalistisch, wie Sie sie es beschrieben haben. Solange z. B. Klinikkonzerne die Forderungen ihrer durch profitdiktierter Arbeitsverdichtung völlig überforderten Mitarbeiter(innen) nach einer tariflich festgeschriebenen Mindestbesetzung der Stationen als „unzulässigen Eingriff in die unternehmerische Freiheit“ ablehnen, wie es die Leitung der Charité in Berlin gegen entsprechende Forderungen ihrer Beschäftigten in dem

aktuell laufenden Arbeitskampf dort gerade tut, befinden wir uns weiterhin nur im Abwehrkampf gegen den Trend, „Krankheit“ zur Ware zu machen. Und da ich selber in einem (psychiatrischen) Krankenhaus arbeite, weiß ich, dass manche Kollegin und mancher Kollege auch schon kapituliert hat, so wie Sie das auch für die niedergelassenen Kolleg(inn)en beschreiben bzw. befürchten.

Doch Artikel wie Ihrer machen Mut. Und Streiks wie der an der Berliner Charité, wo es nicht mehr nur primär um mehr Geld geht, sondern um die Bedingungen, unter denen wir arbeiten müssen, tun das auch. Sind sie doch – wie ehemals in den Siebzi-

gern – der erste Schritt hin zu Ihrer Konklusion, also zu einer Infragestellung der allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen wir arbeiten. Ich stimme Ihnen also zu, dass Gesellschaftskritik von einem psychotherapeutischen Standpunkt aus zu unserem Beruf gehört. Genauso wünsche ich mir aber, dass wir uns in Solidarität mit jenen darin verbünden, die an denselben Widersprüchen leiden und dagegen ankämpfen.

In diesem Sinne nicht nur mit kollegialen, sondern auch mit solidarischen Grüßen

*Heiko Boumann,
Bad-Laasphe*

Zu U. Stangier, A.-K. Risch, T. Heidenreich & M. Hautzinger: „Rezidivierende Depressionen – Lassen sich Rückfälle verhindern und psychische Gesundheit erhalten? Eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Perspektive.“ Psychotherapeutenjournal 2/2014, S. 164-169.

Psychotherapie in der medizinischen Sezierwerkstatt?

Es ist schon immer wieder gut und wichtig, gegen das schreckliche Leiden der Depression anzukämpfen. Zumal die Erkrankung – wie die Autoren in ihrem Artikel dankenswerterweise und im Widerspruch zur oftmals behaupteten guten Behandelbarkeit von Depressionen berichten – von einer massiven Rückfallgefährdung betroffen zu sein scheint. „Ein rezidivierender Verlauf ist somit der Normalfall“ heißt es ja schon ganz am Anfang. Die Absicht, in der psychotherapeutischen Versorgung „eine stärkere Berücksichtigung der Rückfallprävention“ einzuführen, ist daher aller Ehren wert!

Das Ergebnis der eigenen Untersuchung zu einer „Rückfallprophylaxe“-Therapie ist dann allerdings ernüchternd. Vergleicht man nämlich die selbst eruierten Rückfallraten für die sog. Kognitive Erhaltungstherapie (KET), welche die Autoren mit 51% angeben, mit der eingangs des Artikels genannten Zahl von 30-50% der Betroffenen, die „unbehandelt“ (!) einen Rückfall erleiden (auf Seite 164 genannt), reibt man sich schon erstaunt die Augen. Dem folgenden Fazit, dass eine Rückfallprophylaxe „für den dauerhaften Erfolg einer Psychotherapie von großer Bedeutung ist“, kann man daher zwar weiter theoretisch zustimmen, allein die Frage in der

Überschrift des Artikels „Lassen sich Rückfälle verhindern?“ müsste aufgrund der vorgelegten Studie dann aber wohl weitgehend negativ beantwortet werden.

Ein zweiter Gedanke zu dem von gleich drei Professoren und einer promovierten Psychologischen Psychotherapeutin verfassten Artikel: Sicher, er ist aus dem Paradigma der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) heraus geschrieben. Aber andererseits erscheint er im Psychotherapeutenjournal. Und was war das doch gleich wieder, Psychotherapie? Hatte nicht im vorletzten Jahrhundert ein gewisser Sigmund Freud die Grundlagen dafür gelegt und mit seiner Psychoanalyse einen Gegenentwurf zum medizinischen Verständnis von psychischer Krankheit geschaffen? Einen Entwurf, der zentral seelische Faktoren, das Unbewusste und die Kindheit betont hat sowie das subjektive Erleben eines spezifischen Individuums mit seiner einmaligen Lebensgeschichte? Und war das nicht eine hochgradig humane Theorie, die – so anders als die auf Krankheit bezogene Psychiatrie – den kranken Menschen in den Mittelpunkt stellte?

Liest man dagegen heutige Fachartikel, wie bspw. den vorliegenden zu rezidivie-

renden Depressionen, hat man stets den Eindruck, aus einer medizinischen Sezierwerkstatt zu hören, wo der Mensch bestenfalls noch als Fallvignette vorkommt. So schön wissenschaftlich das dann klingen mag, verrät eine solcherart sich dem medizinischen Paradigma unterwerfende Fassung von Psychotherapie meines Erachtens nach doch die genuinen Wurzeln unserer Disziplin. Mich verwundert es im Gegensatz zu den Autoren jedenfalls nicht, wenn diese abschließend eine offenbar geringe „Bedeutung des Technikfaktors“ (Seite 168) feststellen müssen. Denn: Ist Psychotherapie wirklich vor allem Technik? Oder bedarf der oftmals furchtbar an seiner Depression leidende Mensch nicht doch vornehmlich der wertschätzenden Begegnung mit dem psychologisch gebildeten Fachmann (bzw. der Fachfrau), um u. a. zu einer „Annahme seiner selbst“ zu kommen, wie es der Medizinethiker Giovanni Maio von der Uni Freiburg ausdrückt? Ich jedenfalls sehe die schleichend-latente Transformation der Psychotherapie hin zu einer quasi objektiven und angeblichen effizienten Spezialdisziplin innerhalb der Medizin mit großer Skepsis und Sorge!

*Jürgen Karres,
Landsberg am Lech*

Buchrezensionen

Lambert, M. J. (Hrsg.) (2013). *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation*. (Hrsg. der dtsh. Ausgabe: M. Richard & H. Vogel). Tübingen: dgvt Verlag. 1335 Seiten. 128 €.

Alexandra Klich

Das „Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation“ gibt es nun in seiner 5. Auflage endlich auch auf Deutsch! Die Übersetzung des Klassikers aus dem englischsprachigen Raum ist ein großer Schritt, der die Nutzung des Buches und damit die Verbreitung des Wissens für eine weitaus größere Leserschaft leichter macht.

Die 1. Auflage ist bereits 1971 erschienen. Den Autoren war es ein Anliegen, ein Buch herauszubringen, das den Stand der Forschung im Bereich der psychotherapeutischen Methoden zusammenfasst und sich auch inhaltlich damit befasst. Im Laufe der Jahre wurden die Inhalte erweitert, neuere Studien und Erkenntnisse aufgenommen, neue Aspekte einbezogen. Mittlerweile erschien die 6. Auflage auf Englisch. Die deutsche Ausgabe des „Handbuch für Psychotherapie und Verhaltensmodifikation“ informiert über den Stand der Forschung und die Erkenntnisse in verschiedenen Bereichen der Psychotherapie, der Psychotherapieforschung, der zahlreichen Methoden und in besonderen Kontexten – dabei werden unter „besondere Kontexte“ z. B. die Gruppentherapie, Besonderheiten bei der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sowie familientherapeutische Behandlungsansätze subsumiert wie auch gesundheitspsychologische Aspekte.

Das Buch weist eine klare Strukturierung auf. Es ist in vier Hauptteile gegliedert, welche sich aus jeweils mehreren Kapiteln zusammensetzen. Im ersten Teil werden historische, methodische, ethische und konzeptuelle Grundlagen dargestellt. In diesem Teil kann man sich z. B. über Methoden und Aspekte der Psychotherapieforschung (z. B. Untersuchungsplanung oder Prozessforschung) sowie über leitende Prinzipien (z. B. das Scientist-Practitioner-

Modell) informieren. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Evaluation der Bausteine psychotherapeutischer Wirksamkeit. Hier werden z. B. Ergebnisse zur Effektivität wie auch zur Relevanz verschiedenen Wirkfaktoren (z. B. Klienten- und Therapeutenvariablen) gegenübergestellt. Im dritten Teil werden unter dem Titel „Bedeutende Therapieansätze“ vor allem die Forschungsergebnisse zur Verhaltenstherapie, zu kognitiven und kognitiv-behavioralen Therapien zusammengefasst und erläutert. Für die gängigsten Störungsbilder lassen sich die verschiedenen Behandlungsansätze und Indikationshinweise mit den dazugehörigen Forschungsergebnissen nachschlagen. Ein kurzes Kapitel befasst sich auch mit erfahrungsorientierten Therapieansätzen. Im vierten Teil wird der Einsatz der Psychotherapie in besonderen Settings und unter bestimmten Bedingungen beleuchtet (z. B. Gesundheitspsychologie, Kombination mit Psychopharmakologie oder interkulturelle Aspekte). Zum Abschluss erfolgt der obligatorische Ausblick in die Zukunft sowie Hinweise zu den aufkommenden Trends.

Insgesamt ist das Buch ein recht gelungenes Werk. Der Stand der Forschung wird gut dargestellt, wobei auch ein kritisches Wissenschaftsverständnis deutlich wird. Es werden Forschungsleistungen beschrieben, aber auch ihre Grenzen aufgezeigt – ein Aspekt, der sehr wichtig ist und in vielen Forschungsdarstellungen fehlt. Die Darstellung der Psychotherapieforschung von analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieansätzen fehlt allerdings. Informationen zu diesem Bereich müssen anderweitig nachgeschlagen werden.

Das Buch zeichnet sich durch eine klare, leicht verständliche Sprache aus. An vielen

Stellen werden die Erkenntnisse auch graphisch dargestellt. So kann es letztlich von vielen gelesen und genutzt werden, unabhängig davon, ob selbst an Forschung beteiligt oder nicht. Interessierte können es in einem durchlesen oder sich bestimmte Punkte herauspicken (z. B. ausführliche Kapitel wie die Ergebnisse der Therapieforschung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder den Stand der Forschung zu erfahrungsorientierten Therapieansätzen). Vielleicht erscheint einiges auch an manchen Stellen zu knapp. Zugegeben, ein Nachteil, den man wohl beim Verfassen eines so umfassenden, allgemeinen Werkes jedoch in Kauf nehmen muss. Ebenso verhält es sich mit den aktuellsten Studien, welche erst in die nächste Auflage eingearbeitet werden können. Ein wenig schade ist es, dass bereits die 6. Auflage auf Englisch erschienen ist, während noch an dieser deutschen Fassung gearbeitet wurde.

Empfehlenswert ist das Werk für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich mit dem Stand der Psychotherapieforschung und ihren Erkenntnissen befassen möchten. Es bietet die Möglichkeit, das eigene Wissen z. B. über Studiendesigns und Forschungsmethoden aufzufrischen. Mit diesem Buch ist es nicht mehr notwendig, alle Informationen zunächst aus verschiedenen Büchern und Quellen zusammen zu suchen oder einzelne Artikel zu Studienergebnissen durchzugehen (bis auf die Forschungsergebnisse nicht berücksichtigter Verfahren). Hier werden sie kurz zusammengestellt und in einen Gesamtkontext eingefügt. Es kann den Forschenden eine Hilfe sein, sich inspirieren zu lassen, die noch vorhandenen Forschungslücken zu schließen und Problem-bereiche kontinuierlich anzugehen. Weiterhin kann das Buch einen erfreulichen Bei-

trag dazu leisten, die manchmal große Kluft zwischen Wissenschaft und Forschung und der Praxis zu verkleinern. An Psychotherapieforschung Interessierte können darin stöbern, genauso wie es Studie-

rende für sich nutzen können. Die Kenntnis der Inhalte dieses Buches ist sehr hilfreich, um Forschungsergebnisse und Studien sinnvoll und zutreffend interpretieren zu können.

Aus meiner Sicht ein rundherum gelungenes Buch für diese umfangreiche und nicht ganz leicht zugängliche Thematik.

*Dipl.-Psych. Alexandra Klich,
Göttingen*

Gensichen, S. (2014). Anpiff. Gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen. Ein Aufklärungsbuch für Jugendliche und Erwachsene. Hamburg: Ellert & Richter Verlag. 192 Seiten. 12,95 €.

Christian Kraus

Wie wenig publik und kaum erforscht das Themenfeld sexuelle Gewalt gegen Kinder in Deutschland weiterhin ist, wurde in jüngerer Vergangenheit erkennbar, als der „Missbrauchsskandal“ an verschiedenen Einrichtungen 2010 an die Öffentlichkeit gelangte. Die umfassende öffentliche Be- und Aufarbeitung konfrontierte nach eigenem Bekunden viele Menschen erstmalig mit diesem Thema. Viele selbst von Missbrauchserfahrungen Betroffene fühlten sich ermutigt, sich mit den schmerzlichen, oft tief vergrabenen Erinnerungen an Vertrauenspersonen, professionelle Anlaufstellen oder die Öffentlichkeit zu wenden. Mittlerweile ist sexuelle Gewalt an Minderjährigen ein großes Diskussionsthema geworden, das Politik, Bildung und Religion bewegt. Neben der Aufarbeitung vergangenen Unrechts wird die Frage, wie man Kinder und Jugendliche in Deutschland besser vor sexueller Gewalt schützen und den Betroffenen schneller helfen kann, in Fachkreisen lebhaft diskutiert. Der Wunsch nach Aufklärung und Information zu Prävention und Intervention wird immer stärker.

Der Autor Dr. Simon Gensichen ist erfahrener Psychiater und Psychotherapeut an einem großen medizinischen Versorgungszentrum in Hamburg. Seit vielen Jahren arbeitet er mit Patienten, die in ihrer Kindheit oder Jugend Opfer sexueller Gewalt geworden sind. Die Berichte von dem oft zunächst harmlos erscheinenden Vorgehen der Täter, die sich das Vertrauen der Kinder und Jugendlichen erschleichen, die Schilderungen der Übergriffe und derer unmittelbarer und späterer Folgen auf das

Leben der Betroffenen beschäftigen den Autor intensiv und führten ihn zur Idee des vorliegenden Buches.

Mithilfe der fiktiven Geschichte des neunjährigen Olek führt Simon Gensichen den jugendlichen oder erwachsenen Leser an die Thematik heran. Der sensible Junge ist neu im Fußballverein und genießt die Aufmerksamkeit seines Trainers Hans Prott. Dessen zunächst fürsorgliche Annäherung überschreitet schon bald die seelischen und körperlichen Grenzen des Jungen. Er gerät in große Gefahr. Jan, ein älterer Junge aus dem Verein, wird darauf aufmerksam und hilft, den Missbrauch zu beenden. Dabei wird er mit seiner Vergangenheit und selbst erlittenen sexuellen Übergriffen konfrontiert und realisiert, wie diese Gewalterfahrungen sein eigenes Leben beeinflussen und welche tiefen Verletzungen in seiner Seele zurückgeblieben sind. Die Geschichte ist spannend und lebendig erzählt und taucht sprachlich und thematisch in die Lebenswirklichkeit von Kindern und Jugendlichen ein.

Auch im anschließenden Ratgeberteil trifft der Autor den richtigen Ton. Ausgehend von der Erzählung erklärt er anhand konkreter Beispiele, was sexuelle Gewalt ist, wer so etwas tut und mit welchen Tricks die Täter vorgehen. Er ermuntert betroffene und gefährdete Jungen und Mädchen, ihre oft verwirrenden und widersprüchlichen Gefühle ernst zu nehmen, und zeigt Wege auf, das manipulative Netz aus Verlockung, Druck, Schuldgefühlen, Angst und Scham, das die Täter spinnen, zu erkennen und zu durchtrennen. Auch den

als Eltern oder Vertrauenspersonen beteiligten Erwachsenen gibt er hilfreiche Informationen, wie sie sexuelle Gewalt und deren Auswirkungen erkennen und wo sie Hilfe finden können. Er beschreibt, welche psychischen und sozialen Kompetenzen Kindern und Jugendlichen helfen können, sexuelle Übergriffe zu verhindern, und wie diese vermittelt werden können. Die Hilfsadressen vieler Institutionen und Webseiten im Anhang des Buches runden den Ratgeber ab.

Der besondere Fokus auf den Missbrauch an Jungen und die Kombination von fiktiver Erzählung und anschließenden Hilfsangeboten machen dieses Buch zu einer wichtigen Quelle von erklärenden Informationen, die sich für den Schulunterricht oder die Jugendarbeit empfiehlt. Das Buch kann als Impuls für Diskussionen rund um das Thema sexuelle Gewalt genutzt werden und trägt so zur wichtigen Aufklärung bei. Dr. Simon Gensichen möchte Mädchen und Jungen Mut machen: Es gibt viele Menschen, die bereit sind zu helfen.

„Dieses Jugendbuch ist also viel mehr als nur eine Geschichte. Es ist der hoffentlich erfolgreiche Versuch, durch Prävention zum Kinderschutz [...], zur Verminderung von Folgen und zur möglichst raschen Beendigung der Übergriffe beizutragen.“ Diesem Zitat des Vorwortautors und Mitbegründers des „Runden Tisches“, Prof. Dr. Jörg M. Fegert, ist nur zuzustimmen!

*Dr. med. Christian Kraus,
Hamburg*

Zarbock, G., Ammann, A. & Ringer, S. (2012). *Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz Verlag. 240 Seiten. 34,95 €.

Juliana Matt

Das Konzept der Achtsamkeit (engl. *mindfulness*) hat in den letzten 20 Jahren in viele Therapieverfahren Einzug gehalten. In zahlreichen methodisch anspruchsvollen Studien und Metastudien konnte die positive Wirkung von Achtsamkeit bei diversen psychischen Störungen nachgewiesen werden. Jon-Kabat-Zinn hat ein achtwöchiges Übungsprogramm zur Achtsamkeitsbasierten Stressbewältigung (*Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR*) entwickelt, das in vielen Kontexten zur Anwendung kommt.

In Anlehnung an das MBSR hat das Autor(inn)enteam des hier besprochenen Buches einen Acht-Wochen-Kurs zum Selbstlernen grundlegender Achtsamkeitsfertigkeiten zur Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater in helfenden Berufen ausgearbeitet; genannt *Mindfulness Basics for Helping Professionals (MBHP)*, deutsch übersetzt also *Achtsamkeitsgrundlagen für helfende Berufe*.

Die Autor(inn)en beginnen mit einer kurzen Einführung in das Konzept der Achtsamkeit und seine wissenschaftlichen Grundlagen und Perspektiven. Danach folgt eine ausführliche Darstellung des Acht-Wochen-Kurses mit Reflexionsanregungen, Achtsamkeitsübungen sowie Ergänzungen und Kommentierungen. Das nächste Kapitel widmet sich der weiterführenden Achtsamkeitspraxis, es geht um die vier Objekte (Grundlagen) der Achtsamkeit: Körper, Gefühle, Geist (Stimmungen) und „Geistesobjekte“ (Gedanken und Wahrnehmungen). Es folgen Übungen für den privaten und beruflichen Alltag, für die

Helferrolle und Achtsamkeit im Zusammenhang mit therapeutischen Schema-Modi sowie Übungen für Patienten. Danach stellen die Autor(inn)en ein Kurzmanual für einen MBHP-Gruppenkurs (Interventionsansatz) vor und geben allgemeine Hinweise zu dessen Durchführung.

Das letzte Kapitel enthält häufig gestellte Fragen aus den Seminaren und der Praxis der Autor(inn)en zur Achtsamkeit (FAQ). Dieser Fragenkatalog vertieft den Inhalt des Buches und erweitert den Blick auf das Thema, befasst sich beispielsweise mit speziellen Aspekten der Achtsamkeit (z. B. fokussierte vs. weite Achtsamkeit, äußere vs. innere Achtsamkeit, beobachtende vs. begleitende Achtsamkeit) oder mit der Einordnung der Achtsamkeit in spirituelle oder andere Konzepte, z. B. das Menschenbild, Bewusstsein. Komplettiert wird das Buch durch eine Achtsamkeitsskala, Ressourcen zum Weiterlesen, ein Literatur- und Sachwortverzeichnis und eine Übersicht über Online-Materialien.

Das Buch ist in allen Teilen gut lesbar und didaktisch sinnvoll aufgebaut und strukturiert. Die Übungen sind mit Abbildungen versehen und gut nachvollziehbar, am Ende werden sie kommentiert. Immer wieder gibt es Hinweise zum Einsatz der Achtsamkeit, zur Alltagspraxis. Zum Schluss folgt eine tabellarische Übungsübersicht, die das Erlernte mit dem Namen der Übung zusammenstellt und einen guten orientierenden Überblick bietet. Zeichnungen, Fotos und Abbildungen lockern den Text angenehm auf.

Das Buch ist für Psychotherapeuten und Berater konzipiert, die Übungen eignen sich aber auch für ehrenamtliche und private Helfer. Psychotherapeuten können geeignete Übungen in der Arbeit mit Patienten einsetzen und diese zum eigenständigen Üben anleiten. Der Zugang zum Buch ist vielfältig: Man kann das Übungsprogramm alleine oder in einer Intervisionsgruppe durchführen, Achtsamkeitstrainer für MBHP können das Buch als Vorlage nehmen oder man kann einfach nur einige ansprechende Übungen herausgreifen. Die Arbeitsblätter und Audiodateien sind als Online-Materialien auf der Homepage des Verlages bereitgestellt und unterstützen das Vorgehen.

Die Teilnehmer des MBHP-Kurses können den Fortschritt in ihrer (subjektiv erlebten) Achtsamkeit durch einen Fragebogen erfassen. Allerdings wäre auch eine wissenschaftliche Evaluierung des MBHP wünschenswert; hierzu machen die Autoren des Buches leider keine Aussage. Die fehlende Literaturangabe zu Wilson (2008), eine offensichtlich wichtige Quelle, sollte in einer Neuausgabe ergänzt werden.

Fazit: Das Buch ist für die eigene Achtsamkeitspraxis geeignet, innovativ im Ansatz, informativ und anregend, insgesamt eine praxistaugliche Zusammenstellung. Empfehlenswert für alle, die sich diesem Thema zuwenden möchten.

Dr. Juliana Matt, Dipl.-Psych.
Berlin

Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (2014). *Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*. Heidelberg: Springer. 220 Seiten. 34,99 €.

Sarah Schneider

Die drei Autoren, die bereits mehrere Veröffentlichungen dem Zusammenwirken

von Religion und Psychotherapie widmen, setzen sich auch in ihrer ersten ge-

meinsamen Publikation mit Nachdruck für die Anerkennung von Spiritualität als Res-

source in Psychotherapie und Psychiatrie ein.

Neben grundlegenden Ausführungen zur Bedeutung existenzieller Krisen und Sinnfragen in der Psychotherapie, zu Begriffsbestimmungen und -abgrenzungen informiert das Buch über die Auffassung von Spiritualität in den verschiedenen Therapieschulen. Dort zeige sich jedoch bislang meist großes Unbehagen oder vollkommene Tabuisierung von spirituellen Interventionen. Zu begrüßen sei daher die positivere Auffassung von Religion in der Psychotherapie durch den (US-amerikanischen) „*spiritual turn*“ (S. 71). Daran anschließend erörtern die Autoren Stellenwert und Phänomenologie von Spiritualität bei Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung, zeigen Berührungspunkte zwischen Psychotherapie und Spiritualität auf und erörtern die psychotherapeutische Bedeutung von religiösen Phänomenen, darunter Verbitterung und Gebet.

Den Autoren liegt daran zu zeigen, dass existenzielle Fragen nach dem Wozu, Warum und Wohin nicht durch den „blinden Fortschrittsoptimismus der wissenschaftsgläubigen und technikbesessenen Moderne“ (S. 15) beantwortet werden können, sondern vielmehr durch sinngewandte Spiritualität. Insbesondere in Lebenskrisen komme ihr ein besonderer Stellenwert zu,

der auch jüngst empirisch in der autoreneigenen Metaanalyse zu untermauern versucht wurde (Bonelli & König, 2013).

Viele Beiträge sind aufgrund der umfassenden Modell-Darstellungen zu psychologischen Themen mit Bezug zur Spiritualität und den fundierten Ausführungen über den Einfluss von Religiosität auf Erleben und Verhalten, sowie Ätiologie und Aufrechterhaltung psychischer Störungen lesenswert. Auch scheuen die Autoren nicht, das eine oder andere Gegenargument, wie etwa die Problematik der fehlenden weltanschaulichen Passung von Therapeut und Patient oder die Forderung nach therapeutischer Wertneutralität und objektiv wirksamen Bewältigungshilfen, anzusprechen. Insofern ist die Argumentation der Autoren von reflektierter Mäßigkeit (außer in manch schwachem Moment, in dem beispielsweise die Debatte um Beschneidungen Minderjähriger in einem Atemzug mit „irrationaler Aggressivität [gegen Religionen]“ (S. 48) genannt wird).

Problematisch ist allerdings, den positiven Zusammenhang von Spiritualität und Wohlbefinden als Rechtfertigung spiritueller Interventionen in der Psychotherapie anzuführen. Auch die immer wieder zitierten Nachweise der Wirksamkeit von spirituellen Interventionen (bei denen sich, nebenbei bemerkt, in manchen Studien allenfalls ei-

ne Gleichwertigkeit zu säkularen Interventionsformen zeigte (Wade, Worthington & Vogel, 2007), täuschen über die eigentliche Problematik hinweg: Die Autoren ermutigen dazu, die fachlichen Grenzen der Psychotherapie zu überschreiten, ohne die dadurch drohende Rollenkonfusion kritisch zu reflektieren. So sinnvoll die von den Autoren geforderte Enttabuisierung spiritueller Themen im therapeutischen Kontext erscheinen mag, in dem Sinne, dass der Patient sich auch in diesem Gebiet dem Therapeuten öffnen können sollte und ein radikaler Ausschluss des Glaubens als persönliche Ressource nicht angebracht erscheint, ist eine darüber hinausgehende vom Therapeuten geleitete spirituelle Intervention als Antwort auf die Religiosität seines Patienten jedoch als kritisch zu bewerten. Wiewohl der Besonderheit ausgewählter psychischer Störungen Rechnung getragen wird, bleiben gerade Ausführungen darüber vage, welche konkret praktisch-therapeutischen Maßnahmen angewandt werden sollen. Handlungsempfehlungen wie die Einbeziehung von Gebeten, biblischen Vergleichen oder die Förderung eines spirituellen Urvertrauens können wohl kaum als Hilfsmittel für den professionellen Umgang mit psychischen Störungen angesehen werden.

*stud. psych. Sarah Schneider,
Würzburg*

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Absolventenzahlen nach Vertiefungsverfahren

Die Zahl der Absolventinnen und Absolventen der Psychotherapeutenausbildungen nach dem Psychotherapeutengesetz steigt kontinuierlich an. Diesen Trend gibt es sowohl in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PP) als auch in der Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (KJP).

Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) weist in seinen Ergebnisberichten zu den schriftlichen Prüfungen der Ausbildungen nach dem Psychotherapeutengesetz die Anzahl der Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer differenziert nach den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren aus, die Gegenstand der vertieften Ausbildung waren (Vertiefungsverfahren), und unterscheidet dabei für die Jahre 2006 bis 2013 zwischen den Vertiefungsverfahren Verhaltenstherapie (VT) und analytische Psychotherapie bzw. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (PA/TfP). Eine weitere Unterscheidung innerhalb der psychodynamischen Verfahren ist auf Basis der Daten des IMPP nicht möglich.

Bei den schriftlichen Prüfungen zur PP-Ausbildung hat sich die Anzahl der jährlich durchgeführten Abschlussprüfungen mit VT-Vertiefung im dokumentierten Zeitraum von 590 auf 1.277 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr als verdoppelt. Die Anzahl der Prüfungskandidatinnen und -kandidaten pro Jahr mit der Vertiefung PA/TfP hat sich von 2006 bis 2013 mit einem Anstieg von 103 auf 297 nahezu verdreifacht. Bei den schriftlichen PP-Prüfungen stieg der Anteil der Vertiefungsrichtungen PA/TfP an allen Prüfungen damit in diesem Zeitraum von 15 auf 19 Prozent.

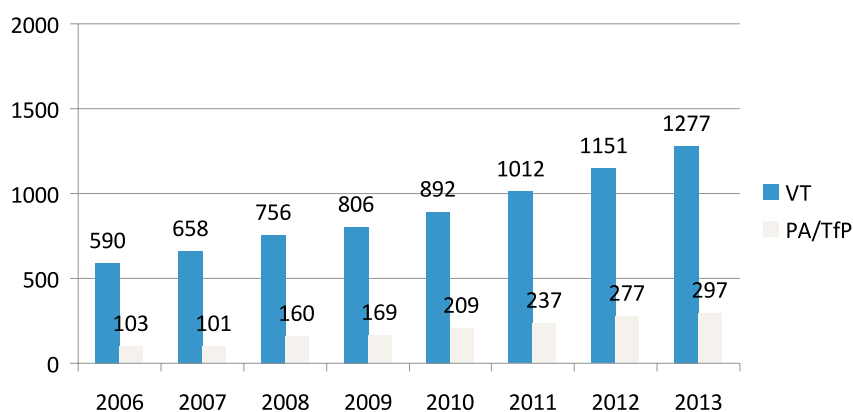


Abbildung 1: Teilnehmerinnen und Teilnehmer des schriftlichen Teils der Prüfungen für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Anzahl nach Verfahrensrichtung), Quelle: IMPP

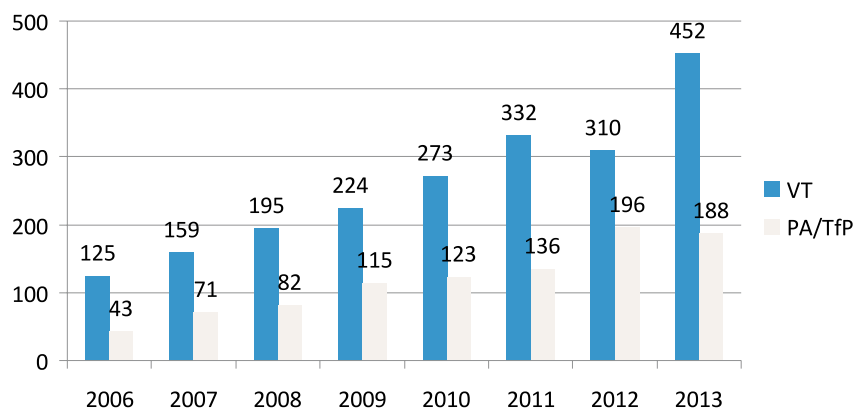


Abbildung 2: Teilnehmerinnen und Teilnehmer des schriftlichen Teils der Prüfungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (Anzahl nach Verfahrensrichtung), Quelle: IMPP

In Bezug auf die Absolventen der KJP-Ausbildung finden sich ebenfalls deutliche Veränderungen. Die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit VT-Vertiefung stieg um das 3,5-fache (von 125 auf 452), die Anzahl bei der Vertiefung PA/TfP war

2013 mit 188 Kandidatinnen und Kandidaten mehr als viermal so hoch wie 2006. Damit stieg bei den schriftlichen KJP-Prüfungen der Anteil der Vertiefungsrichtungen PA/TfP an allen Prüfungen von 26 auf 29 Prozent.

Dement, depressiv oder beides? BPTK-Symposium zu Depression und Demenz im Alter am 1. Juli 2014 in Berlin

Eine Depression kann sich neben Niedergeschlagenheit, Interessensverlust und Antriebslosigkeit auch als Gedächtnis- und Konzentrationsstörung äußern (sog. „Pseudodemenz“). Sie sieht dann einer beginnenden Demenz manchmal zum Verwechseln ähnlich. Dies führt nicht selten zu Fehldiagnosen. Daher veranstaltete die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (vertreten durch die Vorsitzende Prof. Dr. Ursula Lehr), der Stiftung Deutsche Depressionshilfe (vertreten durch den Vorsitzenden Prof. Dr. Ulrich Hegerl) und dem Deutschen Hausärzterverband (vertreten durch Dr. Dirk Mecking) ein Symposium zu den Fragen, wie Depressionen und beginnende Demenzen im Alter richtig diagnostiziert werden können und wie die Behandlung von Depressionen im Alter verbessert werden kann.

Bessere Diagnostik notwendig

Nach den Grußworten der Veranstalter ging Prof. Dr. Katja Werheid, Juniorprofessorin für Klinische Gerontopsychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin, auf die Zusammenhänge zwischen Depressionen und beginnenden Demenzen ein. Typische Symptome, die bei beiden Erkrankungen auftreten könnten, seien Vergesslichkeit, kognitive Verlangsamung, sozialer Rückzug und Antriebslosigkeit. Die Abgrenzung zwischen den beiden Erkrankungen sei nicht immer leicht und bedürfe einer ausführlichen Diagnostik, die bisher jedoch nicht immer angemessen durchgeführt werde.

Schnelle Behandlung sicherstellen

In seinem Vortrag betonte Bernd Zimmer, Facharzt für Allgemeinmedizin und Klinische Geriatrie, die wichtige Rolle von Hausärzten bei der Differenzialdiagnostik zwischen Depression und Demenz, da sie häufig für ältere Menschen der erste Ansprechpartner seien. Da weder Depression noch Demenz „Bring-Diagnosen“ seien, müssten sich Hausärzte zukünftig noch intensiver aktiv beiden Erkrankungen zuwenden. Außerdem sei es wichtig, dass Psy-



Prof. Dr. Ursula Lehr und Prof. Dr. Rainer Richter

chotherapeuten und Neuropsychologen Hausärzte zeitnaher als bisher bei der Diagnosestellung unterstützen. Auch die Defizite bei der Behandlung von depressiven älteren Menschen müssten behoben werden. Dies betreffe zum Beispiel die langen Wartezeiten in der Psychotherapie.

Psychotherapie auch im Alter wirksam

Prof. Dr. Meinolf Peters, Geschäftsführer des Instituts für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie, referierte über psychotherapeutische Ansätze bei der Behandlung von Depressionen mit kognitiven Symptomen im Alter. Er machte darauf aufmerksam, dass ältere Patienten mit einem Anteil von weniger als zehn Prozent in der ambulanten Psychotherapie unterrepräsentiert seien – und das, obwohl verschiedene und wirksame psychotherapeutische Ansätze für die Behandlung älterer Menschen mit Depressionen vorlägen.

SSRI bei Demenz und Depression

Prof. Dr. Hans Gutzmann, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, ging in seinem Vortrag auf die psychopharmakologische Behandlung ein. Es gebe einen breiten Konsens in der Profession und in Leitlinien,

depressive Symptomatik bei Demenzerkrankten mit Selektiven-Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) zu behandeln; auch wenn die empirische Evidenz hierfür nicht eindeutig sei.

Diskussion

Abschließend diskutierten die Experten über Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung von alten Menschen mit Depression bzw. beginnender Demenz. Es bestand Einigkeit darin, dass die Sensibilität für psychische Erkrankungen im Alter bei Hausärzten gefördert und hausarztpraxistaugliche Testverfahren weiterentwickelt und stärker verbreitet werden müssten. Wichtig sei außerdem die Sicherstellung einer kurzfristigen Unterstützung der Hausärzte durch zeitnahe Termine bei Psychotherapeuten, Neuropsychologen und Fachärzten. Auch die Etablierung niedrigschwelliger Behandlungsangebote für alte Menschen mit Depressionen sowie eine größere Bereitschaft von Psychotherapeuten, alte Menschen zu behandeln, sei notwendig. Unverzichtbar seien außerdem die Etablierung eines positiven Altersbildes im Gesundheitswesen sowie die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der alten Generation.

Einen ausführlichen Bericht finden Sie auf der Homepage der BPTK unter www.bptk.de.

Qualität der stationären Versorgung sichern – BPTK-Symposium am 26. Juni 2014 in Berlin

Auf dem Symposium wurden die Ergebnisse der im Auftrag der BPTK vom IGES durchgeführten Befragung von 1.500 stationär tätigen Psychotherapeuten vorgestellt und die Weiterentwicklung der stationären Versorgung diskutiert.

Die größten Versorgungsdefizite sahen die befragten Psychotherapeuten bei der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Schizophrenie und Borderline-Persönlichkeitsstörung, berichtete BPTK-Vizepräsident Dr. Dietrich Munz.

Eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung im Krankenhaus scheitere vor allem daran, dass Behandlungsempfehlungen der Leitlinien aus verschiedenen – unter anderem finanziellen – Gründen nicht umgesetzt würden, stellte Prof. Dr. Stefan Klingberg von der Uniklinik Tübingen fest. Wissenschaftlich sei erwiesen, dass auch in Akutphasen einer Schizophrenie Psychotherapie angeboten werden solle.

Grundsätzlich müsse die Versorgung sektorenübergreifend weiterentwickelt werden. Diesen Aspekt betonte Prof. Dr. Jörg M. Fegert vom Universitätsklinikum Ulm, der auf die besondere Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufmerksam machte.

Gute Praxis

Wie personalintensiv evidenzbasierte psychotherapeutische Komplexprogramme sind, stellte Dr. Isolde Daig von der Schön Klinik in Hamburg dar. Ihre Klinik biete dialektisch-behaviorale Therapie für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung an. Es sei möglich, dieses Behand-



v. l.: Prof. R. Richter, U. Bertram (MdB), D. Heidenblut (MdB), M. Klein-Schmeink (MdB), B. Wöllert (MdB), Dr. M. Noeker

lungsprogramm bereits jetzt umzusetzen, allerdings sei die Personaldecke sehr knapp, Urlaubs- und Krankheitszeiten nur schwer aufzufangen.

Einen weiteren Ansatz zur Integration von Psychotherapie in der Akutpsychiatrie stellte Dr. Franciska Illes von der Klinik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in Bochum vor. In ihrem Haus arbeiteten multiprofessionelle Teams in sogenannten störungsbezogenen „Tracks“ stationär, teilstationär und ambulant zusammen.

Wie die psychotherapeutische Haltung eine stationäre Behandlung auch unter schwierigen Rahmenbedingungen prägen kann, schilderte Dr. Lieselotte Mahler vom St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin. Das

„Weddinger Modell“ ihrer Klinik setze konsequent psychotherapeutische Prinzipien in der multiprofessionellen Arbeit auf einer akutpsychiatrischen Station in einem Berliner Problembezirk um. Dies sei unter den aktuellen Rahmenbedingungen nur zu leisten, weil alle Mitarbeiter hochmotiviert und engagiert seien.

BPTK-Präsident Prof. Rainer Richter forderte – wie auch Prof. Fegert – die Bildung einer Expertenkommission für die Weiterentwicklung der Versorgung von psychisch kranken Menschen mit komplexem Leistungsbedarf. Darüber hinaus müssten die Empfehlungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss für die Personalausstattung von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken erarbeiten soll, verbindlich werden.

Podiumsdiskussion

Ute Bertram (MdB, CDU/CSU) betonte, dass eine Reform des Finanzierungssystems der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser unumgänglich sei. Diese Kliniken seien eine „Black Box, in die Geld hineinfließt“, es bestehe aber keine Transparenz zur Qualität der Versorgung. Dirk Heidenblut (MdB, SPD) sah mit der Verlängerung der Optionsphase um zwei Jahre die Chance, aber auch die Ver-

Psychiatrische Institutsambulanzen: Anrechnung verschlechtert Versorgung

In der Bedarfsplanung werden Psychiatrische Institutsambulanzen zukünftig pauschal ausschließlich auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten angerechnet. Dies verhindert dringend notwendige Zulassungen zur Tätigkeit als Vertragspsychotherapeut und kann sogar dazu führen, dass Praxen nicht mehr nachbesetzt werden dürfen. Die Anrechnung ist nicht nachvollziehbar, da Psychiatrische Institutsambulanzen andere Patienten versorgen als niedergelassene Psychotherapeuten und sie ihre Patienten anders behandeln als diese. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den entsprechenden Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) trotzdem nicht beanstandet, den G-BA aber gebeten, die Notwendigkeit einer Anpassung der Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung zu prüfen.

pflichtung, Weiterentwicklungen oder auch Alternativen zum pauschalierenden Entgeltssystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) zu diskutieren und vorzulegen, so es sie denn tatsächlich gebe. Dr. Meinolf Noeker, Krankenhausdezernent beim LWL und selbst Psychotherapeut, schloss sich dem an.

Die Vertreter der Opposition Maria Klein-Schmeink (MdB, BÜNDNIS 90/DIE

GRÜNEN) und Birgit Wöllert (MdB, DIE LINKE) hielten die Konzentration auf ein Finanzierungssystem für den stationären Bereich grundsätzlich jedoch für eine zu enge Herangehensweise.

Prof. Richter appellierte, dass man nun gemeinsam die gewonnene Zeit dafür nutzen könne, das Beste aus dem PEPP-System zu machen und sicherzustellen, dass es bis Ende 2016 die notwendigen Min-

destanforderungen für die Personalausstattung der Kliniken gebe und diese verbindlich umgesetzt würden. Dem stimmten sowohl die Vertreter der Regierungsfraktion als auch der Opposition grundsätzlich zu.

Einen ausführlichen Bericht finden Sie auf der Homepage der BPTK unter www.bptk.de.

BPTK-Fachtagung: Diagnose Junge! Pathologisierung eines Geschlechts? BPTK-Symposium am 3. Juni 2014 in Berlin

Jungen verursachen beinahe doppelt so hohe Krankheitskosten aufgrund psychischer Erkrankungen wie Mädchen. Ist „Junge sein“ heute schon eine Diagnose? Auf dem BPTK-Symposium diskutierten Experten aus dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe und dem Bildungsbereich diese provokante Frage.

Gesundheitsgefahren

Ab dem siebten Lebensjahr ist das Risiko für einen Jungen, die Diagnose ADHS zu bekommen, viermal höher als bei einem Mädchen, zeigte Peter Lehdorfer, Mitglied des BPTK-Vorstands, in seiner Präsentation von Zahlen und Fakten zur Leistungsanspruchnahme durch Jungen. 43,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen in psychiatrischen Abteilungen sind Mädchen, aber 56,5 Prozent sind Jungen und Jungen erhalten mehr als doppelt so häufig Antipsychotika wie Mädchen. Familien mit Jungen benötigen auch deutlich häufiger erzieherische Hilfen durch das Jugend-

amt, insbesondere im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren.

Entwicklungsrisiken

Prof. Dr. Sabine Walper, Forschungsdirektorin am Deutschen Jugendinstitut, erläuterte die relevanten biologischen, psychischen und sozialen Ursachen dieser Geschlechtsunterschiede. Studien hätten gezeigt, dass Jungen empfindlicher und vulnerabler seien als Mädchen. Problematisch sei, dass Jungen dazu neigten, eher keine Hilfe in Anspruch zu nehmen, erklärte Dr. Hans Hopf, Preisträger des Diotima-Ehrenpreises der deutschen Psychotherapeutenchaft im Jahr 2013. Was passiere, wenn man die Bedürfnisse von Jungen ignoriert bzw. nicht angemessen darauf reagiert, zeige sich in der explosionsartigen Zunahme von ADHS-Diagnosen, die er zurückführe auf eine wachsende gesellschaftliche Intoleranz gegenüber dem gesteigerten Bewegungsdrang.

Prävention und Versorgung

Für mehr Geschlechtersensibilität in Prävention und Versorgung fehlten grundlegende Daten, beklagte Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen. Dies gelte auch für Wechselwirkungen mit anderen Faktoren wie dem Migrationshintergrund oder dem sozioökonomischen Status, die oft aussagefähiger seien als die Geschlechtszugehörigkeit allein. Auf soliden Daten aufbauend müsste der Genderaspekt in die Aus- und Weiterbildung von Fachleuten wie Erziehern, Pädagogen, Ärzten und Psychotherapeuten integriert werden – so die Experten auf dem abschließenden Podium. Ziel müsse es sein, die Gefährdungen von Jungen und Mädchen in unserer Gesellschaft systematisch zu verringern. Das Präventionsgesetz sei eine Gesetzesinitiative, mit der Weichen für eine geschlechtergerechte Entwicklungs- und Gesundheitsförderung gestellt werden können.

Einen ausführlichen Bericht finden Sie auf der Homepage der BPTK unter www.bptk.de.

Ausschreibung des Deutschen Psychologie Preises 2015

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), die Christoph-Dornier-Stiftung (CDS) und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) schreiben den Deutschen Psychologie Preis 2015 aus. Mit dem mit 10.000 Euro dotierten Preis werden herausragende Leistungen in der psychologischen Forschung gewürdigt, die sich durch hohe praktische Bedeutung auszeichnen. Die wissenschaftlichen Leistungen sollen von hoher Qualität und Originalität und relevant für die Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen sein. Nominierungen können bis zum 15.10.2014 mit einem Nominierungsschreiben und einer ausführlichen Begründung an die Jury des Deutschen Psychologie Preises (c/o Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin) gerichtet werden. Weitere Informationen: www.deutscher-psychologie-preis.de.

Geschäftsstelle

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

Muster-Berufsordnung

für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

in der Fassung des Beschlusses des
24. Deutschen Psychotherapeutentages
in Berlin am 17. Mai 2014

Inhaltsverzeichnis

Präambel	295	§ 19 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Arbeitgeberinnen, Arbeitgeber oder Vorgesetzte	300
Grundsätze	296	Formen der Berufsausübung	300
§ 1 Berufsaufgaben	296	§ 20 Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in einer Niederlassung	300
§ 2 Berufsbezeichnungen	296	§ 21 Zusammenschlüsse zu Berufsausübungsgemeinschaften, zu Kooperationsgemeinschaften und sonstigen Organisationen	300
§ 3 Allgemeine Berufspflichten	296	§ 22 Anforderungen an die Praxen	301
Regeln der Berufsausübung	296	§ 23 Informationen über Praxen und werbende Darstellung	301
§ 4 Allgemeine Obliegenheiten	296	§ 24 Aufgabe der Praxis	301
§ 5 Sorgfaltspflichten	296	§ 25 Ausübung des Berufs in einem Beschäftigungsverhältnis	301
§ 6 Abstinenz	297	§ 26 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Lehrende, Ausbilderinnen und Ausbilder und Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten sowie als Supervisorinnen und Supervisoren	301
§ 7 Aufklärungspflicht	297	§ 27 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Gutachterinnen und Gutachter	302
§ 8 Schweigepflicht	297	§ 28 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Forschung	302
§ 9 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht	298	Schlussbestimmungen	302
§ 10 Datensicherheit	298	§ 29 Pflichten gegenüber der Landespsychotherapeutenkammer	302
§ 11 Einsicht in Behandlungsdokumentationen	298	§ 30 Ahnden von Verstößen	302
§ 12 Umgang mit minderjährigen Patientinnen und Patienten	298		
§ 13 Umgang mit eingeschränkt einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten	299		
§ 14 Honorierung und Abrechnung	299		
§ 15 Fortbildungspflicht	299		
§ 16 Qualitätssicherung	299		
§ 17 Verhalten gegenüber anderen Kammermitgliedern und Dritten	299		
§ 18 Delegation	300		

Präambel

Die auf der Grundlage der Kammer- und Heilberufsgesetze beschlossene Berufsordnung regelt die Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sie sieht sich im Einklang mit berufsethischen Traditionen von akademischen Heilberufen auf nationaler und internationaler Ebene und bezieht sich auf die ethischen Wertentscheidungen, wie sie in den Grundrechten des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland verankert sind. Die Berufsordnung stellt die

Überzeugung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu berufswürdigem Verhalten gegenüber Patientinnen und Patienten¹, Kolleginnen und Kollegen, anderen Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Die Berufsordnung dient dem Ziel,

- das Vertrauen zwischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten und ihren Patientinnen oder Patienten zu fördern,
- den Schutz der Patientinnen und Patienten zu sichern,

- die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen,
- die freie Berufsausübung zu sichern,
- das Ansehen des Berufs zu wahren und zu fördern und
- auf berufswürdiges Verhalten hinzuwirken und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

¹ Soweit in dieser Berufsordnung das Wort Patientin oder Patient benutzt wird, gilt es auch für andere Nutzerinnen oder Nutzer der Dienstleistungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, im Sinne des § 1 (2).

Grundsätze

§ 1 Berufsaufgaben

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten üben die Heilkunde unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Standards aus mit dem Ziel, Krankheiten vorzubeugen und zu heilen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten sowie Leiden zu lindern.

(2) Sie betätigen sich insbesondere in der kurativen und palliativen Versorgung, in der Prävention und Rehabilitation, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, in Forschung und Lehre, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Kinder- und Jugendhilfe und in anderen Feldern des Sozialwesens, in der Beratung, in der Leitung und im Management von Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen sowie deren wissenschaftlicher Evaluation, in der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Konzepte, Verfahren und Methoden der Psychotherapie. Sie beteiligen sich darüber hinaus an der Erhaltung und Weiterentwicklung der soziokulturellen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit der Menschen.

(3) Der Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten ist seiner Natur nach ein freier Beruf und kein Gewerbe.

§ 2 Berufsbezeichnungen

(1) Zulässige Berufsbezeichnungen sind nach § 1 Absatz 1 PsychThG

- „Psychologische Psychotherapeutin“ oder „Psychologischer Psychotherapeut“,
- „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“,
- „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“.

Die genannten Berufsbezeichnungen sind gesetzlich geschützt.

§ 4 Allgemeine Obliegenheiten

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten, diese zu beachten und darauf gegründete Anordnungen und Richtlinien zu befolgen.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit abzusichern.

(2) Als zusätzliche Bezeichnung kann der Berufsbezeichnung das Psychotherapieverfahren beigefügt werden, das Gegenstand der vertieften Ausbildung und der Prüfung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder gemäß § 12 PsychThG zur Approbation führte.

(3) Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen angegeben werden, sofern dies in angemessener Form erfolgt und nicht irreführend ist. Die Voraussetzungen für derartige Angaben sind gegenüber der Landespsychotherapeutenkammer auf Verlangen nachzuweisen. Die Angabe eines Tätigkeitsschwerpunkts setzt eine nachhaltige Tätigkeit in diesem Bereich voraus und muss mit dem Zusatz „Tätigkeitsschwerpunkt“ erfolgen.

(4) Sonstige Regelungen zur Führung von Zusatzbezeichnungen bleiben einer gesonderten satzungsrechtlichen Regelung der Landespsychotherapeutenkammer vorbehalten.

§ 3 Allgemeine Berufspflichten

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(2) Bei der Berufsausübung sind die international anerkannten ethischen Prinzipien zu beachten, insbesondere

- die Autonomie der Patientinnen und Patienten zu respektieren,
- Schaden zu vermeiden,
- Nutzen zu mehren und Gerechtigkeit anzustreben.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben die Würde ihrer Patientinnen und Patienten zu achten, unabhängig insbesondere von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, sozialer Stellung, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder politischer Überzeugung.

(4) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen keine Grundsätze und keine Vorschriften oder Anweisungen befolgen, die mit ihrer Aufgabe unvereinbar sind und deren Befolgung einen Verstoß gegen diese Berufsordnung beinhalten würde.

(5) Fachliche Weisungen dürfen sie nur von Personen entgegennehmen, die über die entsprechende fachliche Qualifikation verfügen.

(6) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, die professionelle Qualität ihres Handelns unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu sichern und weiterzuentwickeln.

(7) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben bei ihrem öffentlichen Auftreten alles zu unterlassen, was dem Ansehen des Berufsstandes schadet. Fachliche Äußerungen müssen sachlich informierend und wissenschaftlich fundiert sein. Insbesondere sind irreführende Heilungsversprechen und unlautere Vergleiche untersagt.

(8) Sofern landesrechtliche Vorschriften im Falle von Großschadensereignissen oder Katastrophen eine psychosoziale Notfallversorgung der Bevölkerung vorsehen, sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, sich daran in berufsangemessener Form zu beteiligen. Zu Art und Umfang der Beteiligung sowie etwaigen Befreiungsmöglichkeiten erlässt die Landespsychotherapeutenkammer gesonderte Regelungen.

Regeln der Berufsausübung

§ 5 Sorgfaltspflichten

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen weder das Vertrauen, die Unwissenheit, die Leichtgläubigkeit, die Hilflosigkeit oder eine wirtschaftliche Notlage der Patientinnen und Patienten ausnutzen, noch unangemessene Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf den Heilungserfolg machen.

(2) Vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung hat in der Regel eine

diagnostische Abklärung unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen zu erfolgen. Dabei sind erforderlichenfalls Befundberichte Dritter zu berücksichtigen. Indikationsstellung und Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans haben unter Berücksichtigung der mit den Patientinnen und Patienten erarbeiteten Behandlungsziele zu erfolgen.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen keine Behandlung durchführen und sind verpflichtet, eine begonne-

ne Behandlung zu beenden, wenn sie feststellen, dass das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen der Patientin oder dem Patienten und der Behandelnden oder dem Behandelnden nicht herstellbar ist, sie für die konkrete Aufgabe nicht befähigt oder hierfür nicht ausgebildet sind. Eine kontraindizierte Behandlung ist selbst bei ausdrücklichem Wunsch einer Patientin oder eines Patienten abzulehnen. Wird eine Behandlung bei fortbestehender Indikation beendet, ist die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut verpflichtet, der Patientin oder dem Patienten ein Angebot zu machen, sie oder ihn bei der Suche nach Behandlungsalternativen zu unterstützen.

(4) Erkennen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, dass ihre Behandlung keinen Erfolg mehr erwarten lässt, so sind sie gehalten, sie zu beenden. Sie haben dies der Patientin oder dem Patienten zu erläutern und das weitere Vorgehen mit ihr oder ihm zu erörtern.

(5) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbringen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt. Sie dürfen diese über elektronische Kommunikationsmedien nur in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten durchführen. Modellprojekte, insbesondere zur Forschung, in denen psychotherapeutische Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, bedürfen der Genehmigung durch die Landespsychotherapeutenkammer und sind zu evaluieren.

(6) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben Kolleginnen und Kollegen, Ärztinnen und Ärzte oder Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten hinzuzuziehen, wenn weitere Informationen oder Fähigkeiten erforderlich sind.

(7) Die Überweisung bzw. Zuweisung von Patientinnen oder Patienten muss sich an den fachlichen Notwendigkeiten orientieren. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen sich für die Zuweisung bzw. Überweisung von Patientinnen oder Patienten weder Entgelt noch sonstige Vorteile versprechen lassen noch selbst versprechen, annehmen oder leisten.

(8) Die Übernahme einer zeitlich parallelen oder nachfolgenden Behandlung von Eheleuten, Partnerinnen und Partnern, Familienmitgliedern oder von in engen privaten und beruflichen Beziehungen zu einer Patientin oder einem Patienten stehenden Personen ist mit besonderer Sorgfalt zu prüfen.

§ 6 Abstinenz

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben die Pflicht, ihre Beziehungen zu Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen professionell zu gestalten und dabei jederzeit die besondere Verantwortung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

(2) Sie dürfen die Vertrauensbeziehung zu Patientinnen und Patienten nicht zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse missbrauchen.

(3) Die Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird ausschließlich durch das vereinbarte Honorar abgegolten. Die Annahme von entgeltlichen oder unentgeltlichen Dienstleistungen im Sinne einer Vorteilnahme ist unzulässig. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen nicht direkt oder indirekt durch Geschenke, Zuwendungen, Erbschaften oder Vermächtnisse Vorteile erlangen, es sei denn, der Wert ist geringfügig.

(4) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollen außertherapeutische Kontakte zu Patientinnen und Patienten auf das Nötige beschränken und so gestalten, dass eine therapeutische Beziehung möglichst wenig gestört wird.

(5) Jeglicher sexueller Kontakt von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ihren Patientinnen und Patienten ist unzulässig.

(6) Die abstinente Haltung erstreckt sich auch auf die Personen, die einer Patientin oder einem Patienten nahe stehen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf deren Eltern und Sorgeberechtigte.

(7) Das Abstinenzgebot gilt auch für die Zeit nach Beendigung der Psychotherapie, solange noch eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Abhängigkeitsbeziehung der Patientin oder des Patienten zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten gegeben ist. Die Verantwortung für ein berufsethisch einwandfreies Vorgehen trägt allein die behandelnde Psychotherapeutin oder der behandelnde Psychotherapeut. Bevor private Kontakte aufgenommen werden, ist mindestens ein zeitlicher Abstand von einem Jahr einzuhalten.

§ 7 Aufklärungspflicht

(1) Jede psychotherapeutische Behandlung bedarf der Einwilligung und setzt eine mündliche Aufklärung durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten

oder durch eine andere Person voraus, die über die zur Durchführung der jeweiligen Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt. Anders lautende gesetzliche Bestimmungen bleiben davon unberührt.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterliegen gegenüber ihren Patientinnen und Patienten einer Aufklärungspflicht über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände, insbesondere über 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 gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. Die Aufklärungspflicht umfasst weiterhin die Klärung der Rahmenbedingungen der Behandlung, z. B. Honorarregelungen, Sitzungsdauer und Sitzungsfrequenz und die voraussichtliche Gesamtdauer der Behandlung.

(3) Die Aufklärung hat vor Beginn einer Behandlung in einer auf die Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit der Patientin oder des Patienten abgestimmten Form und so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Treten Änderungen im Behandlungsverlauf auf oder sind erhebliche Änderungen des Vorgehens erforderlich, ist die Patientin oder der Patient auch während der Behandlung darüber aufzuklären.

(4) Der Patientin oder dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die sie oder er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhandigen.

(5) In Institutionen, in Berufsausübungsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und sonstigen Organisationen arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben darüber hinaus ihre Patientinnen und Patienten in angemessener Form über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, über den Ablauf der Behandlung, über besondere Rahmenbedingungen sowie über die Zuständigkeitsbereiche weiterer, an der Behandlung beteiligter Personen zu informieren.

§ 8 Schweigepflicht

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was ihnen im Zusammen-

hang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patientinnen oder Patienten oder Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. Dies gilt – unter Berücksichtigung von § 11 Absatz 3 – auch über den Tod der betreffenden Personen hinaus.

(2) Soweit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie dazu nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Dabei haben sie über die Weitergabe von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für die Patientinnen und Patienten und deren Therapie zu entscheiden.

(3) Ist die Schweigepflicht aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift eingeschränkt, so ist die betroffene Person darüber zu unterrichten.

(4) Gefährdet eine Patientin oder ein Patient sich selbst oder andere oder wird sie oder er gefährdet, so haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwischen Schweigepflicht, Schutz der Patientin oder des Patienten, Schutz von Dritten und dem Allgemeinwohl abzuwägen und gegebenenfalls Maßnahmen zum Schutz der Patientin oder des Patienten oder Dritter zu ergreifen.

(5) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an einer psychotherapeutischen Tätigkeit teilnehmen, sind über die gesetzliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit zu belehren. Dies ist schriftlich festzuhalten.

(6) Im Rahmen kollegialer Beratung, Intervention, Supervision oder zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen Informationen über Patientinnen und Patienten oder über Dritte nur in anonymisierter Form im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes verwendet werden. Die Anonymisierung muss sicherstellen, dass keinerlei Rückschlüsse auf die Person der Patientin oder des Patienten oder auf die Person Dritter erfolgen können. Kann diese Anonymisierung nicht gewährleistet werden, ist die Weitergabe von Informationen nur mit vorausgegangener ausdrücklicher Entbindung von der Schweigepflicht zulässig.

(7) Ton- und Bildaufnahmen psychotherapeutischer Tätigkeit bedürfen der vorherigen Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Ihre Verwendung unterliegt der Schweigepflicht. Die Patientin oder der Patient ist über das Recht zu informieren, eine Löschung zu verlangen.

(8) In allen Fällen der Unterrichtung Dritter nach den Absätzen (2) bis (7) hat sich die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut auf das im Einzelfall erforderliche Maß an Informationen zu beschränken.

§ 9 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung oder Beratung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Die Dokumentationen nach Absatz 1 sind zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit sich nicht aus gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsdauer ergibt.

§ 10 Datensicherheit

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben in ihrem Verantwortungsbereich sicherzustellen, dass erhobene Daten und persönliche Aufzeichnungen sicher verwahrt werden und gegenüber Zugriffen unbefugter Dritter umfassend geschützt sind.

(2) Dies gilt auch für elektronisch gespeicherte Daten und Aufzeichnungen. Die jeweils aktuellen Sicherheitsstandards sind einzuhalten und die gesetzlich vorgeschriebenen Fristen sind zu beachten.

§ 11 Einsicht in Behandlungsdokumentationen

(1) Patientinnen und Patienten ist auch nach Abschluss der Behandlung auf ihr Verlangen hin unverzüglich Einsicht in die sie betreffende Patientenakte zu gewähren, die nach § 9 Absatz 1 zu erstellen ist.

Auch persönliche Eindrücke und subjektive Wahrnehmungen der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten, die gemäß § 9 in der Patientenakte dokumentiert worden sind, unterliegen grundsätzlich dem Einsichtsrecht der Patientin oder des Patienten. Auf Verlangen der Patientin oder des Patienten haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dieser oder diesem Kopien und elektronische Abschriften aus der Dokumentation zu überlassen. Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut kann die Erstattung entstandener Kosten fordern.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können die Einsicht ganz oder teilweise nur verweigern, wenn der Einsichtnahme erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Nimmt die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut ausnahmsweise einzelne Aufzeichnungen von der Einsichtnahme aus, weil diese Einblick in ihre oder seine Persönlichkeit geben und deren Offenlegung ihr oder sein Persönlichkeitsrecht berührt, stellt dies keinen Verstoß gegen diese Berufsbefugnis dar, wenn und soweit in diesem Fall das Interesse der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten am Schutz ihres oder seines Persönlichkeitsrechts in der Abwägung das Interesse der Patientin oder des Patienten an der Einsichtnahme überwiegt. Eine Einsichtsverweigerung gemäß Satz 1 oder Satz 2 ist gegenüber der Patientin oder dem Patienten zu begründen. Die Landespsychotherapeutenkammer kann zur Überprüfung der Voraussetzungen nach Satz 1 oder Satz 2 die Offenlegung der Aufzeichnungen ihr gegenüber verlangen. Die Regelung des § 12 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(3) Im Fall des Todes der Patientin oder des Patienten stehen die Rechte aus Absatz 1 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen ihren oder seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen der Patientin oder des Patienten, soweit diese immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten entgegensteht.

§ 12 Umgang mit minderjährigen Patientinnen und Patienten

(1) Bei minderjährigen Patientinnen und Patienten haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Entscheidung, eine psychotherapeutische Behandlung anzubieten, unter sorgfältiger Berücksichtigung der

Einstellungen aller Beteiligten zu treffen. Sie haben allen Beteiligten gegenüber eine professionelle Haltung zu wahren.

(2) Einwilligungsfähig in eine psychotherapeutische Behandlung sind Minderjährige nur dann, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, sich der Einwilligung des oder der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern.

(3) Können sich die Sorgeberechtigten nicht einigen, ist die Durchführung einer Behandlung noch nicht einsichtsfähiger Patientinnen und Patienten von einer gerichtlichen Entscheidung abhängig.

(4) Die Einwilligung der Sorgeberechtigten setzt deren umfassende Aufklärung entsprechend § 7 voraus.

(5) Einsichtsfähige minderjährige Patientinnen und Patienten sind umfassend gemäß § 7 aufzuklären. Ihre Einwilligung in die Behandlung ist einzuholen.

(6) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind schweigepflichtig sowohl gegenüber den einsichtsfähigen Patientinnen und Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von den jeweiligen Personen der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten anvertrauten Mitteilungen. Soweit Minderjährige über die Einsichtsfähigkeit nach Absatz 2 verfügen, bedarf eine Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte in die sie betreffende Patientenakte der Einwilligung der Minderjährigen. Es gelten die Ausnahmen entsprechend den Regelungen nach § 8.

§ 13 Umgang mit eingeschränkt einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten

(1) Einwilligungsfähig in eine psychotherapeutische Behandlung sind Patientinnen und Patienten, für die eine rechtliche Vertreterin oder ein rechtlicher Vertreter eingesetzt sind, nur dann, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen.

(2) Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, hat die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut nach entsprechender Aufklärung die Einwilligung der rechtlichen Vertreterin oder des rechtlichen Vertreters einzuholen. Bei Konflikten zwischen der rechtlichen Vertreterin oder dem rechtlichen Ver-

treter und der Patientin oder dem Patienten ist die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut verpflichtet, insbesondere auf das Patientenwohl zu achten.

(3) Der gesetzlichen Betreuungssituation und den sich daraus ergebenden besonderen Anforderungen an die Indikationsstellung und Durchführung der Behandlung ist Rechnung zu tragen.

§ 14 Honorierung und Abrechnung

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben auf eine angemessene Honorierung ihrer Leistungen zu achten. Das Honorar ist nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) zu bemessen, soweit nicht gesetzlich etwas anderes bestimmt ist.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen die Sätze nach der GOP nicht in unlauterer Weise unterschreiten oder sittenwidrig überhöhte Honorarvereinbarungen treffen. In begründeten Ausnahmefällen können sie Patientinnen und Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Honorarfragen sind zu Beginn der Leistungserbringung zu klären. Abweichungen von den gesetzlichen Gebühren (Honorarvereinbarungen) sind schriftlich zu vereinbaren.

(4) Weiß die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch Dritte, insbesondere durch die gesetzliche Krankenversicherung, Fürsorgeeinrichtungen nach dem Beihilferecht und durch private Krankenversicherungen, nicht gesichert ist, oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss sie oder er die Patientin oder den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formerfordernisse aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(5) Die Angemessenheit der Honorarforderung hat die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut auf Anfrage gegenüber der Landespsychotherapeutenkammer zu begründen.

(6) Abrechnungen haben der Klarheit und Wahrheit zu entsprechen und den zeitlichen Ablauf der erbrachten Leistungen korrekt wiederzugeben.

§ 15 Fortbildungspflicht

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausüben, sind ver-

pflichtet, entsprechend der Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer ihre beruflichen Fähigkeiten zu erhalten und weiterzuentwickeln. Sie müssen ihre Fortbildungsmaßnahmen auf Verlangen der Landespsychotherapeutenkammer nachweisen.

§ 16 Qualitätssicherung

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind dafür verantwortlich, dass ihre Berufsausübung aktuellen Qualitätsanforderungen entspricht. Hierzu haben sie angemessene Qualitätssichernde Maßnahmen zu ergreifen.

(2) Dies schließt gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen diese Maßnahmen gegenüber der Landespsychotherapeutenkammer nachweisen können.

§ 17 Verhalten gegenüber anderen Kammermitgliedern und Dritten

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Berufskolleginnen und Berufskollegen und Angehörigen anderer Heilberufe mit Respekt zu begegnen und Rücksicht auf deren berechnete Interessen zu nehmen. Unsachliche Kritik an der Vorgehensweise oder dem beruflichen Wissen sowie herabsetzende Äußerungen über deren Person sind zu unterlassen. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, in einem Gutachten oder in anderen fachlichen Stellungnahmen nach bestem Wissen ihre fachliche Überzeugung auszusprechen, auch soweit es die Vorgehensweise von Kolleginnen oder Kollegen betrifft.

(2) Anfragen von Kolleginnen und Kollegen und Angehörigen anderer Heilberufe sind zeitnah unter Beachtung von § 8 zu beantworten.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können sich in kollegialer Weise auf Vorschriften der Berufsordnung aufmerksam machen. Sie verletzen ihre Pflicht zur Kollegialität auch dann nicht, wenn sie bei Vorliegen eines begründeten Verdachts die Landespsychotherapeutenkammer auf einen möglichen Verstoß einer Kollegin oder eines Kollegen gegen die Berufsordnung hinweisen.

(4) Konflikte zwischen Kammermitgliedern untereinander, zwischen Kammermitgliedern und Angehörigen anderer Be-

rufe oder zwischen Kammermitgliedern und Patientinnen oder Patienten können im gegenseitigen Einvernehmen außgerichtlich durch die Landespsychotherapeutenkammer geschlichtet werden.

§ 18 Delegation

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können diagnostische Teilaufgaben sowie behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegieren, sofern diese über eine dafür geeignete Qualifikation verfügen und die Patientin oder der Patient wirksam eingewilligt hat.

(2) Die Gesamtverantwortung für die delegierten Maßnahmen verbleibt bei der

delegierenden Psychotherapeutin oder dem delegierenden Psychotherapeuten.

(3) Im Falle der Delegation von Maßnahmen sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur regelmäßigen Kontrolle der delegierten Leistungserbringung verpflichtet.

§ 19 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Arbeitgeberinnen, Arbeitgeber oder Vorgesetzte

(1) Beschäftigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer Praxis, in Ambulanzen oder anderen Institutionen des Gesundheitswesens sowie in Ausbildungs- und Forschungsinstituten oder an-

deren Einrichtungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, so haben sie auf angemessene Arbeits- und Vergütungsbedingungen hinzuwirken und Verträge abzuschließen, welche der jeweiligen Tätigkeit entsprechen.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Arbeitgeberinnen, Arbeitgeber oder Vorgesetzte dürfen keine Weisungen erteilen, die mit dieser Berufsordnung nicht vereinbar sind.

(3) Zeugnisse über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

§ 20 Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in einer Niederlassung

(1) Die selbstständige Ausübung psychotherapeutischer Behandlungstätigkeit ist grundsätzlich an die Niederlassung in einer Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen. Die Durchführung einzelner therapeutischer Schritte kann auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten stattfinden, soweit dies für die Behandlung notwendig ist und berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden.

(2) Es ist zulässig, über den Praxissitz hinaus an bis zu zwei weiteren Orten psychotherapeutisch tätig zu sein. Dabei haben die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung an jedem Ort ihrer Tätigkeit zu treffen.

(3) Orte und Zeitpunkte der Aufnahme psychotherapeutischer Tätigkeiten und jede Veränderung sind der Landespsychotherapeutenkammer unverzüglich mitzuteilen.

(4) Bei längeren Abwesenheiten von der Praxis ist die Praxisinhaberin oder der Praxisinhaber verpflichtet, für eine geeignete Vertretung Sorge zu tragen.

(5) Die Beschäftigung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzten oder Zahnärztinnen und Zahnärzten durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten setzt die Leitung der Praxis durch die niedergelassene Psychotherapeutin oder den niedergelassenen Psychotherapeuten voraus. Die Be-

Formen der Berufsausübung

schäftigung ist der Landespsychotherapeutenkammer anzuzeigen.

(6) Die Beschäftigung von Fachkräften, die die Praxisinhaberin oder den Praxisinhaber in ihrer oder seiner psychotherapeutischen Behandlungstätigkeit unterstützen bzw. von Vertreterinnen oder Vertretern, wenn die Vertretung insgesamt länger als drei Monate innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten andauert, ist der Landespsychotherapeutenkammer anzuzeigen.

(7) Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind zur Teilnahme am psychotherapeutischen Notfalldienst verpflichtet, wenn ein solcher eingerichtet wurde. Zu Art und Umfang der Beteiligung sowie etwaigen Befreiungsmöglichkeiten erlässt die jeweilige Landespsychotherapeutenkammer gesonderte Regelungen. Die Teilnahme an einem Notfalldienst entbindet die behandelnde Psychotherapeutin oder den behandelnden Psychotherapeuten nicht von ihrer oder seiner Verpflichtung, für die Betreuung der eigenen Patientinnen und Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben sich für den Notfalldienst fortzubilden, wenn sie nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit sind.

§ 21 Zusammenschlüsse zu Berufsausübungsgemeinschaften, zu Kooperationsgemeinschaften und sonstigen Organisationen

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen sich im Rahmen der Vorgaben des Heilberufsgesetzes zu Berufsausübungsgemeinschaften in allen

rechtlich möglichen Formen mit anderen Angehörigen ihrer Berufsgruppe oder Angehörigen anderer Gesundheits- oder Beratungsberufe zusammenschließen.

(2) Bei Berufsausübungsgemeinschaften sind die Namen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der Angehörigen der anderen Berufsgruppen, die zugehörigen Berufsbezeichnungen, die Rechtsform und jeder Ort der Berufsausübung öffentlich anzukündigen.

(3) Darüber hinaus dürfen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich an Kooperationen beteiligen, deren Ziel ein bestimmter Versorgungsauftrag oder eine andere Form der Zusammenarbeit zur Versorgung der Patientinnen und Patienten ist.

(4) Bei allen Formen von Zusammenschlüssen muss die freie Wahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch die Patientinnen und Patienten gewährleistet und die eigenverantwortliche und selbstständige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewahrt bleiben.

(5) Bei allen Formen von Zusammenschlüssen ist die Verarbeitung der Patientinnen- und Patientendaten so zu organisieren, dass bei Auflösung des Zusammenschlusses eine Trennung der Datenbestände unter Wahrung der gesetzlichen Geheimhaltungspflichten, der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, der schutzwürdigen Belange der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der schutzwürdigen Belange der betroffenen Patientinnen und Patienten möglich ist.

(6) Eine Beteiligung von Kammermitgliedern an privatrechtlichen Organisationen,

die missbräuchlich die eigenverantwortliche Berufsausübung einschränken, Überweisungen an den Leistungserbringerkreis außerhalb der Organisation ausschließen oder in anderer Weise die Beachtung der Berufspflichten der Kammermitglieder beschränken, ist unzulässig.

(7) Alle Zusammenschlüsse nach den Absätzen 1 bis 3 sowie deren Änderungen sind der Landespsychotherapeutenkammer anzuzeigen. Kooperationsverträge nach den Absätzen 1 bis 3 sind auf Verlangen der Landespsychotherapeutenkammer vorzulegen.

§ 22 Anforderungen an die Praxen

(1) Praxen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen den besonderen Anforderungen der psychotherapeutischen Behandlung genügen. Präsenz und Erreichbarkeit sind zu gewährleisten.

(2) Anfragen von Patientinnen und Patienten, die sich in laufender Behandlung befinden, müssen zeitnah, in Notfällen unverzüglich beantwortet werden, sofern dem nicht besondere Gründe entgegenstehen. Bei Verhinderung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten sind der Patientin oder dem Patienten alternative Kontaktmöglichkeiten mitzuteilen.

(3) Räumlichkeiten, in denen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihren Beruf ausüben, müssen von ihrem privaten Lebensbereich getrennt sein.

(4) Die Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 3 gelten für alle Orte psychotherapeutischer Tätigkeit entsprechend.

§ 23 Informationen über Praxen und werbende Darstellung

(1) Die Ausübung von Psychotherapie in einer Niederlassung muss durch ein Schild angezeigt werden, das die für eine Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten notwendigen Informationen enthält.

(2) Die Verwendung anderer Bezeichnungen als „Praxis“ bedarf der Genehmigung durch die jeweilige Landespsychotherapeutenkammer.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen auf ihre berufliche Tätigkeit werbend hinweisen. Die Werbung muss sich in Form und Inhalt auf die sachliche Vermittlung des beruflichen Angebots beschränken. Insbesondere anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung ist unzulässig. Dies gilt auch für die Darstellung auf Praxisschildern. Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

(4) Eine Internetpräsenz muss den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere den Vorschriften des Telemediengesetzes (TMG) entsprechen.

(5) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen sich in Verzeichnisse eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:

- sie müssen allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, welche die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen mit einem kostenfreien Grundeintrag offenstehen,
- die Eintragungen müssen sich auf die ankündigungsfähigen Informationen beschränken und
- die Systematik muss zwischen den erworbenen Qualifikationen einerseits und Tätigkeitsschwerpunkten andererseits unterscheiden.

§ 24 Aufgabe der Praxis

(1) Die Praxisinhaberin oder der Praxisinhaber hat rechtzeitig dafür Sorge zu tragen, dass bei der Beendigung seiner Tätigkeit, bei der Auflösung oder der Veräußerung der Praxis – auch für den Todesfall – die Regeln der Datensicherheit gemäß § 10 eingehalten werden. Die Beendigung der Praxistätigkeit ist der Landespsychotherapeutenkammer mitzuteilen.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können Unterlagen von Patientinnen und Patienten bei Aufgabe oder Übergabe der Praxis grundsätzlich nur mit schriftlicher Einwilligungserklärung der betroffenen Patientinnen und Patienten an die Praxisnachfolgerin oder den Praxisnachfolger übergeben. Soweit eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten nicht vorliegt, hat die bisherige Praxisinhaberin oder der bisherige Praxisinhaber für eine ordnungsgemäße Aufbewahrung und Sicherung der Unterlagen nach § 9 Absatz 2 und § 10 Sorge zu tragen.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben dafür Sorge zu tragen, dass bei Praxisübergabe und im Falle eigenen Unvermögens (Krankheit, Tod) ihre Dokumentationen sicher verwahrt und nach Ablauf der Aufbewahrungszeit (§ 9 Absatz 2) unter Beachtung der Grundsätze der Datenschutzbestimmungen vernichtet werden.

(4) Ist eine Aufbewahrung bei der bisherigen Praxisinhaberin oder dem bisherigen Praxisinhaber nicht möglich, kann diese Aufgabe an die Praxisnachfolgerin oder den Praxisnachfolger übertragen werden, wenn diese oder dieser die Unterlagen ge-

trennt von den eigenen Unterlagen unter Verschluss hält.

(5) Der sachliche und ideelle Verkaufswert einer Praxis darf nicht sittenwidrig überhöht festgelegt werden.

§ 25 Ausübung des Berufs in einem Beschäftigungsverhältnis

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem privaten oder öffentlich-rechtlichen Beschäftigungsverhältnis dürfen nur Weisungen befolgen, die mit dieser Berufsordnung vereinbar sind und deren Befolgung sie selbst verantworten können.

(2) Sie dürfen in Bezug auf fachliche Angelegenheiten ihrer Berufsausübung Weisungen von Vorgesetzten nur dann befolgen, wenn diese über entsprechende psychotherapeutische Qualifikationen verfügen.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Dienstvorgesetzte dürfen keine Weisungen erteilen, die mit der Berufsordnung unvereinbar sind. Sie haben bei der Gestaltung beruflicher Rahmenbedingungen darauf hinzuwirken, dass diese der weisungsgebundenen Berufskollegin oder dem weisungsgebundenen Berufskollegen die Einhaltung ihrer oder seiner Berufspflichten ermöglichen.

(4) Üben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihren Beruf in einem Beschäftigungsverhältnis und zugleich selbstständig in einer Praxis aus, haben sie Interessenkonflikte, die sich hierbei ergeben könnten, unter vorrangiger Berücksichtigung des Wohls der Patientinnen und Patienten zu lösen.

§ 26 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Lehrende, Ausbilderinnen und Ausbilder und Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten sowie als Supervisorinnen und Supervisoren

(1) In der Ausbildung tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen Abhängigkeiten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen ausnutzen oder Vorteile daraus ziehen. Die Regelungen zur Abstinenz (§ 6) gelten entsprechend.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen keine Prüfungen bei Aus- und Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern abnehmen, die bei ihnen in Selbsterfahrung oder Lehrtherapie sind oder waren. Zwischen einer Leiterin oder einem Leiter und einer Teilnehmerin

oder einem Teilnehmer einer Selbsterfahrung darf kein dienstliches, privates, die Aus- oder Weiterbildung betreffendes oder sonstiges Abhängigkeitsverhältnis bestehen.

(3) Die Ausbildungsbedingungen müssen für alle Betroffenen transparent und durch schriftlichen Vertrag festgelegt sein.

(4) Auszubildende sind auf ihren späteren Beruf hin angemessen auszubilden.

§ 27 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Gutachterinnen und Gutachter

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen sich als Gutachterinnen und Gutachter betätigen, soweit ihre Fachkenntnisse und ihre beruflichen Erfahrungen ausreichen, um die zu untersuchende Fragestellung nach bestem Wissen und Gewissen beantworten zu können.

(2) Gutachten sind den fachlichen Standards entsprechend innerhalb angemessener Frist zu erstellen und dürfen keine Gefälligkeitsaussagen enthalten.

§ 29 Pflichten gegenüber der Landespsychotherapeutenkammer

Die Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer sind dieser gegenüber zur Erfüllung aller Aufgaben verpflichtet, die sich aus Gesetzen, Rechtsverordnungen, Verträgen, Richtlinien und Satzungsnormen ergeben. Die Mitglieder sind ferner verpflichtet, ihrer Landespsychotherapeutenkammer unverzüglich nach Aufforderung alle Auskünfte zu

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben vor Übernahme eines Gutachtenauftrags ihre gutachterliche Rolle zu verdeutlichen und von einer psychotherapeutischen Behandlungstätigkeit klar abzugrenzen.

(4) Ein Auftrag zur Begutachtung eigener Patientinnen und Patienten im Rahmen eines Gerichtsverfahrens ist in der Regel abzulehnen. Eine Stellungnahme ist dann möglich, wenn die Patientin oder der Patient auf die Risiken einer möglichen Aussage der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten in geeigneter Weise hingewiesen wurde und wenn sie oder er die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten diesbezüglich von der Schweigepflicht entbunden hat. Im Falle einer Entbindung von der Schweigepflicht ist die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut gemäß § 53 Absatz 2 StPO verpflichtet, als Zeugin oder Zeuge vor Gericht auszusagen.

§ 28 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Forschung

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben bei der Planung und

Durchführung von Studien und Forschungsprojekten die in der Deklaration von Helsinki 2013 niedergelegten ethischen Grundsätze zu beachten.

(2) Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind vor Beginn von Psychotherapiestudien sorgfältig über deren Inhalte, Rahmenbedingungen und mögliche Belastungen sowie Risiken aufzuklären. Diese Information und die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie müssen vor Beginn der Durchführung schriftlich niedergelegt sein.

(3) Sofern Behandlungen im Rahmen eines Forschungsvorhabens nicht abgeschlossen werden können, ist dafür Sorge zu tragen, dass Weiterbehandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen oder vermittelt werden können.

(4) Bei der Veröffentlichung von Forschungsergebnissen haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Auftraggeberinnen und Auftraggeber sowie Geldgeberinnen und Geldgeber der Forschung zu nennen.

Schlussbestimmungen

erteilen und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, welche diese zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigt.

§ 30 Ahnden von Verstößen

(1) Schuldhaftes, das heißt vorsätzliche oder fahrlässige Verstöße gegen die Bestimmungen dieser Berufsordnung, können berufsrechtliche Verfahren nach den Heilberufsgesetzen nach sich ziehen.

(2) Ein außerhalb des Berufs liegendes Verhalten einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten kann dann eine berufsrechtlich zu ahndende Pflichtverletzung sein, wenn es nach den Umständen des Einzelfalles in besonderem Maße geeignet ist, Achtung und Vertrauen in einer für die Ausübung oder das Ansehen dieses Berufes bedeutsamen Weise zu beeinträchtigen.



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nachdem der zweite Fünfjahreszeitraum zum Nachweis bzw. zur Zertifizierung der erbrachten Fortbildungen nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung im Jahr 2004 für die meisten der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen abgelaufen ist, haben die Mitarbeiter des Ressorts Aus-, Fort- und Weiterbildung eine große Welle von Anträgen abzuarbeiten. Nach den gesetzlichen Vorschriften ist gegenüber der KV alle fünf Jahre zu belegen, dass der erforderliche Aufwand an Fortbildungen erbracht wurde. Kann dies nicht erbracht werden, haben die Betroffenen mit Abschlägen ihrer Vergütung zu rechnen und müssen innerhalb von zwei Jahren ausreichend nachqualifizieren.

Gelingt dies nicht, droht der Entzug der Kassenzulassung. Die Kammer hat die Aufgabe übernommen, den Nachweis zu bestätigen und automatisch an die KV weiterzuleiten.

Obwohl der Nachweis des erforderlichen Umfangs der Fortbildung zeitlich schon früher möglich gewesen wäre, haben hier von nur wenige Kolleginnen und Kollegen Gebrauch gemacht, sodass ein großer Stapel von Anerkennungsanträgen abgearbeitet werden musste und weiterhin muss. Wir bitten deshalb alle Kolleginnen und Kollegen um Verständnis, dass zur Bearbeitung und Anerkennung der vielen Hundert Anträge die erforderliche Zeit notwen-

dig war und es zu Verzögerungen gekommen ist bzw. kommt.

Erfreulich ist, dass nur wenige Kolleginnen und Kollegen nachqualifizieren müssen. Darin sehen wir eine Anerkennung und Akzeptanz von Fortbildung, Supervision und Intervision als kontinuierlich erforderliche Maßnahmen, um unseren Beruf gewissenhaft und gut ausüben zu können.

Ihr Kammervorstand,

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

Entwurf des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG) kurz vor Verabschiedung

Das Sozialministerium der rot-grünen Landesregierung erprobte beim PsychKHG sein neues Vorgehen bei wichtigen Gesetzesentwürfen. Noch bevor der Entwurf erarbeitet wurde, wurden die Eckpunkte des geplanten Gesetzes zur bedarfsgerechten Versorgung für Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung, in dem auch der Maßregelvollzug und Regelungen zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung sowie Vorschriften zur Anwendung von Zwangsbehandlung bei psychischer Erkrankung geregelt werden sollten, mit Experten aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems beraten. Die Landespsychothera-

peutenkammer wurde in diesen Prozess eingebunden und konnte, wie wir schon berichteten, in verschiedenen Arbeitsgruppen ihr Fachwissen einbringen.

Im nächsten Schritt wurde ein erster Entwurf des Gesetzes zur Stellungnahme vorgelegt. Hierzu hatten wir eine Reihe von Anmerkungen eingebracht, insbesondere, dass aus unserer Sicht nicht konsequent umgesetzt worden ist, dass Menschen mit psychischer Erkrankung nicht nur in psychiatrischen Einrichtungen behandelt und betreut werden und deshalb nicht von „psychiatrischen Erkrankungen“ gespro-

chen werden sollte, sondern dass hier unabhängig vom speziellen ärztlichen Fachgebiet die Terminologie „Menschen mit psychischer Erkrankung“ verwendet werden sollte. Dies ist uns weitestgehend gelungen. Im Gesetz ist auch geregelt, dass Psychotherapeuten, nominiert über die LPK, an den Besuchskommissionen in den forensischen Abteilungen beteiligt werden. Die Einrichtung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen auf Kreisebene wird von uns ebenso begrüßt wie die unabhängige Ombudsstelle auf Landesebene. Das Gesetz soll im Januar 2015 in Kraft treten.

Gespräch mit den Ministerien über die Ausbildungsreform

Am 17. Juli 2014 fand in der LPK-Geschäftsstelle ein Gespräch zur Ausbildungsreform statt. Teilnehmer waren zwei Vertreter des

Wissenschaftsministeriums, ein Vertreter des Sozialministeriums, die baden-württembergischen Delegierten zum Deutschen Psy-

chotherapeutentag sowie der LPK-Vorstand mit Geschäftsführer und Kammerjuristin.

Der Vorstand erläutert die derzeit diskutierten drei Reformmodelle (basale Direktausbildung, duale Direktausbildung, sogenannte „kleine Lösung“). Die Vertreter des Wissenschaftsministeriums bestätigen, dass auch bei einem neuen Studiengang „Psychotherapiewissenschaft“ mit Staatsexamen eine Konzeption als Bachelor und Master nicht nur denkbar, sondern unabdingbar sei. Der Vertreter des Sozialministeriums sah eine solche Lösung eher kritisch. Seitens eines anwesenden Hochschullehrers wurde die Einführung eines gänzlich neuen Studiengangs als nicht machbar gesehen. Die Anforderungen an die Studieninhalte wurden diskutiert und dabei auch die Unterschiede der Medizinerbildung zu einer möglichen neuen Psychotherapeutenbildung benannt. Insbesondere der bei einer Direktausbildung notwendige hohe Praxisbezug bereits während des Studiums wurde als schwer umsetzbar betrachtet. Weiterhin wurden



Gesprächsrunde mit Vertretern des Sozialministeriums (Ansgar Lottermann) und Wissenschaftsministeriums (Dr. Adalbert Bader; Lutz Bölke).

die Finanzierungsbedarfe bei der Schaffung eines neuen Studienganges und einer möglichen Weiterbildungslösung diskutiert. Dass es eine kostenneutrale große Reform des Psychotherapeutengesetzes geben kann, wurde von keinem der Anwesenden gesehen.

In dem sehr konstruktiven Gespräch in guter Atmosphäre wurde deutlich, dass auf ministerialer Ebene ein Bachelor-/Masterstudium mit Staatsexamen präferiert wird. Fazit: Für den Berufsstand ist wichtig, eine Grundentscheidung anzustreben, auch ohne Ausdifferenzierung in einzelne Modelle.

Besuch des Kammerpräsidenten im Haus Nazareth Sigmaringen, Einrichtung der stationären und ambulanten Jugendhilfe

Nach Vermittlung unseres im Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ engagierten Kammermitglieds Lothar Schmidt wurde Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz vom Direktor des Hauses Nazareth in Sigmaringen, Peter Baumeister, zu einem Besuch eingeladen. Ziel war, die dortigen Angebote der stationären und ambulanten Jugendhilfe vor Ort kennenzulernen und die zunehmenden Probleme der finanziellen Sicherung der psychotherapeutischen Behandlung der dort betreuten Kinder besprechen zu können.



Die therapeutischen Mitarbeiter des Hauses Nazareth, Direktor Peter Baumeister (2. v. l.), Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz (3. v. l.) und Lothar Schmidt (2. v. r.).

Der Kammerpräsident war beeindruckt von den vielfältigen Angeboten der Einrichtung: Neben den sozialtherapeutischen Wohngruppen mit stationären Gruppenangeboten und Tagesgruppen sowie einer Schule und stationärer Notaufnahme werden ambulante Dienste für sozialpädagogische Familienhilfe, sozialpädagogische Einzelbetreuung, Familientherapie und gemeindeorientierte Dienste wie Schulsozialarbeit und offene Jugendarbeit angeboten.

Sowohl im Gespräch mit Direktor Baumeister als auch mit den Mitarbeitern wurde deutlich, dass die strikte Trennung der Finanzierung der Jugendhilfe und der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die unter einer psychischen Störung leiden, nicht sinnvoll und auch nicht umsetzbar ist. Obwohl viele der Kinder und Jugendlichen unter

schweren psychischen Störungen leiden, die zuvor oft stationär behandelt werden mussten und die den sozialpädagogischen Prozess oft erschweren, sind die Betroffenen sehr häufig nicht in der Lage, ambulante Psychotherapie aufzusuchen oder in der erforderlichen Weise regelmäßig wahrzunehmen. Es ist demgegenüber notwendig, die Psychotherapie individuell eng mit

dem Gesamtkonzept der Betreuung abzustimmen bzw. in diese zu integrieren, was im erforderlichen Umfang in einer ambulanten Psychotherapie nur begrenzt möglich erscheint. Wichtig ist deshalb, dass für

solche Einrichtungen die psychotherapeutische Behandlung der psychischen Erkrankung in der Einrichtung sichergestellt und dort integriert ist, was jedoch aufgrund der Finanzierungsstrukturen zunehmend

weniger und nur mit großem bürokratischem Aufwand möglich ist. Es wurde vereinbart, gemeinsam Lösungsvorschläge zu erarbeiten und deren politische Umsetzung anzugehen.

Erste Weiterbildungsstätte für Systemische Therapie in Baden-Württemberg zugelassen

Im März 2014 hat die LPK das Helm Stierlin Institut in Heidelberg im Verbund mit einer Reihe von klinischen Einrichtungen als Weiterbildungsstätte für Systemische Therapie (ST) zugelassen. Erstmals ist damit sowohl für Psychologische Psychotherapeuten als auch für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten die Möglichkeit geschaffen, in Baden-Württemberg die kammerrechtlich geregelte Zusatzbezeichnung „Systemische Therapie“ zu erwerben.

Vorausgegangen war nach Erweiterung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der BPTK um den Bereich der ST ein längerer Beratungs- und Klärungsprozess, in dem

es zunächst darum ging, die Anforderungen und Verantwortlichkeiten für Weiterbildungsstätten für ein Psychotherapieverfahren zu präzisieren und die Vorgaben des Heilberufekammergesetzes Baden-Württemberg in der Weiterbildungsordnung auf das für unsere Berufsgruppen Machbare umzusetzen (siehe auch PTJ 4/2012). Anders als in der Ausbildung stellt sich in der Weiterbildung das Problem der Finanzierung. Mangels anderer sozialrechtlicher Regelungen kann die Vergütung der zu erbringenden Behandlungsstunden im ambulanten Bereich nur über Privatabrechnung gewährleistet werden. Solange die ST noch nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen anerkannt ist,

führt die neue Zusatzbezeichnung auch nicht zu einer Abrechnungsgenehmigung. Die Zusatzbezeichnung ist allerdings ankündigungsfähig, d. h., der Erwerb berechtigt zur Annullierung dieser Qualifikation. Die Weiterbildung dauert mindestens zwei Jahre und beinhaltet mindestens 240 Stunden Theorie, 280 Behandlungsstunden, davon 70 Stunden unter Supervision, sowie 100 Stunden Selbsterfahrung und 60 Stunden Intervention. Kolleginnen und Kollegen, die bereits über entsprechende Qualifikationsnachweise verfügen, können die Zusatzbezeichnung nach den Übergangsregelungen der Weiterbildungsordnung beantragen (siehe auch LPK-Homepage).

Sommerfest der Heilberufekammern und KVen



Sozialministerin Katrin Altpeter im Gespräch mit Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz und KV-Vorsitzendem Dr. Norbert Metke (v. r. n. l.).

Leider konnte das diesjährige gemeinsame Sommerfest der Landeskammern der

Ärzte, der Zahnärzte und der Psychotherapeuten sowie der Kassenärztlichen und

Kassenärztlichen Vereinigung nicht bei schönem Wetter in dem einladenden Garten der KV durchgeführt werden. Trotzdem fanden sich neben der Sozialministerin viele Persönlichkeiten und Vertreter verschiedener Institutionen des Gesundheitssystems in Baden-Württemberg zum Austausch in den Räumen der KV ein und konnten sich in zahlreichen anregenden Gesprächen über die aktuelle Gesundheitspolitik im Land und Bund austauschen und das gute Essen und die guten Getränke genießen. Offenbar hat das am Spätabend stattgefundenen Halbfinalspiel der Fußball-WM, in dem sich der Endspielgegner der Deutschen Nationalmannschaft qualifizieren musste, viele etwas früher als in den vorangegangenen Jahren an den Bildschirm oder nach Hause gezogen. Wir sind jedoch sicher, dass auch das diesjährige Sommerfest allen Beteiligten in guter Erinnerung bleiben wird.

Sozialministerin Katrin Altpeter stellte Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg vor

Wie sich das Gesundheitswesen in Baden-Württemberg weiter entwickeln soll, wurde im Gesundheitsleitbild ausformuliert, das Gesundheitsministerin Katrin Altpeter vorstellte. Dieses wurde in einem einjährigen Diskussionsprozess in mehreren Schritten zusammen mit allen Akteuren des Gesundheitswesens (auch unter Beteiligung der LPK) und mit Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten entwickelt und soll der Orientierung bei der zukünftigen Ausgestaltung des baden-württembergischen Gesundheitswesens auf Landes-, Kreis- und Gemeindeebene dienen.

Als gemeinsame Ziele definiert sind die stärkere Ausrichtung des Gesundheitswesens am Patienten, eine engere Vernetzung der Akteure sowie eine bedeutendere Beteiligung der kommunalen Ebene. Es soll künftig als Richtlinie für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung und Pflege als gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten dienen. Die Ministerin kündigte an, das Gesundheitsleitbild in die verschiedenen Fachgremien auf Landesebene zu geben. In diesem Zusammenhang führte

die Ministerin aus, dass das Gesundheitswesen im Land aktuell noch gut dastehe, aber „wir müssen heute schon überlegen, wie wir mit diesen Herausforderungen umgehen, damit das auch in Zukunft so bleibt.“ Mit dem Gesundheitsleitbild liege nun ein klarer Orientierungsrahmen vor. (Download des Leitbildes unter: www.sm.baden-wuerttemberg.de/fm7/2028/Gesundheitsleitbild_Broschuere_Web.pdf).

Befragung zum Kostenerstattungsverfahren – Aufruf zur Teilnahme

Immer mehr gesetzlich Versicherte finden keinen Psychotherapieplatz im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Sie sind daher darauf angewiesen, die Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeuten in Privatpraxen in Anspruch zu nehmen und sich die Kosten gemäß § 13 Abs. 3 SGB V von der Krankenkasse erstatten zu lassen.

In den vergangenen zehn Jahren haben sich die Ausgaben für Kostenerstattung (KE) fast verzehnfacht. Somit wird Psycho-

therapie über KE zu einem wichtigen Bereich neben der GKV-Versorgung. Demgegenüber hat die Bundesregierung entschieden, Ausgaben für KE nicht mehr separat zu dokumentieren. Die Psychotherapeutenkammern Berlin und Baden-Württemberg sehen hohen Bedarf, im Rahmen einer bundesweiten Befragung die derzeitige psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der Kostenerstattung sowie die Besonderheiten für Psychotherapeuten und Patienten möglichst transparent zu erfassen, u. a. auch, um daraus gesundheitspolitische For-

derungen ableiten zu können. Für die Aussagekraft der Erhebung und damit für die politische Argumentation ist eine möglichst hohe Beteiligung der im KE-Verfahren arbeitenden Kolleginnen und Kollegen hilfreich bzw. notwendig. Die Anschreiben werden über verschiedene Mailinglisten erfolgen – falls Sie bis ca. Ende September nicht von uns angeschrieben worden sein sollten und sich an der Studie beteiligen wollen, wenden Sie sich bitte an K. Jeschke (jeschke@psychotherapeutenkammer-berlin.de) oder Dr. R. Nübling (nuebling@lpk-bw.de).

Auslage des Prüfberichtes 2013 sowie des Haushaltsplanes 2015 der LPK BW zur kammeröffentlichen Einsichtnahme

Gemäß §§ 27 Abs. 4, 28 Abs. 3 der Hauptsatzung werden der Prüfbericht über den Jahresabschluss 2013 und der prospektive Haushaltsplan 2015 für die Kammermit-

glieder in der Zeit vom 3. bis zum 30. November 2014 in der Geschäftsstelle, Jägerstrasse 40, 70174 Stuttgart zur Einsichtnahme ausgelegt. Falls Sie diese Doku-

mente einsehen möchten, bitten wir Sie um vorherige Terminabstimmung per Telefon (0711 / 674470-0) oder per E-Mail (info@lpk-bw.de).

Weitere Fortbildungstermine zur Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung

Im Herbst 2014 sollen die Ende letzten Jahres begonnenen Fortbildungen zur Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung fortgesetzt werden. Ziel der erneut regional stattfindenden und vom LPK-Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ federführend mitorganisierten Veranstaltungen ist es, die Kolleginnen und Kollegen durch die Vermittlung theoretischer und praxisorientierter Inhalte zu interessieren

und zu motivieren. Hierzu werden relevante Themen wie z. B. Diagnose einer psychischen Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung, „Erstgespräch“, „besondere Aspekte der Beziehungsgestaltung“ sowie Beantragung einer kassenfinanzierten Psychotherapie auch anhand von Praxisbeispielen thematisiert und diskutiert. Folgende Termine sind geplant: 03.11. in Stuttgart, 10.11. in Reutlingen, 25.11. in Ravensburg und 4.12. in

Freiburg. Eine gesonderte Einladung wird noch erfolgen.

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

24. Delegiertenversammlung am 2. Juli 2014: Innovationen in der psychotherapeutischen Versorgung und Ausbildungsreform überfällig, Neufassung der Berufsordnung und Verfahrensordnung für „Beratung von Patienten in Psychotherapie“ beschlossen

Kammerpräsident Nikolaus Melcop referierte zunächst grundsätzliche Überlegungen zu Tendenzen in der Politik, auch in der Gesundheitsversorgung das Sparen deutlich höher zu gewichten als die Förderung von Innovation. Krankenkassen werde dabei ganz maßgeblich vom Gesetzgeber die Funktion von Ausgabenbremsern zugewiesen. Mit der Einrichtung neuer Zulassungen in ländlichen Gebieten sei hier jedoch zumindest ein kleiner gegenläufiger Impuls gesetzt worden, dem aber weitere unbedingt folgen müssten. Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Anrechnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) auf die Bedarfsplanung im Bereich der Psychotherapie drohe nun die Gefahr, dass auch in Bayern Stellen für die Niederlassung wieder verloren gehen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) habe federführend diesen Beschluss beim Bundesgesundheitsministerium beanstandet, der Proteste in der gesamten Psychotherapeutenchaft ausgelöst hat.

Im Rahmen der regionalen Mitwirkung an der psychotherapeutischen Versorgung haben Vertreter/innen der Kammer an regionalen Gesundheitskonferenzen (Landkreisarbeitsgruppen) des regionalen Planungsverbandes Südostoberbayern in Traunstein, Regensburg, Altötting, Bad Reichenhall und Mühldorf im Zeitraum von Dezember 2013 bis Juni 2014 teilgenommen. Zuvor war die Kammer schon in vielen regionalen Gesundheitskonferenzen in ganz Bayern beteiligt. Auch wenn es bei allen Veranstaltungen vor allem um die hausärztli-

che Versorgung ging, so habe die Kammer auf die besondere Situation der psychotherapeutischen Versorgung hinweisen können.



Im Fokus des Vorstandsberichts, den Nikolaus Melcop präsentierte, stand die psychotherapeutische Versorgung der Patient/innen. (Foto: Johannes Schuster)

Melcop informierte, dass das differenzierte psychotherapeutische Versorgungskonzept der BPTK (April 2014) für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche mit großem Interesse von u. a. Krankenkassen und den Gesundheitsministerien im Bund und den Ländern sowie von den Kammermitgliedern aufgenommen worden sei. Was die Krisenversorgung angehe, so habe das bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

innerhalb des Expertenkreises Psychiatrie eine neue AG Krisenversorgung unter Mitwirkung der PTK Bayern eingerichtet.

Die Diskussionen um das Pauschalisieren des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) werden weiter intensiv geführt. Ende April haben sich die Koalitionsfraktionen zumindest darauf verständigt, die Optionsphase beim PEPP zur Vergütung stationärer und teilstationärer Leistungen um zwei Jahre bis zum 31.12.2016 zu verlängern. Der Gesetzgeber habe den G-BA beauftragt, neue Empfehlungen zu den Personalstandards in der Psychiatrie und Psychosomatik zu entwickeln. Die BPTK fordere, diese Standards trotz der Verlängerung der Optionsphase, wie bisher geplant, bis 2017 zu erarbeiten und diese dann verbindlich einzuführen. Darüber hinaus wurde die Degression von Tagespauschalen in Abhängigkeit von der Länge des Krankenhausaufenthaltes korrigiert. Damit sei einer der größten Kritikpunkte an den PEPP-Versionen 2013 und 2014 aufgegriffen und berücksichtigt worden. Die Kammer werde auch die Gespräche mit Sprecher/innen der Direktoren psychiatrischer Kliniken fortsetzen. Im Fokus werde hier der Austausch über die Qualität psychotherapeutischer Angebote in den Kliniken und die Rolle und Funktion unserer Berufsgruppen einschließlich der Ausbildungsteilnehmer/innen stehen.

Melcop betonte auch die anhaltende Problematik der deutlich zu niedrigen Honorare und Einkünfte. Seit mehr als fünf Jahren warteten die Psychotherapeut/innen im

Rahmen der Kassenärztlichen Vereinigung auf eine wahrnehmbare Anhebung ihrer Honorare. Das durchschnittliche Einkommen unseres Berufsstandes liege bei annähernd gleicher Arbeitszeit deutlich unter dem Niveau eines durchschnittlichen Facharzteinkommens. Für die in Kliniken angestellten Kammermitglieder sehe die Situation ähnlich aus. Dort gehe es darum, sie zu motivieren, sich mithilfe der Gewerkschaften für bessere Tarifverträge, höhere Haustarife oder individuelle Gehaltsvereinbarungen einzusetzen. Die erforderliche Honorar- bzw. Vergütungsangleichung werde auch weiterhin durch kontinuierliche Lobbyarbeit in Richtung Gesundheitspolitik, Gesundheitsministerium, der Kassen und der KVB konsequent angemahnt.

Im Rahmen der Aussprache zum Vorstandsbericht diskutierten die Delegierten u. a. die Einführung der Akutsprechstunden und deren Honorierung. Es wurde klar, dass die Akutsprechstunden nicht zu Lasten der probatorischen Sitzungen und des erforderlichen Umfangs von regulären psychotherapeutischen Behandlungen gehen sollten.

Weitere Berichte

Nach dem Vorstandsbericht wurde aus den Ausschüssen der Kammer für Fortbildung (Thomas Stadler), psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Willi Strobl), Weiterbildungsordnung (Dr. Herbert Ühlein) sowie aus der Kommission für Psychotherapie in Institutionen (Dr. Maria Gavranidou) berichtet. Danach informierten die satzungsgemäßen Vertreter der Hochschulen (Prof. Angelika Weber), der Ausbildungsinstitute (Dr. Christoph Kröger) sowie der Psychotherapeut/innen in Ausbildung (Ariane Heeper) über ihre Tätigkeit.

Novellierung der Berufsordnung einstimmig beschlossen

Ausgehend von der Grundsatzentscheidung des Ausschusses für Berufsordnung, sich bei der Novellierung der Berufsordnung an der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer zu orientieren, stellte Jürgen Thorwart die vom Ausschuss vorgenommenen Änderungen gegenüber der Musterberufsordnung vor.

Änderungen und Ergänzungen erfolgten u. a. in den Bereichen Sorgfaltspflichten, Abstinenz, Schweigepflicht, Einsichtnahme in die Patientenakte, Honorierung und Abrechnung. Nach lebhafter und engagierter Diskussion und Abstimmung über einige Änderungsanträge beschloss die Delegiertenversammlung einstimmig die neue Berufsordnung. Einzelne noch offene Detailfragen zu Formulierungen wurden an den Vorstand überwiesen. Über diese soll dann in der nächsten Delegiertenversammlung abgestimmt werden.

Jahresabschluss 2013 einstimmig angenommen, Vorstand entlastet

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte detailliert den Jahresabschluss für das Jahr 2013, ging auf die Rücklagen und Rückstellungen ein und verwies auf mögliche Aus-



Peter Lehndorfer stellte den Jahresabschluss 2013 vor. (Foto: Johannes Schuster)

wirkungen auf die finanzielle Entwicklung der Kammer ab 2015. Nach der Stellungnahme von Rudolf Bittner, Finanzausschuss, wurde der Jahresabschluss 2013 durch die Delegiertenversammlung angenommen und der Vorstand entlastet.

Versorgungswerk: Delegierte stimmen über Vertreter/innen für den Verwaltungsrat ab

Nikolaus Melcop machte anhand der Zahlen und Fakten der Bayerischen Ingenieur-

versorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (Versorgungswerk) die stabile Lage des Versorgungswerkes vor dem Hintergrund der Finanz- und Eurokrise sowie der Niedrigzinsphase und der steigenden Lebenserwartung und dadurch verlängerten Rentenzahlungszeiten deutlich. Um die Risikotragfähigkeit für sehr unwahrscheinliche Krisenszenarien auch weiterhin zu sichern, habe der Verwaltungsrat des Versorgungswerkes entschieden, das bisherige Anwartschaftsdeckungsverfahren um Elemente des offenen Deckungsplanverfahrens zu erweitern.

Nach Ablauf der Amtsperiode des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes zum Ende dieses Jahres sind Neubenennungen notwendig geworden. Die Delegierten nominierten als Kammervorteiler Herbert Ühlein, Nikolaus Melcop und Gerda B. Gradl. Als Stellvertreter/innen wurden benannt: Benedikt Waldherr, Anke Pielsticker und Andreas Rose. Die Verwaltungsratsmitglieder des Versorgungswerkes werden vom Bayerischen Staatsministerium des Inneren ernannt.

Zukunft der Psychotherapeutenausbildung: Entscheidung dringend notwendig

Vor dem Hintergrund der jahrelangen Diskussionen um ein Ausbildungskonzept erläuterte Nikolaus Melcop zunächst die Risiken, falls alles so bliebe wie derzeit: Ein Absinken des akademischen Niveaus, undefinierte Zugangsstudiengänge, eine Gefährdung der Patientenversorgung, mangelnde oder fehlende Vergütung in der Ausbildung, keine Position im System auf Facharztniveau, ein Verfall von Honoraren sowie eine Bedrohung der Instituteausbildung wären die Folgen. Die AG „Zukunft der Ausbildung“ des Länderrats und des Vorstands der BPTK (Sprecher: Nikolaus Melcop, Michael Krenz, Präsident der PTK Berlin, und Prof. Rainer Richter, Präsident BPTK) habe unter Einbindung aller Landeskammern, Hochschulen, Fachverbänden und Verbänden der Ausbildungsstätten, Berufsverbänden, Ausbildungsteilnehmer/innen, Gesundheitsministerien (Bund und Länder) und Wissenschaftsministerien eine Definition des Berufsbildes, ein Kompetenzprofil der künftigen Psychotherapeut/

innen und Mindestanforderungen an eine Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) erstellt, die kontinuierlich weiterentwickelt würden.

Melcop berichtete über den 24. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT, 17.05.2014), auf dem ausführlich über die Zukunft der Ausbildung diskutiert worden sei. Auf der Grundlage des Berufsbilds, des Kompetenzprofils und der Mindestanforderungen müsse sich die Profession zu den Reformszenarien positionieren. Erst danach könne das Gesetzgebungsverfahren vom Bundesgesundheitsministerium in Gang gebracht werden. **Melcop betonte, wie wichtig es sei, auf dem 25. DPT am 15.11.2014 in München klare Beschlüsse zu Inhalten der angestrebten Reform zu fassen.** In der Diskussion konnten verschiedene Fragen wie z. B. die zukünftige Rolle von Psychotherapieverfahren besprochen werden.

Verfahrensordnung der „Beratung von Patienten in Psychotherapie“ beschlossen

Auf der 23. DV am 24.10.2013 beauftragten die Delegierten den Vorstand, eine Satzungsregelung zu erarbeiten, die es ermöglicht, die Konzeption eines zusätzli-

ches Beratungsangebotes für Psychotherapiepatient/innen als eigenständiges Angebot der Kammer umzusetzen, solange es noch nicht möglich ist, ein externes und von der Kammer unabhängiges Beratungsangebot einzurichten. Vorstandsmitglied Birgit Gorgas stellte den Delegierten nun den Entwurf einer Verfahrensordnung vor, die die rechtlichen und organisatorischen Grundlagen der „Beratung von Patienten in Psychotherapie“ regelt. Nach dem Beschluss eines schriftlichen Änderungsantrags und Diskussion wurde die Verfahrensordnung von den Delegierten mit einzelnen Änderungen einstimmig beschlossen. Somit kann der Vorstand nun mit der Umsetzung des Beratungskonzeptes beginnen.

Befragung der angestellten Mitglieder der Psychotherapeutenkammern – Ergebnis für die PTK Bayern

Vorstandsmitglied Heiner Vogel präsentierte eine erste Auswertung der bayerischen Daten aus der bundesweiten Angestelltenbefragung, die im Frühjahr 2013 durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zeigten für Bayern ähnliche Verteilungsmuster, wie sie für alle Kammern gefunden worden seien:

Von den 709 Antwortenden aus Bayern seien 37,4% in Krankenhäusern (überwiegend Psychiatrie) beschäftigt, 20,7% in der Jugendhilfe (einschl. Erziehungsberatung), 12,1% in der Rehabilitation, 8,2% in (sonstigen) Beratungsstellen. 81,9% der Antwortenden verfügten über eine Approbation als PP, 18,0% als KJP und 6,2% verfügten über eine Doppelapprobation. 51,9% haben eine Vollzeitstelle. 27,9% haben neben der Angestelltentätigkeit noch eine selbstständige Tätigkeit. Der Aussage „Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden“ stimmten bereichsübergreifend 32,7% „voll und ganz“ und 54,3% „eher“ zu. Mit ihrem Einkommen seien 64,4% zufrieden. In Krankenhäusern erhielten Ausbildungsteilnehmer/innen für Psychotherapie in 18,8% der Fälle keine Vergütung, in 69,2% lediglich eine Praktikumsvergütung. Leitungsfunktionen haben Kammermitglieder in erster Linie in Beratungsstellen (41,1%) und in der Jugendhilfe/Erziehungsberatung (23,9%) inne; in Reha-Einrichtungen hingegen 11,5% und in Krankenhäusern nur 6,4%. Vogel kündigte an, im Laufe des Jahres vertiefende Auswertungen vorzunehmen, um gemeinsam mit der Kommission Psychotherapie in Institutionen Problemfelder zu analysieren und Handlungsbedarfe ableiten zu können.

Die Kammer im Gespräch mit Gesundheitsministerin Melanie Huml über stationäre und ambulante Versorgungskonzepte, Prävention psychischer Störungen und Honorarungerechtigkeiten gegenüber Psychotherapeut/innen



Melanie Huml, bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, mit Bruno Waldvogel, Nikolaus Melcop und Peter Lehndorfer (v. l.) am 16. Juli 2014 im Bayerischen Landtag. (Foto: Alexander Hillers)

Im Gespräch am 16. Juli 2014 im Bayerischen Landtag zwischen Melanie Huml, bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, und Vertreter/innen des Ministeriums und Kammerpräsident Nikolaus Melcop, den Vizepräsidenten Peter Lehndorfer und Bruno Waldvogel sowie Geschäftsführer Alexander Hillers ging

es insbesondere um die psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen in Bayern. Huml hielt dazu zunächst fest, dass eine ausreichende bis gute Versorgung in allen Regionen in Bayern ein gemeinsam verfolgtes Ziel sei. Die Kammervertreter legten für eine weiter zu führende Diskussion das Konzept für eine differenzierte psychotherapeutische Versorgung der BPTK vor. Auch dieses wurde von der Ministerin mit Interesse angenommen. Insbesondere interessierte sie sich für Anregungen zu einer Verbesserung der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie für Möglichkeiten, wie Psychotherapeut/innen flexibler auf den

Versorgungsbedarf reagieren könnten, z. B. über psychotherapeutische Sprechstunden. In Bezug auf die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken erläuterten die Kammervertreter die Notwendigkeit von Strukturvorgaben. In diesem Zusammenhang wurden auch die unzureichenden Regelungen zur Vergütung und Position von Psychotherapeut/innen und von Ausbildungsteilnehmer/innen im stationären Sektor angesprochen. Ministerin Huml brachte ihrerseits die besondere Thematik der Medizinischen Ver-

sorgungszentren (MVZ) ein, was Gelegenheit zur Diskussion der strukturellen Vor- und Nachteile dieser Versorgungsform gab.

Darüber hinaus wurde das Problem der Ausbildung von Psychotherapeut/innen, namentlich die durch die Bologna-Reform ausgelösten Probleme bei den Definitionen von Zugangstudiengängen für Ausbildungsteilnehmer/innen, angesprochen. Huml legte dar, dass eine Reform der Ausbildung mit einem einheitlichen Berufsbild und einer Weiterbildung, wie es auch bei

den Ärzt/innen definiert und organisiert ist, viele Probleme lösen könnte. Insbesondere die Integration in das Gesundheitswesen und damit auch die Finanzierung der Weiterbildungen wäre dann erwartungsgemäß einfacher.

In dem Gespräch wurde auch die seit Jahren unzureichende Honorierung psychotherapeutischer Leistungen im vertragsärztlichen System angesprochen. Staatsministerin Huml äußerte, dass sie diese Problematik weiter im Auge behalten wolle.

Diskussionen zur Ausbildungsreform mit den leitenden Psychotherapeut/innen in Kliniken, Ausbildungsinstituten, Hochschullehrer/innen und bei den Mitglieder-Foren

Zentrales Thema bei den insgesamt sieben Treffen, Gesprächen und Veranstaltungen, zu denen der Vorstand im Mai und Juni eingeladen hat, war die Reform der Ausbildung. Die anwesenden Vorstandsmitglieder stellten jeweils den aktuellen Stand der Diskussion dar:

Die durch die AG „Zukunft der Ausbildung“ des Länderrats und des Vorstands der BPTK präzierte Definition eines Berufsbildes und eines Kompetenzprofils der künftigen Psychotherapeut/innen sowie von Mindestanforderungen an eine Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) stelle zunächst eine wesentliche Voraussetzung für eine Positionierung des Berufsstandes dar. Die Anforderungen an eine Reform des PsychThG müssten im Studium (Qualifizierungsstufe I) zunächst die Vermittlung von Grundkenntnissen in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren beinhalten. Das Erlernen der Fertigkeiten, um psychotherapeutische Interventionen durchführen zu können, ausreichende Praxiserfahrungen, ein Staatsexamen auf Masterniveau und die Befähigung zur anschließenden Weiterqualifizierung seien weitere wichtige Elemente. Nach dem Studium (Qualifizierungsstufe II) gehe es bei den

Anforderungen darum, die Vertiefung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren sowie vertiefende Kompetenzen für die Behandlung entweder von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen zu erwerben. Wesentlich für beide Qualifizierungsstufen seien ein gesicherter finanzieller Rahmen, eine ausreichende Anzahl von Studien-/Aus-/Weiterbildungsplätzen und die Verankerung der Ausbildungsinstitute als zentrale Institutionen nach dem Studium. Das schließe eine angemessene Finanzierung für die Teilnehmer/innen und die Institute (Supervision, Organisation) mit ein. Die Chancen der Reform seien u. a.: ein einheitliches Qualitätsniveau und ein hoher professioneller Standard, eine verantwortliche Position unserer Berufsgruppe in der Gesundheitsversorgung, die Gleichstellung mit anderen akademischen Heilberufen, eine geregelte Vergütung in der gesamten Qualifizierungszeit sowie eine rechtlich stabile Vergütungsstruktur für angestellte PP und KJP, um nur einige der angestrebten Ziele zu nennen.

In der gemeinsamen Sitzung der leitenden Psychotherapeut/innen und Psycholog/innen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken mit den Vertreter/innen

der Ausbildungsinstitute (20.05.2014) wurden die unterschiedlichen Aspekte und Modelle der Ausbildungsreform vertiefend diskutiert. Vonseiten des Vorstands wurde zusätzlich hervorgehoben, dass bei der Entscheidung zwischen den Ausbildungsmodellen letztlich auch zwischen unterschiedlichen Zielvorstellungen einer Reform einerseits und den abstrakten Risiken andererseits abgewogen werden müsse.

Im Rahmen des Treffens mit den Hochschullehrer/innen (05.06.2014) wurden u. a. die Bezahlung von Tätigkeiten nach einem möglichen Staatsexamen (Qualifizierungsstufe I) und die Inhalte einer anschließenden Weiterbildung (Qualifizierungsstufe II) diskutiert. Die Kammer ermutigte die Hochschullehrer/innen, Kontakt zu den Sprecher/innen der entsprechenden Fachgruppe aufzunehmen und Ideen zur Reform einzubringen.

Das Thema Ausbildungsreform stieß auch bei den Teilnehmer/innen der vier Mitglieder-Foren in Würzburg, Regensburg, Nürnberg und München (siehe Artikel auf der nächsten Seite) auf reges Interesse.

Veranstaltung „Dichtung und Wahrheit“: Rund 70 Teilnehmer/innen in der LMU München



Die Expert/innen und Referent/innen der Veranstaltung „Dichtung und Wahrheit“ (v. l.): Prof. Dr. Rainer Krause, Dr. Willi Pecher, Vizepräsident Bruno Waldvogel, Dr. Michael Svitak, Dr. Nina Spröber, Dr. Michael Worthmüller, Andreas Rose, Vorstandsbeauftragter Sachverständigentätigkeit und Forensik, sowie Dr. Steffen Dauer. (Foto: Astrid Petersdorff)

Wie gehen wir damit um, wenn uns als Psychotherapeut/innen nicht die Wahrheit gesagt wird? Um diese Frage ging es am 28.06.2014 im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung „Dichtung und Wahrheit: Zur Glaubhaftigkeit von Aussagen in Psychotherapien und Begutachtungen“. Nicht nur in der gutachterlichen Tätigkeit, auch in Psychotherapien haben sich Psychotherapeut/innen mit der Frage der Glaubhaftigkeit von Aussagen zu befassen. Vizepräsident Bruno Waldvogel wies in der Eröff-

nung darauf hin, dass die Bewertung dieser Frage auch für die Behandlungsplanung relevant sein kann. So seien etwa schwere Traumatisierungen, die sich so wie angegeben tatsächlich ereignet haben, gänzlich anders zu behandeln, als entsprechende Phantasmen, die bewusst oder unbewusst gebildet wurden, um das Selbstbild zu modifizieren und Beziehungen zu steuern. In ihren Vorträgen erläuterten Dr. Steffen Dauer, Institut für Rechtspsychologie Halle, und Dr. Michael Svitak, Leitender Psycho-

loge der Schön Klinik Bad Staffelstein, welche psychologischen Methoden entwickelt wurden, um die Beurteilung der Glaubhaftigkeit möglichst fehlerfrei zu gestalten. Prof. Rainer Krause, International Psychoanalytic University Berlin, und Dr. Nina Spröber, Psychologische Psychotherapeutin, befassten sich mit dem Stellenwert und der Handhabung unzutreffender Aussagen in Psychotherapien. Über seine Lehren aus seinen zahlreichen Behandlungen von Straftäter/innen berichtete Dr. Willi Pecher, Leiter der Sozialtherapeutischen Abteilung Gewaltdelikte in der Justizvollzugsanstalt München. Dr. Michael Worthmüller, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie im Klinikum am Europakanal Erlangen, erörterte die Bewertung „richtig“ oder „falsch“ aus forensisch-psychiatrischer Sicht. In der Diskussionsrunde aller Referent/innen am Ende der Veranstaltung wurde die anfängliche Fragestellung erweitert: „Wie gehen wir damit um, dass wir oft nicht wissen können, ob uns die Wahrheit gesagt wird?“ Es stellt eine Herausforderung für Psychotherapeut/innen dar, diese Ungewissheit zu halten, dabei die subjektive Wirklichkeit eines Patienten zu respektieren und ihm gleichzeitig eine nicht auszuräumende Ungewissheit über die historische Realität erträglich und tolerabel zu machen.

Rund 230 Teilnehmer/innen bei den Mitglieder-Foren in Würzburg, Regensburg, Nürnberg und München

Seit über zehn Jahren bietet die PTK Bayern für ihre Mitglieder Info-Veranstaltungen in verschiedenen bayerischen Regionen an. Für den Vorstand der Kammer ist es wichtig, sich im persönlichen Kontakt wechselseitig auszutauschen, Rückmeldung für die eigene Arbeit zu bekommen und Wünsche und Anliegen zu erfahren. Die Kammermitglieder können sich umgekehrt über die vielfältigen Aufgaben und Tätigkeiten der Kammer informieren, Fragen stellen, die für ihre eigene tägliche Arbeit bedeutend sind und Meinungen zu berufspolitischen Themen einbringen. Der

Vorstand informierte zu Beginn der jeweiligen Veranstaltung in Würzburg (8. Mai), Regensburg (21. Mai), Nürnberg (26. Mai) und München (5. Juni) über den aktuellen Stand der Reform der Ausbildung (s. eigener Artikel). Weiterhin wurde über die Arbeit der Kammer im letzten Jahr



Nikolaus Melcop und Bruno Waldvogel informierten in der Münchener Ludwig-Maximilians-Universität rund 100 Kammermitglieder. (Foto: Astrid Petersdorff)

berichtet. Ausgehend von den Forderungen der Kammer im Bundes- und Landtagswahljahr 2013 zeigte der Vorstand seine kontinuierliche Lobbyarbeit gegenüber der Politik, den Kassen und weiteren Institutionen auf. Es wurde auch über weitere zentrale Aufgaben der Kammer und der Geschäftsstelle berichtet. Im Rahmen des Themenblocks „Was kann die Kammer für Ihre Honorare/Einkünfte tun?“ wurden die

unterschiedlichen Strategien für angestellte und niedergelassene Mitglieder unter Einbezug der notwendigen eigenen Initiativen und Mitwirkungsmöglichkeiten erläutert. Die Reform der Psychiatriefinanzierung „PEPP“ – das neue Vergütungssystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken – und Informationen zum Versorgungswerk rundeten die Themenpalette der Mitglieder-Foren ab. Besonderes Inter-

esse fand die Einrichtung von Sprechstunden im Rahmen des geplanten neuen ambulanten Versorgungskonzeptes. Auf positives Interesse stieß weiterhin auch die vertiefende Darstellung der Doppelrolle der Kammer als Interessenvertretung des Berufstandes einerseits und andererseits als vom Staat mit Kontrollaufgaben und Berufsaufsicht beauftragte Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Kurznachrichten

Expertengespräch im Bayerischen Landesjugendamt

In der Veranstaltung am 28.05.2014 in München ging es um den Einsatz von Psycholog/innen mit Bachelor-Abschluss in Einrichtungen der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe in Bayern. Vizepräsident Peter Lehndorfer wurde eingeladen zu einem Vortrag mit dem Titel „Ausbildung und Berufsbild von KJP – Tätigkeitsfelder in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe“. Im Fokus seines Vortrags standen neben Ausbildung und Berufsbild von KJP und PP mögliche Einsatzgebiete von Psychotherapeuten/innen in diesen Arbeitsfeldern. Es zeigte sich, dass PP und KJP in den üblichen Ablaufschemata der Jugendhilfe noch kaum eine Rolle spielen. Therapeutische Hilfen könnten von Bachelorpsycholog/innen nur unter Anleitung durchgeführt werden. Unter therapeutischen Hilfen verstehe man aber nicht Psychotherapie, sondern beispielsweise Hilfen zur Bewältigung von Konflikten. Psychotherapie bleibe den PP und KJP sowie den ärztlichen Psychotherapeut/innen vorbehalten. Die Teilnehmer/innen drückten aus, dass es für sie sehr hilfreich gewesen sei, von den Berufen PP und KJP mehr erfahren zu haben und betonten, dass es sinnvoll sei, über die Einbeziehung der Psychotherapeuten/innen in die Jugendhilfe verstärkt nachzudenken. Die Kammer wird mit der Leiterin des Bayerischen Landesjugendamtes, Stefanie Krüger, im Gespräch bleiben.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervorteilnehmer/in-

nen teilgenommen haben bzw. die von der Kammer initiiert wurden: StMGP-Fachforum und Staatsempfang „Diabetes bewegt uns!“ am **28.05.2014**; StMGP-Sitzung „Verbesserung der psychiatrischen Krisenversorgung“ am **02.06.2014**; 6. Sitzung des Landeszentralstellenrats Psychosoziale Notfallversorgung Bayern am **05.06.2014**; Sitzung GSV-Projekt (Gesundheit-Soziales-Versorgung) im Bezirk Oberbayern am **06.06.2014**; Gespräch mit den bayerischen Beratungsstellen der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland am **27.06.2014**; Grußwort zur 40-Jahr-Feier der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse am **27.06.2014**; 2. Sitzung der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern am **30.06.2014**; Berufsrechtskonferenz der Landespsychotherapeutenkammern am **04./05.07.2014**; 3. Sitzung des Landesgesundheitsrates am **07.07.2014**; Arbeitsgespräch der Regierung von Mittelfranken „Ambulante medizinische Versorgung in der Region Nürnberg“ am **09.07.2014**; Tag der Freien Berufe am **10.07.2014**; Gespräch mit der ärztlichen Leitung des MDK Bayern am **16.07.2014**; Sommer-Gespräch der BLÄK am **18.07.2014**; Gespräch mit dem Vorstand der KVB am **24.07.2014**.

Bevorstehende Veranstaltungen

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) einschließlich „Istanbul Protokoll“: Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern, der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und der Bayerischen Landesärz-

tekammer. Termin: 10. bis 12.10.2014 in Stuttgart-Degerloch.

Erstellung von Legasthenie-Gutachten durch KJP und PP für Schule und Jugendhilfe: Termin: 18.10.2014, 10.00 bis 17.00 Uhr in Nürnberg.

13. Suchtforum mit dem Titel „Familie und Sucht“. Kooperation der PTK Bayern mit der BAS, BLÄK und BLAK. Termin: 05.12.2014 in Nürnberg.

Psychotherapeutische Behandlung von älteren Menschen: Eine Fortbildungs- und Inforeveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 13.12.2014 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 – Do 9.00 – 15.30, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de, www.ptk-bayern.de

Ältere Menschen in der psychotherapeutischen Versorgung

**Dr. Kerstin Kammerer, Katrin Falk,
Prof. Dr. Josefine Heusinger,
Institut für Gerontologische
Forschung e. V.**

Obgleich ältere Menschen häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen sind als jüngere Menschen und erwiesen ist, dass Psychotherapie auch bei älteren Menschen wirksam ist, erhalten sie deutlich seltener psychotherapeutische Behandlung. **Woran scheidet der Zugang zu Psychotherapie für ältere Menschen?** Unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven des Gesundheitssystems geht dieser Frage das Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF) im Forschungsprojekt „PSYTIA – Psychotherapie im Alter“ nach, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Berlin durchgeführt wird. Auch die Perspektive von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Besonderheiten von Psychotherapie mit älteren Menschen werden in den Blick genommen.

Zahlen aus neueren Untersuchungen zeigen, dass 7,9% der 60- bis 69-Jährigen innerhalb eines Jahres eine Depressionsdiagnose erhalten. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen sind es mit 4,5% etwas weniger (Busch et al., 2013, S. 737). Damit liegt die Zwölfmonatsprävalenz der jüngeren Alten über dem altersübergreifenden Durchschnitt, der bei 6% liegt. Bei Frauen wird in allen Altersgruppen doppelt so häufig eine Depression diagnostiziert wie bei Männern. Dabei ist die Suizidalität, die im Alter ab 75 Jahren höher als in jeder anderen Altersgruppe ist, wiederum am höchsten bei den Männern (Statistisches Bundesamt, 2012). Menschen mit niedrigerem Sozialstatus sind grundsätzlich stärker betroffen (Busch et al., 2013, S. 738). Als Grund für die niedrigere Prävalenz bei

den 70- bis 79-Jährigen wird u. a. vermutet, dass bei älteren Menschen mit Depression oftmals körperliche Symptome im Vordergrund stehen, weshalb die Erkrankung häufig nicht erkannt wird (Busch et al., 2013, S. 737; Heuft, Kruse & Radebold, 2006, S. 116). Alterstypische Bestandteile der depressiven Symptomatik, wie Ratlosigkeit, Hemmung und kognitive Beeinträchtigungen, werden zudem beispielsweise leicht als amnestisches Syndrom oder Demenz (Heuft, Kruse & Radebold, 2006, S. 116) fehlinterpretiert.

Der Übergang in den Ruhestand, Mobilitätseinschränkungen, der Verlust nahestehender Menschen oder der Wechsel der Wohnumgebung können im Zusammenhang stehen mit **psychosozialen Faktoren, die im Alter das Depressionsrisiko erhöhen**: Verlust der Selbstständigkeit, Verlust von Macht und Ansehen, Einsamkeit u. a. (Heuft, Kruse & Radebold 2006, S. 117). Wie diese bewältigt werden, hängt u. a. mit den biografischen Erfahrungen sowie mit zeitgeschichtlichen Einflüssen zusammen. Aktuelle Verlusterfahrungen können Mangel- und Gewalterfahrungen aus Kindheit und Jugend reaktivieren und stark belasten (Radebold, 2009).

Körperliche Faktoren, wie u. a. zunehmende Mobilitätseinschränkungen, bestimmen in der Regel in stärkerem Maße die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Psychotherapie älterer Patientinnen und Patienten (Heuft, Kruse & Radebold, 2006, S. 214f.). Besonders problematisch ist die Situation für pflegebedürftige depressiv erkrankte Menschen in der eigenen Wohnung oder im Heim. **Zugehende Psychotherapie ist bislang im Versorgungssystem nicht regelhaft vorgesehen**. Zuletzt stellt die Bedeutung von Endlichkeit und Zeitlichkeit im psychotherapeutischen Prozess mit alten Menschen eine Beson-

derheit dar (Peters, 2008, S. 10). Dennoch nimmt die Zahl der genehmigten Psychotherapien ab dem Alter von 65 Jahren deutlich ab (GEK-Report, 2007, S. 137).

Dieser **Diskrepanz zwischen Bedarf und tatsächlicher Versorgung** wird in dem Forschungsprojekt „PSYTIA – Psychotherapie im Alter“ nachgegangen. Fortbildungen zum Thema „Psychotherapie mit älteren Menschen“, z. B. der Psychotherapeutenkammer Berlin, leisten der zunehmenden Bedeutsamkeit Folge.

Forschungsprojekt
„PSYTIA – Psychotherapie im Alter“
Förderung: BMBF
Kennzeichen: 01GY1310
Laufzeit: 10/2013 – 09/2016

Kooperationspartner sind die Psychotherapeutenkammer Berlin und das Institut für Allgemeinmedizin der Charité Berlin.

Von Mitte Oktober bis 9. November werden erste allgemeine Daten zur psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen in Berlin erhoben. Die Psychotherapeutenkammer wird hierzu einen Kurzfragebogen an alle Mitglieder zu ihren Erfahrungen mit dieser Patientengruppe versenden. Ihre Teilnahme ist auch dann von großem Interesse für die Untersuchung, wenn Sie bisher noch keine älteren Patientinnen und Patienten behandelt haben. Im Anschluss an den Fragebogen werden mit Interessierten vertiefte Interviews geführt. Bereits heute bitten wir herzlich um Ihre Unterstützung und Mitwirkung an der Studie!

Literatur

Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnos-

tizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). In *Bundesgesundheitsblatt* 2013, 56, 733-739.

GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung (2007). *Auswertung der GEK-Gesundheitsberichtserstattung. Schwerpunkt Am-*

bulante Psychotherapie 2007. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie* (2. Aufl.). München: Reinhardt-Verlag.

Peters, M. (2008). Alter und Psychotherapie – Von der Annäherung zweier Fremder. *PiD*, 1 (9).

Radebold, H. (2009). *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Statistisches Bundesamt (2012). *Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert, ab 1998)*. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [05.08.2014]

Medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Dr. Ralph Jäger

Die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist ein fest integrierter Bestandteil der medizinischen Versorgung in Deutschland. Die gesetzliche Rentenversicherung, die heute in überwiegender Maße Träger der Rehabilitationsleistungen ist, erfüllt damit eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe für die Teilhabe chronisch kranker Kinder und Jugendlicher (1).

Rehabilitation ist aus der medizinischen Versorgung in Deutschland nicht mehr weg zu denken. Doch trotz steter Zunahme chronisch kranker Kinder und Jugendlicher – die an somatischen bzw. psychosomatischen und Verhaltensstörungen leiden – ist in Deutschland ein Rückgang an Anträgen auf medizinische Rehabilitation zu verzeichnen. Das Wissen um deren Bedeutung und um die Möglichkeiten ihrer Inanspruchnahme scheint noch nicht allen Ärzten und Psychotherapeuten geläufig.

Das Robert-Koch-Institut veröffentlichte bereits im Jahr 2006 die alarmierenden Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS-Studie): Demnach sind 17% der Kinder und Jugendlichen zwischen elf und 17 Jahren – nach ihrer Selbsteinschätzung bzw. jener der Eltern – psychisch auffällig. Psychosomatische Störungen und Verhaltensstörungen stellen die zweitgrößte Gruppe der Krankheitsbilder dar, für die medizinische Rehabilitationen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden. Damit soll chronischen Krankheiten bzw. den sich daraus ergebenden Einschränkungen bei Kindern und Jugendlichen entgegengewirkt werden. Zentrales Ziel für die Rentenversicherung ist somit der Erhalt bzw. die Wieder-

herstellung von Schul-, Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit.

Die Betreuung der Kinder und Jugendlichen erfolgt durch ein multiprofessionelles Team über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen – eine einmalige Chance, ein umfassendes Bild vom Patienten zu bekommen. Umfassend auch deshalb, weil die Patienten nicht nur von Ärzten, Psychologen und Pflegekräften betreut werden, sondern auch die Beobachtungen der Erzieher, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sporttherapeuten oder z. B. auch Diätassistenten und Pädagogen mit einfließen.

Psychotherapie bzw. psychologische Betreuung der Kinder und Jugendlichen stellt dabei eine wichtige Säule der Behandlung dar. Die hierfür qualifizierten Kliniken werden durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geleitet. Selbstverständlich gehören auch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zum Team. Aber nicht nur das Personal ist hoch qualifiziert, auch die Konzepte sind eng mit den Rentenversicherungsträgern abgestimmt. Alle Kliniken arbeiten nach dem bio-psycho-sozialen Modell einer funktionalen Gesundheit. Es wird also nicht nur symptombezogen behandelt, sondern die Rehabilitation stellt ein ganzheitliches Zusammenspiel aller (oben genannten) am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen dar.

Rehabilitiert werden können unter anderem Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, wie zum Beispiel Essstörungen, aber auch somatoforme Störungen und Migräne. Dabei sollte immer eine ambulante Psychotherapie durch Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeuten vorausgegangen sein, in deren Betreuung die Patienten nach der Rehabilitation auch wieder entlassen werden können.

Bei der Durchführung einer medizinischen Rehabilitation muss nicht auf etwaige Schulferien geachtet werden: In allen Kliniken wird ein Überbrückungsunterricht angeboten, der sich über alle Klassenstufen bis hin zur Gymnasialstufe streckt. Da die „Klassen“ nur sehr klein sind, kann eine sehr intensive Betreuung erfolgen und nicht selten ist es so, dass die Kinder und Jugendlichen am Ende der Rehabilitation in der Heimatschule problemlos den Anschluss finden bzw. ihren dortigen Mitschülern sogar voraus sind.

Die Antragstellung ist unkompliziert: Den ärztlichen Befundbericht kann jeder approbierte Arzt ohne spezielle sozialmedizinische Zusatzqualifikation ausstellen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang selbstverständlich der Befundbericht des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, der die Grundlage für die Behandlungsstrategie der medizinischen Rehabilitation in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik darstellt.

Literatur

- (1) Deutsche Rentenversicherung (2012). *Positionspapier der gesetzlichen Rentenversicherung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 2012*.

Kontakt

Dr. Ralph Jäger, Ärztlicher Dezernent, Abteilung Rehabilitation, Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin.

E-Mail: dr.ralph.jaeger@drv-bund.de

Arbeitsplatzängste und Arbeitsplatzphobie

Ein sozialmedizinisch relevantes Sonderproblem bei psychischen Erkrankungen

Dr. Beate Muschalla, Psychologische Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Potsdam und Prof. Dr. Michael Linden, Ärztlicher Leiter des Rehabilitationszentrums Seehof Teltow/Berlin

Die Arbeit ist zeitlich, inhaltlich und sozial ein wichtiger Lebensbereich, weshalb Geschehnisse am Arbeitsplatz zwangsläufig Auswirkungen auf die psychische Verfassung eines Menschen und psychische Erkrankungen wiederum Auswirkungen auf den Arbeitsplatz haben. Angsterkrankungen gehen auch mit Ängsten am Arbeitsplatz einher:

Zahlreiche unbedingte Angstauslöser, wie Hierarchien und Rankämpfe, Sanktionen durch Vorgesetzte, Unfallgefahren oder Bedrohung durch Dritte (aggressive Kunden, Patienten), Controlling, Ungewissheit und Unkontrollierbarkeit zukünftiger Geschehnisse u. a., wirken zum Teil verstärkt oder verstärkend am Arbeitsplatz. Neben ereignisbezogenen Ätiologien (Konfliktereignisse, „Mobbing“) findet man darum arbeitsplatzbezogene Ängste häufig als Komplikation bzw. Zusatzsyndrom auf dem Boden einer bestehenden Grunderkrankung: Depressionen führen zu Insuffizienz erleben und Versagensangst, Persönlichkeitsstörungen zu interpersonellen Konflikten und folgend zu sozialen Ängsten.

Als gemeinsame Endstrecke kann es zu dem Syndrom einer „Arbeitsplatzphobie“ kommen, mit panikartigen Ängsten bei Annäherung oder auch nur dem Gedanken an den Arbeitsplatz. Es ist dieselbe Art von Psychopathologie wie bei einer U-Bahn-Phobie oder Höhenphobie, nur mit dem Unterschied, dass der phobische Stimulus arbeitsplatzassoziiert ist. In der Konsequenz kommt es dann regelhaft zur Arbeitsplatzvermeidung, d. h. zur Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung. Häufig ist auch eine Generalisierung zu beobachten, wie z. B. die Vermeidung der Straße, in welcher der Betrieb liegt, Vermeidung von Ereignissen, bei denen man

Kollegen begegnen könnte, oder sogar Angstarousal, wenn nur das Gespräch auf den Arbeitsplatz kommt. Bei Annäherung an den angstauslösenden arbeitsplatzbezogenen Stimulus kommt es typischerweise zu einem Anstieg der Angst, gegebenenfalls bis zur Panik, bei Vermeidung zu einem Nachlassen der Angst, im Sinne einer klassischen sogenannten „negativen Verstärkung“. Das Vermeidungsverhalten wirkt belohnend, da es die Angst reduziert, und wird somit gleichzeitig verstärkt.

Arbeitsplatzängste und -phobien sind sowohl in der ambulanten wie stationären Behandlung von Bedeutung, werden aber häufig von den Patienten mit anderen Klagen kaschiert und sind daher nicht ganz leicht zu erkennen. Dabei haben sie erhebliche Konsequenzen auf den weiteren Krankheitsverlauf. Ihre Diagnose verlangt eine genaue arbeitsbezogene Exploration, ihre Behandlung spezielle therapeutische Maßnahmen.

Im Rahmen einer abklingenden Depression kann beispielsweise ein Insuffizienz erleben („Ich schaffe meine Arbeit nicht mehr“) bestehen bleiben, und mit andauernder Arbeitsunfähigkeitsschreibung können Ängste vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz wachsen.

Behandlungsmethoden

Im Prinzip sind Arbeitsplatzängste zu behandeln wie alle anderen Angsterkrankungen. Allerdings erlauben Arbeitsplätze, im Unterschied zu U-Bahnen oder Kaufhäusern, in der Regel keine in vivo Expositionsübungen, weil sie nicht ohne Weiteres zugänglich und schwer kontrollierbar sind.

Hilfreich kann eine „berufliche Belastungserprobung“ sein. Hierbei werden Patienten mit therapeutischem Auftrag zur Hospitation an ausgewählte Arbeitsstätten entsandt. Viele Rehabilitationskliniken haben mit Arbeitgebern diesbezügliche Kooperationsvereinbarungen. Es können aber auch im Einzelfall mit Arbeitgebern entsprechende Absprachen getroffen werden.

Grundsätzlich einsetzbar sind:

- **arbeitsbezogene Situations- und Verhaltensanalysen,**
- **die Erarbeitung von Angstbewältigungskompetenzen,**
- **Prinzipien des Reframing und Angstmanagements,**
- **Konfliktklärungen,**
- **Expositionen in sensu,**
- **Modifikation dysfunktionaler Kognitionen wie z. B. die Bearbeitung des Anspruchsniveaus.**



Stufenweise Wiedereingliederung (SWE) und betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

SWE und BEM sind arbeitsplatzorientierte Maßnahmen, die den Patienten stufenweise an den Arbeitsplatz und die Arbeitsanforderungen zurückführen sollen. Bei der SWE zunächst für eine begrenzte Zeit mit einer verringerten Stundenzahl und mit finanzieller Unterstützung durch die Krankenkasse oder die Rentenversicherung, was viele Patienten mit Angst vor Überlastung als hilfreich erleben. Beim BEM wird mit dem Arbeitgeber eine „leidensgerechte“ Änderung des Arbeitsplatzes abgesprochen. Der Patient wird beispielsweise in ein anderes Team versetzt oder vom Außendienst in den Innendienst übernommen, um angstbesetzten Situationen nicht mehr ausgesetzt zu sein.

In jedem Fall ist es notwendig, potenziellen Fehlentwicklungen – z. B.: Patient

möchte kündigen oder arbeitsunfähig geschrieben bleiben – psychotherapeutisch gegenzusteuern, die arbeitsbezogene Angst aktiv zum Behandlungsgegenstand zu machen und nicht in die Vermeidungshaltung zu gehen.

Literatur

- Linden, M. & Muschalla, B. (2007). Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. *Der Nervenarzt*, 78, 39-44.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2010). Betriebliches Eingliederungsmanagement und vernetzte psychosomatische Rehabilitation. In R. Deck, N. Glaser-Möller & T. Reme, *Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation* (S. 109-130). Lage: Jacobs Verlag.
- Linden, M., Müller, M., Oberle-Thiemann, C., Komets, S. & Streibelt, M. (2012). Die „externe berufliche Belastungserprobung“ in der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation. Zielsetzung und Durchführungsmodalitäten. *Prävention & Rehabilitation*, 23, 156-167.

Muschalla, B. & Linden, M. (2013). *Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Differentialdiagnostik, Therapie, Sozialmedizin*. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.

Kontakt/Korrespondenzadresse

Beate Muschalla, Universität Potsdam, Karl-Liebknecht-Str. 24-25, Haus 14, 14476 Potsdam OT Golm

E-Mail: beate.muschalla@gmx.de

Geschäftsstelle

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

Kooperation zwischen Gesundheitsamt und PKHB nimmt Fahrt auf

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung im Rosenpavillon gut besucht

Nachdem es Anfang des Jahres zu einem ersten Austausch zwischen der Amtsleitung des Gesundheitsamtes der Stadt Bremen und der PKHB über Möglichkeiten der Zusammenarbeit gekommen war, hat die konkrete Kooperation nun Gestalt angenommen. Das Gesundheitsamt führt wie berichtet (siehe PTJ 01/14) seit dem Jahr 2011 im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen regelmäßig auch ein Screening zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern vor ihrer Einschulung durch. Anliegen des Amtes ist es, psychisch auffälligen Kindern und ihren Eltern zeitnah eine weitergehende Diagnostik und bei Bedarf einen Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung zu ermöglichen. Die PKHB hatte in der Folge eine Liste von Psychotherapeuten erstellt, die sich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Psychologischer Psychotherapeut bereit erklärt haben, bei Anfrage alsbald einen ersten Termin zur weiteren Abklärung bereitzustellen. In diesem Zuge äußerten Kolleginnen und Kollegen den Wunsch nach einer Fortbildung, um genauer über die beim Gesundheitsamt stattfindenden Untersuchungen und die damit verbundenen Erwartungen informiert zu werden. Am 3. Juli fand jetzt eine erste Fortbildungsveranstaltung statt, die gemeinsam von der Sozialpädiatrischen Abteilung des Gesundheitsamtes und der PKHB veranstaltet wurde. An dieser gut besuchten Veranstaltung im Rosenpavillon des Gesundheitsamtes nahmen nicht nur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sondern auch Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater teil.

Zunächst stellte die Leiterin Dr. Gabriele Sadowski die verschiedenen Tätigkeitsfel-

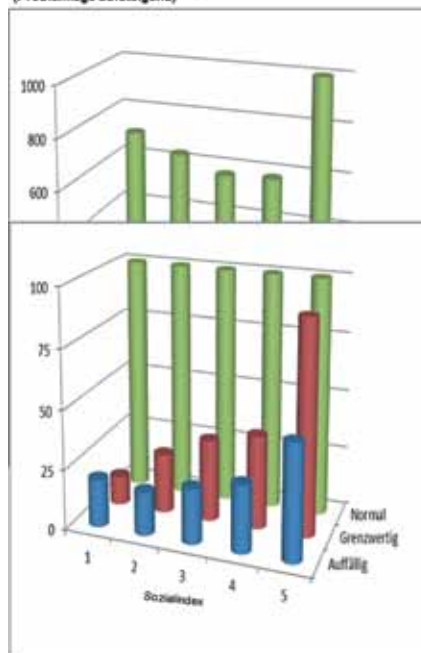
der der Abteilung vor. Im Anschluss referierte Martina Sappa, die Leiterin des Referats Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, zum sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für die Schuleingangsuntersuchung (SOPESS). Im Rahmen dieser Untersuchung werden die Visuomotorik, die selektive Aufmerksamkeit, das Zahlen- und Mengenvorwissen, das visuelle Wahrnehmen und Schlussfolgern, die Sprachentwicklung und die Körperkoordination getestet. Parallel zu dieser Testung der Kinder erhalten die Eltern einen Erhebungsbogen, in dem nach psychischen Auffälligkeiten während der zurückliegenden sechs Monate gefragt wird. Benutzt wird hierfür das Screeninginstrument „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ). Die Art der Befragung und die Ergebnisse im zurückliegenden Jahr 2013

wurden von der Kinder- und Jugendärztin Claudia Gerken in engagierter Weise vorgebracht. Dieser Fragebogen wird weltweit eingesetzt und ist für die Altersgruppe von 4 bis 17 Jahren normiert und gut evaluiert. Insgesamt vier Problemfelder werden darüber erfasst: Emotionale Probleme, allgemeine Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und auffälliges Verhalten im Umgang mit Gleichaltrigen. Des Weiteren wird als Ressource auch das prosoziale Verhalten ermittelt. Seit Beginn des Screenings im Jahr 2011 gibt es eine stabile Beteiligung, die bei 90% ausgefüllter Fragebögen liegt. 84% der Kinder hatten in 2013 keinen auffälligen Befund. 10,4% waren in einem Bereich, 4,3% in zwei, 1,0% in drei und 0,3% in allen vier Bereichen auffällig. Die Befundhäufigkeiten sind in den Problemskalen *Verhalten* und *Peerprobleme* über die untersuchten Jahre am stärksten ausgeprägt. In den Bereichen Verhalten, Hyperaktivität und Peerprobleme sind Jungen mehr belastet als Mädchen. Darüber hinaus gibt es eine direkte Korrelation zwischen sozial benachteiligten Stadtteilen und der Ausprägung der psychischen Auffälligkeit.

Im zurückliegenden Jahr wurden 109 Verweisungen zur weiterführenden Diagnostik erteilt, 113 Kinder befanden sich schon in psychotherapeutischer oder kinderpsychiatrischer Behandlung, 548 Kinder wiesen zwar eine psychische Auffälligkeit auf, aber ohne dass eine Verweisung erforderlich schien.

Zum Abschluss formulierten die Vertreterinnen des Gesundheitsamtes ihre Wünsche an eine Kooperation mit den Psychotherapeuten:

SDQ 2013 (N=3849) bezogen auf den Sozialindex
(Problemlage aufsteigend)



- Rückmeldung über die Diagnose und die ggf. eingeleiteten Therapiemaßnahmen,
- wenn möglich Angabe der durchgeführten testdiagnostischen Verfahren,
- zeitnahe Terminvergabe noch vor der Einschulung,
- einen „kurzen Draht“, wenn interdisziplinäre Kooperation angesagt ist.

In der anschließenden Diskussion äußerten die Anwesenden einerseits – auf die Vergangenheit bezogen – Kritik über die fehlende Einbeziehung der Niedergelassenen, andererseits zeigten sie sich zufrieden, dass endlich das Gespräch mit den niedergelassenen Behandlerinnen und Behandlern gesucht wird. Problematisiert wurden Datenschutzprobleme und Schweigepflichterfordernisse, wenn es zu Rückmeldungen an

das Gesundheitsamt kommen soll. Insgesamt war die Atmosphäre von gegenseitiger Wertschätzung und der Bereitschaft zu guter Zusammenarbeit geprägt.

Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens bedankte sich zum Schluss für die ausführlichen Informationen und betonte die Wichtigkeit, sich gegenseitig Einblicke in die jeweiligen Arbeitsweisen zu geben.

Kammer favorisiert Direktausbildung

Nach der Diskussion der letzten Jahre um eine Reform der postgradualen Ausbildung wurde von außenher, aber auch aus der Profession heraus die Frage aufgeworfen, ob nicht auch ein Direktstudium mit anschließender Weiterbildung eine Alternative sein könnte. Bei der Reform der Ausbildung geht es vor allem darum, den wachsenden Anforderungen aus der Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen, das Qualifikationsniveau beim Eingang auf dem Master- und beim Abschluss auf dem Facharztstandard sicherzustellen und die praktische Tätigkeit in der Aus-/Weiterbildung angemessen zu vergüten, curricular aufzubauen und durch Anleitung und Supervision zu qualifizieren.

In den letzten eineinhalb Jahren hat eine Arbeitsgruppe des Länderrates, in der die Landespsychotherapeutenkammern vertreten sind, an einem Berufsbild und an einem Kompetenzprofil gearbeitet und gehofft, aus diesen Ergebnissen ließe sich eine Entscheidung inhaltlich ableiten. Am

Ende eines kreativen und konstruktiven Prozesses mussten die Mitglieder der Arbeitsgruppe feststellen, dass die Richtungsentscheidung letztlich doch mit Pro- und Kontra-Argumenten gefällt werden muss. Die jetzt vorliegenden Modelle:

- **Postgraduale Ausbildung nach einem Studium mit Masterabschluss**, das eine vorgegebene Menge an psychologischen und sozialwissenschaftlichen Qualifikationen umfasst. Staatsprüfung, Approbation und Fachkunde am Ende der Ausbildung.
- **Direktausbildung Psychotherapie mit Staatsexamen und Approbation**. Danach Weiterbildung zur Erlangung der Fachkunde in Weiterbildungsinstituten unter Aufsicht der Landeskammern.
- **Gleiningersmodell**: Direktstudium ohne Staatsexamen und Approbation. Ausbildung, in deren Verlauf eine Staatsprüfung absolviert wird, die zur Approbation führt. Am Ende der Ausbildung gibt es dann schließlich die Fachkunde.

Eine Entscheidung in diesem Herbst ist notwendig, um in dieser Legislaturperiode noch zu einem neuen Psychotherapeutengesetz zu kommen. Diskutiert werden zur Zeit Kern- und Mindestanforderungen für die drei Alternativmodelle. Wenn der DPT einen Beschluss für eines der drei Modelle fällen wird, kann dies nur verbunden mit diesen Kern- und Mindestanforderungen geschehen. Sollten diese dann nicht realisierbar sein, hieße es zurückzugehen und eine neue Entscheidung zu suchen.

In der Vorstandssitzung am 2. Juli hat der Kammervorstand sich ausgiebig mit den momentan vorliegenden Papieren befasst und ist zu folgendem einstimmigen Meinungsbild gekommen: Der Vorstand der PKHB tendiert in seiner Meinungsbildung zur Direktausbildung, da dieses Modell – trotz der universitären und nachuniversitären Probleme, die bei der Umsetzung vermutlich auftreten werden – in letzter Konsequenz alternativlos erscheint, was die Versorgung psychisch kranker Menschen anbelangt.

Neue Mitglieder lernen Kammer kennen

Gute Stimmung herrschte beim Treffen der Neuapprobierten der Bremer Psychotherapeutenkammer, die am 25. Juni der Einladung des Bremer Kammervorstandes zu einem zwanglosen Kennenlernen gefolgt waren. Die neuen Mitglieder konnten dabei nicht nur mit dem Kammervorstand und den beiden Verwaltungsangestellten der Geschäftsstelle, Frau Berger und Frau Flügger, auf Tuchfühlung gehen, sondern sich auch in den Räumlichkeiten der Kammer in der Hollerallee 22 umsehen.

Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens begrüßte die neuen Mitglieder im Namen des Vorstandes und der Geschäftsstelle. In seiner Rede ging er kurz auf die Geschichte der Kammer ein, die zwar jung, andererseits aber die erste Psychotherapeutenkammer Deutschlands ist. Die aktuellen Entwicklungen – wie zum Beispiel die aus Kammersicht Besorgnis erregende Spruchpraxis des Zulassungsausschusses der Kassensärztlichen Vereinigung Bremen, die in der Tendenz Kassensitze von Psychologi-

schen Psychotherapeuten abbaut, obwohl die Nachfrage nach Psychotherapie steigt – stießen bei den Anwesenden auf großes Interesse. Karl Heinz Schrömgens erklärte ausführlich die Hintergründe und machte gleichzeitig deutlich, dass diese Spruchpraxis juristisch mehr als fragwürdig sei. Auch streifte er kurz die Situation der angestellten Psychotherapeutinnen und -therapeuten und verwies dabei auf die vielbeachtete Stellungnahme der Kammer zum rechtlichen Status angestellter Psychologischer

Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Nach den einführenden Worten des Präsidenten folgte eine interessante Vorstellungsrunde, die so manches Aha-Erlebnis mit sich brachte, da einige der Anwesenden sich bisher nur vom Hörensagen kannten. Auch hatten die einzelnen Vorstandsmitglieder Gelegenheit, sich mit ihren Arbeitsschwerpunkten vorzustellen. Und es gab rege Nachfragen zu den vom Kammerpräsidenten eingebrachten Themen. Anschließend fand ein lockerer Austausch unter den neuen Mitgliedern und

dem Vorstand statt. Insgesamt war die Veranstaltung mehr als gelungen. Die Neuaprobieren bekamen einen Eindruck von der Arbeit des Vorstandes, sie konnten sich informieren, nachfragen und miteinander diskutieren. Und der Kammervorstand freute sich über Anregungen und Rückmeldungen, wie er noch stärker als bisher die Wünsche und Belange der neuen Mitglieder aufnehmen und umsetzen kann.

Für den Vorstand ist klar, dass diese Veranstaltung, die erstmals 2012 stattfand, nunmehr alle zwei Jahre durchgeführt wird.



Karl Heinz Schrömgens (rechts) begrüßte die neuen Kammermitglieder

Die positiven Rückmeldungen der Teilnehmer sind Ansporn genug.

Reformprozess soll transparent sein

Seit Frühjahr 2014 läuft die Umsetzungsplanung für ein sektorenübergreifendes, auf den Patienten bezogenes Steuerungssystem für psychiatrische Leistungen nach dem SGB V, SGB XII und SGB IX in der Stadt Bremerhaven. Es wurde eine Projektsteuerungsgruppe gebildet, in der die Hauptakteure mitwirken: Magistrat, Krankenkassen (AOK, TK), Klinikum Reinkenheide, KVHB u. a. Ein weiteres Gremium ist das Kernteam, in dem die Projektleitung, die vom Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern gestellt wird, und die Leiter der vier Fachthemengruppen mitwirken. Diese beschäftigen sich mit Themen wie „Zielgruppe und Leistungen“, „Strukturen und Prozesse“, „Rechtsfragen“ und „Budget und Finanzierung“. Als Entsandte der KV wirken ein Psychologischer Psychotherapeut, eine ärztliche Psychotherapeutin und ein Psychiater in den ersten beiden Arbeitsgruppen mit. Die

Psychotherapeutenkammer Bremen ist nicht unmittelbar in das Projekt eingebunden.

Nach anfänglichen Irritationen kam es jetzt zu einem Gespräch zwischen Christian Koch, der die Co-Projektleitung innehat, sowie Dr. Uwe Peters, Psychiatriekoordinator und Vertreter der Stadt Bremerhaven in der Projektsteuerungsgruppe, auf der einen Seite und Hans Schindler und Karl Heinz Schrömgens vom Vorstand der PKHB auf der anderen. Beide Seiten betonten ihr Interesse an einer näher an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Steuerung von Leistungen für psychisch kranke Menschen. Sie stellten fest, dass die gemeinsame Schnittmenge sehr hoch ist. Das Anliegen der PKHB, psychotherapeutischen Sachverständigen durchgängig in den Aufbau gemeindepsychiatrischer Teams zu integrieren, wurde zustimmend aufgenommen. Kritisch

hinterfragt wurde von den Kammervertretern der umfassende Anspruch des Projekts, alle Leistungen, die über eine ambulante Grundversorgung hinausgehen, steuern zu wollen. Und das nicht nur für Patienten mit komplexem Leistungsbedarf. Es zeigte sich in der Diskussion, dass Anspruch und Realisierungsbedingungen weit auseinanderliegen. Die Projektvertreter betonten, dass in diesem Vorhaben nichts von oben übergestülpt werden sollte, sondern dass die inhaltliche Erarbeitung in den Fachthemengruppen erfolgt und in einem transparenten Prozess zu Entscheidungen geführt werden soll. Gegenwärtig würden auf der Grundlage der Kassendaten das vergangene Versorgungsgeschehen und die darüber aufgewendeten Finanzen differenziert ermittelt. Im April 2015 soll die Umsetzungsplanung laut Zeitplan abgeschlossen sein. Dann werde sich zeigen, ob es von der Planung auch zur Umsetzung kommen kann.

Zukunft des Studiengangs Psychologie noch offen

Die drohende Schließung des Studiengangs Psychologie an der Universität Bremen hat den Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer in den zurückliegenden Monaten intensiv beschäftigt und zahlreiche Initiativen und Aktivitäten nach sich gezogen. Nachdem die Kammerversammlung Mitte Mai eine Entschließung zum Erhalt des Studiengangs verabschiedet hatte, zogen viele Berufsverbände nach. Aber auch aus der Politik, aus psy-

chosozialen Einrichtungen und aus Wirtschaftsunternehmen kamen Stellungnahmen, um das befürchtete Aus für den Studiengang zu verhindern.

Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens nahm am 4. Juni an der Vollversammlung des Studiengangs teil, zu der sich auch die Wissenschaftssenatorin sowie das Rektorat der Universität angekündigt hatten. Er verdeutlichte dezidiert den Standpunkt der

Kammer und stellte auch klar, dass die Psychotherapeutenchaft die negative Beurteilung des Studienganges, wie sie im Wissenschaftsplan 2020 durch die Senatorin für Bildung und Wissenschaft niedergelegt worden ist, keineswegs teile. Im Vorfeld der Vollversammlung gab es bereits ein Treffen mit Vertretern der Fachschaft Psychologie, an der neben Karl Heinz Schrömgens auch Helga Loest vom Kammervorstand teilnahm.

In einer Info-Mail an die Mitglieder rief der Vorstand zudem dazu auf, sich an der Demonstration der Fachschaft Psychologie zu beteiligen, die im Verbund mit dem AStA der Universität und der Hochschule Bremen gegen den Wissenschaftsplan 2020 ein Zeichen setzen wollte. Der Protestmarsch am 18. Juni, der zum Haus der Bürgerschaft führte, machte einmal mehr klar, dass es eine große Allianz für den Erhalt des Studiengangs Psychologie gibt. Etliche Kammermitglieder folgten dem Aufruf und taten ihren Unmut über die drohende Schließung kund. Der Kammervorstand hatte als sichtbares Zeichen der Kritik am Wissenschaftsplan ein Transparent anfertigen lassen, auf dem der Erhalt des Studiengangs gefordert wurde.

Außerdem führten die Vorstandsmitglieder zahlreiche Gespräche mit den wissenschaftspolitischen Sprechern der in der Bürgerschaft vertretenen Parteien. Dabei legten sie ausführlich ihre Argumente für den Erhalt des Studiengangs dar. Gleichzeitig äußerten sie ihr Unverständnis darüber, dass das Wissenschaftsressort in den letzten Jahren systematisch zur Verschlechterung der Forschung und Lehre am Studiengang beigetragen habe, indem Hochschullehrerstellen nicht besetzt oder nur befristet ausgeschrieben worden seien. Damit sei wissentlich ein Zustand geschaffen worden, der jetzt beklagt werde, nämlich dass Hochschullehrerstellen vakant seien bzw. aus Altersgründen in nächster Zeit frei würden. Es sei vonseiten des Kammervorstandes in den zurückliegenden Jahren mehrfach das Gespräch mit dem



Ressort gesucht und die Sorge zum Ausdruck gebracht worden, dass die Qualität von Forschung und Lehre am Studiengang Psychologie gefährdet sei. Der Vorstand habe dabei nicht den Eindruck gehabt, dass seine Argumente im Ressort gehört worden wären.

Karl Heinz Schrömgens konnte die Position der Bremer Psychotherapeutenkammer darüber hinaus während einer Anhörung des Wissenschaftsausschusses zum Wissenschaftsplan 2020 am 9. Juli im Haus der Bürgerschaft vertreten. Die Anhörung, die in Gegenwart von Senatorin Quante-Brandt stattfand, diente dazu, den Parlamentariern die Sicht betroffener gesellschaftlicher Gruppierungen zu den

möglichen Auswirkungen des Wissenschaftsplans zu verdeutlichen.

Eine Woche später hatten Karl Heinz Schrömgens und Beisitzerin Dr. Sylvia Helbig-Lang Gelegenheit, mit dem Rektor sowie der Konrektorin der Bremer Universität über die Schließungspläne zu sprechen. Ob all die Aktivitäten des Vorstandes erfolgreich zum Erhalt des Studiengangs Psychologie beitragen werden, bleibt abzuwarten. Immerhin hat die Wissenschaftssenatorin zugesagt, dass der Wissenschaftsplan überarbeitet werde und dass die Universität darüber entscheiden müsse, wie sie die Sparvorgaben erfüllen wolle. Die uniinterne Diskussion, die im Herbst beginnt, dürfte spannend werden.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Hans Schindler, Helga Loest und Karl Heinz Schrömgens.

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

Grenzen, Brüche, Übergänge – Spannungsfelder psychotherapeutischen Handelns. Spannende Diskussionen auf der Pressekonferenz und dem 5. Hamburger Psychotherapeutentag

Von Birte Westermann

Was ist „krank“, was ist „gesund“ oder besser: Wer ist „krank“ und wer ist „gesund“? Die offiziellen Definitionen für diese Frage gibt unter anderem das amerikanische Klassifikationssystem DSM-V, das für das ICD-11 richtungweisend sein wird. Doch welche positiven und negativen Auswirkungen wird die Neuauflage des Klassifikationssystems auf den Krankheitsbegriff haben und was bedeutet sie für die diagnostische und psychotherapeutische Arbeit? Mit diesen Themen beschäftigte sich die Psychotherapeutenkammer Hamburg im Rahmen des 5. Hamburger Psychotherapeutentages sowie einer Pressekonferenz am Vortag.

Am Freitag, den 20. Juni 2014 wurden die Themen des 5. Hamburger Psychotherapeutentages auf der Pressekonferenz in der Geschäftsstelle der Hamburger Psychotherapeutenkammer vorgestellt. Unter der Fragestellung „Wer definiert die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit?“ diskutierten die Journalisten*) mit den Vorstandsmitgliedern über die Neueinführung der Klassifikationssysteme DSM-V sowie ICD-11. Was sind die Hauptkritikpunkte an der Neuausgabe? Was steckt hinter der Ausweitung der Krankheitskriterien? Gibt es dafür wissenschaftlich belegbare Gründe? Die Pressemitteilung der Psychotherapeutenkammer Hamburg zu diesen Fragen finden Sie auf unserer Homepage.

Am selben Abend lud die Psychotherapeutenkammer Hamburg zu einem Sommerempfang in die Geschäftsstelle ein. Die Vertreter unterschiedlicher Institutionen aus dem Hamburger Gesundheitswesen hatten in ruhiger Atmosphäre die Gelegenheit, sich zu vernetzen, zu diskutieren und sich den angeregten Gesprächen zu widmen.



Dipl.-Psych. Jürgen Hardt, Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert, Dipl.-Psych. Eva Asselmann und Prof. Dr. Rainer Richter

Am Samstag, den 21. Juni 2014 folgten dann ca. 150 Besucher der Einladung zum 5. Hamburger Psychotherapeutentag in den Räumen der Ärztekammer, um die spannenden Themen im Rahmen von Vorträgen und Workshops zu vertiefen.

Die Vorträge am Vormittag beschäftigten sich im Wesentlichen damit, welche positiven und negativen Auswirkungen das DSM-V in Bezug auf die Begriffsdefinitionen „krank“ und „gesund“ und damit auf Prävention, Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen sowie deren gesellschaftliche Bedeutung haben kann.

Frau Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert, Professorin für Gesundheits- und Sozialwissenschaften an der HAW sowie Vorsitzende der HAG, referierte zum Thema „Einfluss des Krankheitsbegriffs auf die Prä-

vention psychischer Erkrankungen“. Sie beschrieb, inwieweit präventive Maßnahmen auf den sich wandelnden Krankheitsbegriff angepasst werden können. Die Ausweitung des Krankheitsbegriffs sei dabei kritisch zu betrachten, da das Risiko einer (medikamentösen) Überbehandlung, eine fehlerhafte Verteilung knapper Ressourcen sowie einer Stigmatisierung und Psychiatrisierung der Bevölkerung bestünden. Gleichzeitig berge sie aber auch Chancen der früheren Behandlung psychischer Erkrankungen sowie der frühzeitigen Prävention und Gesundheitsförderung. Um eine Akzeptanz der vielfältigen „Normalitäten“ in der Gesellschaft herzustellen, müssten nach Petersen-Ewert gesellschaftsbezogene, aber auch individuenbezogene Strategien verfolgt werden. Im Schlusswort ihres Vortrags hob sie hervor, dass die Kompetenz der Psychotherapeu-



Besucherinnen und Besucher des
5. Hamburger Psychotherapeutentages

ten benötigt werde, um eine erfolgreiche Prävention von psychischen Erkrankungen voranzutreiben.

Dipl.-Psych. Eva Asselmann der Technischen Universität Dresden knüpfte an das Thema des sich wandelnden Krankheitsbegriffs an und ging auf die wesentlichen Neuerungen und Implikationen des DSM-V für das ICD-11 ein. Sie beschrieb dabei die Vorteile der Überarbeitung des DSM sowie die Ziele, die hiermit einhergehen: So hob sie zum Beispiel die Verbesserung der klinischen Nützlichkeit, die Erhöhung von Reliabilität und Validität, die Integration neuer Forschungsbefunde sowie die Erleichterung der Handhabung durch Vereinfachung vieler Störungsklassen hervor.

Neben den positiven Aspekten der Neuauflage beleuchtete Asselmann aber auch die Kritik am DSM-V, z. B. seitens Allen Frances, der den Vorsitz der Arbeitsgruppe zur Revision des DSM-IV hatte. Dennoch sei es aus ihrer Sicht nicht erwiesen, dass es eine Inflation psychischer Störungen durch die Revision geben wird.

Dipl.-Psych. Jürgen Hardt, Gründungspräsident der Landespsychotherapeutenkammer Hessen, setzte sich gesellschaftspolitisch mit der Frage „Was ist gesund – was ist krank?“ auseinander und beschrieb in seinem Vortrag den kulturellen Einfluss auf die Konzepte von Gesundheit und Krankheit. Hardt beschrieb die gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere die Veränderungen unseres Gesundheitssystems sowie die damit einhergehenden Veränderungen für die Psychotherapie. Der aktuelle Kulturwandel sei zum Beispiel mit der Computerisierung verbunden und betreibe eine Digitalisierung und zugleich Ökonomisierung aller Lebensbereiche. Davon sei insbesondere die Gesundheitsversorgung betroffen. Mit dem neuen Gesundheitsbewusstsein entstünde, so Hardt, ein

neuer Markt: Die boomende Gesundheitswirtschaft. Am Ende seines Vortrags beleuchtete er kritisch die Diskussion, ob pathologische Trauer in den Katalog des ICD aufgenommen werden soll.

Der Nachmittag wurde genutzt, um in fünf Workshops die verschiedenen Aspekte des psychotherapeutischen Alltags zu vertiefen. Wie geht man mit suizidalen Patientinnen und Patienten um? Welche Herausforderung birgt die Arbeit mit schwer körperlich erkrankten Menschen und ihren Angehörigen? Was ist – im Hinblick auf die Psychopathologisierung von Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern – „normal“, „auffällig“ oder „krank“? Diese und andere Fragen wurden in den Workshops diskutiert. Auch die Möglichkeiten und Grenzen von körpertherapeutischen Interventionen sowie die Psychotherapie im Straf- und Maßregelvollzug wurden im Rahmen der Workshops betrachtet.

In der Abschlussrunde wurden die Ergebnisse der Workshops zusammengetragen und die unterschiedlichen Sichtweisen und Perspektiven der Besucher diskutiert.

Klausurtagung Ethik-Kommission

Von Birte Westermann

Was genau macht eigentlich eine Ethik-Kommission? Bereits in der letzten Ausgabe des PTJ gingen wir im Rahmen eines Interviews auf die Aufgaben, die Zusammensetzung und das Procedere der Ethik-Kommission ein. Um sich mit den anderen Landeskammern auszutauschen und weitere Möglichkeiten der länderübergreifenden Zusammenarbeit zu diskutieren, lud die Psychotherapeutenkammer Hamburg am 24. Mai 2014 zu einer Klausurtagung im Anglo German Club in Hamburg ein.

Prof. Dr. Herta Richter-Appelt sowie **Dr. Michael Wunder**, Mitglieder der Ethik-

Kommission der PTK Hamburg, berichteten zum Einstieg über die ethische Bewertung von psychotherapeutischer Forschung als Aufgabe von Psychotherapeutenkammern und erläuterten in diesem Zusammenhang die Arbeit sowie das Vorgehen der Ethik-Kommission der PTK Hamburg. **Prof. Dr. Martin Stellpflug**, Justiziar der BPTK, referierte im Anschluss über die wesentlichen Aufgaben von Ethik-Kommissionen und stellte insbesondere den rechtlichen Rahmen dar.

Die Teilnehmer*) der Klausurtagung diskutierten im Anschluss, ob ein Bedarf für eine länderübergreifende Zusammenarbeit besteht. Während der Diskussion

wurde deutlich, dass sich die Landeskammern hinsichtlich von Forschungsfragen im psychotherapeutischen Bereich nicht ihrer Verantwortung entziehen dürfen. Somit sprachen sich einige Kammern dafür aus, eine eigene Ethik-Kommission einzurichten. Da die Anzahl der Anträge besonders bei den kleineren Kammern jedoch eher gering sind, bestand aber auch seitens einiger Kammern der Wunsch zur Einrichtung einer länderübergreifenden Ethik-Kommission. Die Fragestellung, ob solch eine länderübergreifende Kommission in der Praxis umsetzbar ist, wurde im Länderrat bereits eingebracht und auf die nächste Sitzung vertagt.

Interviewreihe: Kurz, prägnant – und wichtig!

Von **Bettina Nock und Torsten Michels**

Zehn Fragen an Bettina Nock, Vorsitzende der Beschwerdekommision

Die Beschwerdekommision (BK) ist das zentrale Gremium im Beschwerdemanagement der Kammer. Sie bearbeitet Beschwerden in beratender Funktion für den Kammervorstand. Ein faires und verlässliches Beschwerdemanagement ist – auch vor dem Hintergrund der Diskussion über den „souveränen Patienten*“) und die Patientenrechte – im Sinne einer offenen Fehlerkultur essenziell und trägt zum positiven Image einer Institution sowohl nach außen als auch nach innen bei. Wir nehmen dies zum Anlass, das Kammervorstandsmitglied und zugleich Vorsitzende der Beschwerdekommision, Dipl.-Psych. Bettina Nock, um eine Erläuterung der Arbeitsweise der Beschwerdekommision und die Hintergründe ihrer Arbeit zu bitten.

Was sind die Aufgaben der Beschwerdekommision?

Eine der wichtigsten – und im Kammergesetz festgelegten – Aufgaben der Psychotherapeutenkammer ist die Ausübung der Berufsaufsicht über die Kammermitglieder. Diese Aufgabe wird im Auftrag des Vorstands von der Beschwerdekommision vorbereitend ausgeführt; dabei verbleiben die Entscheidungen bezüglich der berufsrechtlichen Bewertung grundsätzlich beim Vorstand.

In der Praxis heißt dies: Die BK bearbeitet und überprüft einkommende Beschwerden auf Basis der Berufsordnung hinsichtlich möglicher Verstöße von Kammermitgliedern gegen die Berufspflichten und gibt im Fall eines Verstoßes eine entsprechende Handlungsempfehlung an den Vorstand. Weiterhin diskutiert sie regelmäßig berufsrechtlich relevante juristische Entscheidungen und beantwortet auch Anfragen von Patienten und Kollegen. Bei ihrer Arbeit beachtet die Kommission neben der berufsrechtlichen Prüfung gleichermaßen, dass die Fürsorgepflicht, die die Kammer gegenüber ihren Mitgliedern hat, gewahrt bleibt.

Warum hat die Psychotherapeutenkammer Hamburg diese Kommission eingesetzt?

Die Beschwerdekommision wurde erstmalig im März 2007 eingesetzt, um den in Fragen der Berufsaufsicht verantwortlichen Vorstand und die Geschäftsstelle angesichts zunehmender Beschwerdefälle und einer internen Umstrukturierung von der Aufgabe der Beschwerdebearbeitung und berufsrechtlichen Prüfung zu entlasten. Zugleich wurde durch die Vergabe dieser Aufgabe an ein spezialisiertes Gremium eine größtmögliche Professionalisierung mit dem Ziel der Verbesserung der Entscheidungsqualität angestrebt. Die Kommission ist kein unabhängiger Ausschuss, sondern arbeitet im Auftrag und in enger Abstimmung mit dem Vorstand.

Wie oft trifft sich die Kommission, wie ist sie zusammengesetzt und wie viele Beschwerden werden im Jahr behandelt?

Die Kommission trifft sich alle vier bis sechs Wochen zu einer mehrstündigen abendlichen Sitzung. Bei komplexen Fällen ist manchmal eine zusätzliche Klausursitzung notwendig. Die Kommission besteht aus fünf ehrenamtlich tätigen Kammermitgliedern (PP und KJP) und einem Juristen, der im Fall einer notwendigen juristischen Beratung hinzugezogen wird. Kommissionsmitglieder sind: Bettina Nock, Petra Rupp, Isabel Vogler-Becker, Norbert Klose, Wolfgang Lutter und Dr. jur. Rainer Stelling. Die Vorsitzende Bettina Nock ist Mitglied im Kammervorstand, Wolfgang Lutter ist gleichzeitig Mitglied im Schlichtungsausschuss; dies soll den regelmäßigen Austausch mit diesen beiden Gremien gewährleisten. In den vergangenen drei Jahren hat sich die Zahl der aktenkundigen Beschwerden bei etwa 20 bis 25 pro Jahr eingependelt.

Wie werden die Beschwerden bearbeitet?

Die Beschwerdebearbeitung folgt einer internen Verfahrensordnung, die im Jahre 2010 von der Delegiertenversammlung verabschiedet wurde. Kern der Beschwerdebearbeitung ist die Prüfung der Beschwerdeinhalte auf mögliche berufsrechtliche Verstöße; dies erfolgt in einer gemeinsamen Erörte-

rung während der Sitzungen. Die Sitzungen der Beschwerdekommision werden von der Vorsitzenden vor- und nachbereitet. Der unumgängliche Verwaltungsanteil wird vom Geschäftsführer bzw. der Geschäftsstelle in Kooperation mit der Vorsitzenden erbracht; dazu gehören u. a. die Sichtung und Registrierung (Aktenzeichen) der Beschwerden, die Anforderung von Stellungnahmen, Korrespondenzen mit den Beschwerdeparteien und die Formulierung bzw. der Versand der Bescheide. Über alle bedeutsamen Beschwerdefälle und die Empfehlungen der Kommission wird regelmäßig im Vorstand unter Wahrung der Anonymität der beteiligten Parteien berichtet und diskutiert.

Parallel versehen die Kommissionsmitglieder einen monatlich wechselnden Telefondienst, bei dem Fragen von Patienten und Kammermitgliedern beantwortet werden und eine Vorklärung möglicher Beschwerden erfolgt.

Wann wird die Kommission aktiv? Wer kann sich an Sie wenden?

Die PTK-Hamburg und somit auch die Kommission dürfen sich nur mit Beschwerden befassen, die sich gegen ein Mitglied dieser Kammer wenden. Die Prüfung der Zuständigkeit muss daher vor jeder Beschwerdebearbeitung erfolgen. Außerdem muss vorab geklärt werden, ob andere, höherrangige Rechte betroffen sind, z. B. bei Verdacht auf eine Straftat oder auf schwere Verstöße, die beim Heilberufsgericht zur Anzeige gebracht werden müssen. In solchen Fällen obliegt der Kammer nach Abschluss der anderen rechtlichen Verfahren die Prüfung, ob ein sog. berufsrechtlicher Überhang vorliegt. Sowohl Patienten als auch Kammermitglieder können sich mit Kritik, Anfragen oder Beschwerden an die Kommission wenden.

Muss ein Betroffener einen bestimmten Weg einhalten, um Kontakt mit der Kommission aufzunehmen? Wie ist das Procedere?

Eine Beschwerde sollte unbedingt schriftlich auf dem Postwege (mit Originalunterschrift) unter Angabe von Name und Adresse/Kontakt bei der Geschäftsstelle eingereicht werden. Die Beschwerde sollte möglichst sachgerechte und präzise Angaben zu Anlass, Umständen, Inhalten be-

nennen. Sollte ein Beschwerdeführer zu einer schriftlichen Darstellung nicht in der Lage sein, kann er seine Beschwerde auch mündlich vortragen. Anonyme Beschwerden und Beschwerden, die von Nicht-Betroffenen eingereicht werden, können i. d. R. nicht bearbeitet werden. Und – da wir schon öfter gefragt wurden – Beschwerden von Psychotherapeuten über ihre Patienten gehören nicht in unser Ressort, sondern wohl in die (kollegiale) Supervision.

Das weitere Procedere in Kürze: Nach Vergabe eines Aktenzeichens wird das Beschwerdeschreiben dem Beschwerdegegner in Kopie mit der Bitte um fristgerechte Stellungnahme zugestellt. Die Schweigepflicht ist automatisch durch die Beschwerde aufgehoben, denn ansonsten könnte die Beschwerde ja nicht bearbeitet werden. Nach Eingang der Stellungnahme (und eventuell weiterer Nachweise) erfolgt die berufsrechtliche Prüfung anhand der vorliegenden Unterlagen. Danach erhält der Beschwerdegegner einen Bescheid über das Ergebnis der Prüfung; der Beschwerdeführer wird ebenfalls darüber in Kenntnis gesetzt und wird zudem über die Möglichkeit eines Schlichtungsverfahrens informiert.

Erkennen Sie eine Zunahme an bestimmten Themen?

Insgesamt sind die Themen in den vergangenen Jahren in etwa gleich geblieben. Etwa 75% der Beschwerden beziehen sich auf die Themen Ausfallhonorar, Leistungsabrechnungen (zumeist bei Privatliquidation), Schweigepflicht, Einsichtnahme in Patientendokumentation/-akte. Die restlichen 25% betreffen Verhalten oder Äußerungen von Psychotherapeuten gegenüber Patienten – häufig geht es dabei um eine als verletzend erlebte Bemerkung oder Deutung. Aber auch unhöfliches oder nachlässiges Verhalten von Psychotherapeuten im (vor-)therapeutischen Kontakt und bei der Terminvergabe wird bemängelt. Beim Thema Ausfallhonorar haben wir eine leicht nachlassende Tendenz; bei den Themen Einsichtnahme/Dokumentation und Aufklärungspflicht erwarten wir – bedingt durch das Patientenrechtegesetz – eine Zunahme. Auch das Thema Datenschutz wird uns vermutlich angesichts vermehrter elektronischer Kommunikations-

formen häufiger beschäftigen. Zum Glück nur sehr selten müssen wir Verstöße gegen das Abstinenzgebot verzeichnen.

Worauf müssen Sie bei der Bearbeitung einer Beschwerde achten?

Ein formal korrektes Vorgehen und bestimmte Abläufe müssen eingehalten werden, da u. a. im Fall eines Berufsrechtsverstößes ein justiziabler Bescheid erstellt wird. Alle Vorgänge müssen daher nach einem bestimmten Muster dokumentiert, alle Kontakte, Begründungen, Empfehlungen, Entscheidungen protokolliert werden. Die Arbeit der Beschwerdekommision bewegt sich nahe am juristischen Denken auf Grundlage von Verwaltungs- und Disziplinarrecht unter gleichzeitiger Einbeziehung psychotherapeutischer Haltungen und Grundsätze. Dabei ist ein sachlich gehaltener und höflicher Umgangs- und Schreibstil im Kontakt mit den Beschwerdeparteien unabdingbar, auch wenn dies gelegentlich als „zu offiziell“ empfunden wird. Oberstes Gebot ist das der absoluten Verschwiegenheit, zu der alle Mitglieder der Kommission und die Mitarbeiter der Geschäftsstelle verpflichtet sind. Die Kammer muss die aktenkundigen Beschwerdevorgänge als Teil der Mitgliederakte für 25 Jahre verwahren.

Trotz aller formalen Auflagen ist es uns jedoch ein Anliegen, dass das Beschwerdemanagement nicht überbürokratisiert wird. Neben der Wahrung der Patientenrechte muss der Umgang mit Beschwerden auch im Sinne der Fürsorge für die Kammermitglieder gestaltet sein.

Was passiert, wenn sich ein Anliegen als berufsrechtlich nicht relevant erweist, aber dennoch menschlich nachvollziehbar ist?

Jeder kann sein Anliegen grundsätzlich als Beschwerde formulieren und einreichen (daran können wir niemanden hindern). Wenn aber eine solche Beschwerde hinsichtlich möglicher berufsrechtlicher Verstöße bereits auf den ersten Blick oder nach Prüfung substanzlos ist, jedoch z. B. eine im Rahmen der therapeutischen Beziehung erlebte Kränkung oder zwischenmenschliche Missverständnisse aufweist, wird man dem Beschwerdeführer in jedem Fall ein Schlichtungsverfahren anbie-

ten, das allerdings nur stattfinden kann, wenn beide Parteien dem zustimmen.

Macht Ihnen Ihre Arbeit Spaß und warum?

Spaß erscheint mir in diesem Zusammenhang zu oberflächlich. Nein, diese Arbeit ist eine sehr intensive, herausfordernde und interessante Tätigkeit, die den Kommissionsmitgliedern einen hohen Arbeitseinsatz abfordert und uns dazu zwingt, auch über unseren rein psychotherapeutischen Tellerrand zu blicken. Alle Kommissionsmitglieder sind langjährig dabei und haben sich im Laufe der Zeit in die speziellen berufsrechtlichen Themen und die notwendige juristische Sichtweise und Gesetzeslage eingearbeitet und viel ihrer freien Zeit unentgeltlich dafür aufgebracht. Sowaas tut man nur, wenn man dies als eine Bereicherung in seinem Alltag erlebt.

Was wünschen Sie sich für die zukünftige Arbeit des Ausschusses?

Ich wünsche mir, dass unser in einem langen konsensuellen Prozess erarbeitetes und mittlerweile über etliche Jahre erprobtes Konzept des Beschwerdemanagements erhalten bleibt. Ich wünsche mir sehr, dass die vom Gesetzgeber festgelegte Berufsaufsicht durch die Kammer niemals zu einer Art „Inquisition“ verkommen wird und dass auch zukünftige Mitglieder der Beschwerdekommision sich weiterhin zu einem sachlichen, fairen und diplomatischen Denken und Handeln zum Wohle von Psychotherapeuten und Patienten verpflichtet fühlen. Und: Ich möchte dieses Interview zum Anlass nehmen, mich bei den Mitgliedern der Beschwerdekommision herzlich für ihr langjähriges und verlässliches Engagement zu bedanken.

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.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Krieger

die Diskussion zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und damit auch zur Reform der Ausbildung geht in die heiße Phase. Im November soll auf dem Deutschen Psychotherapeutentag in München eine Entscheidung fallen. Die Notwendigkeit der Reform ist nicht nur in der Profession, sondern auch bei allen Politikern unbestritten. Im Koalitionsvertrag ist dieser Veränderungswille dokumentiert. Die Gesundheitsminister der Länder drängen schon seit Jahren auf eine Klärung der Kriterien für die Zulassung zur Ausbildung. Denn nach der europaweiten Vereinheitlichung der Studienabschlüsse durch den Bologna-Prozess ist für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ein Master erforder-

lich, für den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten genügt ein Bachelor.

Jetzt gilt es, die unterschiedlichen Interessen in der Profession so auszutarieren, dass die Bundesdelegierten im November ein deutliches Signal an die Politik geben können. Die Orientierung an der Ausbildungsstruktur der Ärzte „aus ordnungspolitischen Gründen“, wie vom Gesundheitsministerium gefordert, ist keine hinreichende Bedingung für eine Reform. Wir werden eigene Wege finden müssen. Die Ausbildungsinhalte werden sich wie bisher aus den Grundlagenwissenschaften Psychologie und Pädagogik speisen. Der Verfahrensbezug wird wie bisher von Instituten vermittelt werden. Strittig ist, zu welchem Zeitpunkt die Approbation künftig erworben wird. Davon hängt ab, ob nach der Hochschulausbildung eine Weiterbildung in Regie der Landeskammern folgt oder eine zweite Ausbildungsphase nach bundeseinheitlichen Vorgaben. Der berufs- und arbeitsrechtliche Status eines Weiter-

bildungsteilnehmers ist vom Status eines Ausbildungsteilnehmers deutlich unterschieden.

Unabhängig von diesen Optionen ist das Ziel die Schaffung eines berufsrechtlich einheitlichen akademischen Heilberufs mit verschiedenen Behandlungsschwerpunkten für Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene. Die zentrale Forderung an eine Reform ist der Abschluss eines Hochschulstudiums auf Masterniveau als Zugangsvoraussetzung.

Zur Diskussion der Reformvorschläge lade ich Sie zu einer Abendveranstaltung am Freitag, 7.11.2014 im Rahmen der hessischen Delegiertenversammlung in Wiesbaden ein.

Ich freue mich auf Ihr Kommen und Ihre Beiträge und grüße herzlich

Alfred Krieger
(Kammerpräsident)

Ausbildungsreform jetzt! Aber wie? – „Ist wirklich alles möglich?“

Am Anfang stand ein Forschungsgutachten, das der jetzigen postgradualen Ausbildungsstruktur ein hohes qualitatives Niveau – mit einigen Verbesserungsvorschlägen – bescheinigt hat und auf dem Hintergrund der Bologna-Hochschulreform die Notwendigkeit, den Zugang zur Ausbildung auf Masterniveau zu regeln, sowie die Klärung der rechtlichen und finanziellen Situation der PiA in der Praktischen Tätigkeit.

Aktuell geht es um den Entwurf eines neuen Berufsbildes der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die Zukunft und um eine sich daraus ergebende Ausbildungsstruktur. Die Diskussion um die Ausbildungsreform steht nicht isoliert im

Feld, es gehen damit weitere Veränderungen einher: Forderungen nach Befugnisweiterung, Änderung der Legaldefinition (d. h. der Festlegung der heilkundlichen Berufsausübung auf die Anwendung wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren, PsychThG, §1.3), der Psychotherapie-Richtlinien und des Gutachterverfahrens. Neue Versorgungsmodelle und Änderungen der Weiterbildungsordnungen (M-WBO, WBO) auf Bundes- und Länderebene ergänzen das Bild.

Einerseits werden mit diesen Reformen erhebliche Chancen für die Entwicklung der Profession verbunden, eine Verbesserung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung erhofft. Andererseits scheinen

viele Fragen offen, auch, in wie weit sich die spezifischen inhaltlich fachlichen Elemente psychotherapeutischer Heilkunde damit verändern. Die Frage, was psychotherapeutische Heilkunde im Wesentlichen ausmacht, wird damit erneut aufgeworfen bzw. stehen damit schon immer verbundene divergierende Positionen erneut zur Disposition.

Ein Kristallisationspunkt in der Diskussion ist der Erhalt bzw. die (Wieder-)Herstellung der Verfahrensvielfalt in der Lehre und der Berufsausübung. Über den Erhalt der Verfahrensvielfalt gibt es einen Konsens. Was damit gemeint ist bzw. worauf dies hinausläuft – darin unterscheiden sich jedoch die Positionen wesentlich.



Birgit Pechmann

Aus nicht nur psychodynamischer Sicht wurde die Qualität psychotherapeutischer Heilkunde bisher im Wesentlichen durch eine verfahrensgebundene vertiefte Ausbildung gewährleistet.

Damit liegt dem therapeutischen Handeln eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten zugrunde, aus der das klinische Vorgehen abgeleitet wird. Diese Grundannahmen und das damit verbundene Veränderungswissen bestimmen die therapeutische Haltung, die Gestaltung der therapeutischen Beziehung sowie des therapeutischen Prozesses. Sie erlauben eine systematische Reflexion des Geschehens, insbesondere wenn dieses stockt, in Krisen gerät. Die Identifikation des Psychotherapeuten mit dem von ihm angewandten Verfahren, die „Allegiance“, hat sich in der Wampold-Studie (2001) als ein wesentlicher Wirkfaktor innerhalb der Behandlung gezeigt. Demgegenüber steht eine Position in der Profession, die störungsspezifische Ansätze und eine Art verfahrens- und methodenübergreifende „integrative Psychotherapie“ als Behandlungsmodell der Zukunft favorisiert. Ein Argument dafür ist, dass es keine empirischen Beweise für eine Verfahrensbindung als Voraussetzung für den Therapieerfolg gebe. Umgekehrt gibt es aller-

dings auch bisher keinerlei empirische Belege über die Wirksamkeit eines solchen Modells einer „allgemeinen Psychotherapie“ (vgl. u. a. ausführliche Darstellung im PTJ 4-2009 u. f.). In dem aktuell erstellten Berufsbild ist der Verfahrensbezug als systematische Grundlage psychotherapeutischer Heilkunde nicht enthalten.

Die an eine basale Direktausbildung anknüpfende Weiterbildung soll dem Vorbild der fachärztlichen Weiterbildung nachgebildet werden. Neben der offenen Frage der Finanzierung steht dabei ein qualitatives Moment auf dem Spiel: An Stelle der bisherigen kohärenten curricularen Psychotherapeutenausbildung könnte eine Sammlung modularer Bausteine stehen. In der Diskussion in den Kammern und auf BPTK-Ebene bzgl. der WBO/M-WBO findet eine parallele Kontroverse statt: Vertreten die Kammern weiterhin eine Trennung von Ausbildung und Weiterbildung, um z. B. eine fundierte Ausbildung in einem vertieften Verfahren zu gewährleisten? Oder geht vieles gleichzeitig via Mehrfachanerkennungen von Ausbildungsbestandteilen? Wird weiterhin eine curriculare Weiterbildung „aus einer Hand“ gefordert und damit unterstützt – oder eher eine Ansammlung von Modulen, um die Behandlungsberechtigung zu erreichen – wie in der ärztlichen Weiterbildung? In einer aktuellen Mitgliederbefragung des Marburger Bundes von 2014 zeigten sich über die Hälfte der befragten jungen Mediziner unzufrieden mit der Struktur und der inhaltlichen

Vermittlung der fachärztlichen Weiterbildung.

Die Forderung nach einer Befugnisserweiterung erscheint als überfällige Beseitigung berufsrechtlicher Beschränkungen. Sie ist, wie Walz-Pawlita und Müller 2010 formulierten, auch ein „Aufgeben der Arbeit mit psychischen Mitteln durch die Ermöglichung des Einsatzes anderer Mittel“ (*Psyche*, 64 (7), S. 596). Dabei stellen sich einige Fragen hinsichtlich der die therapeutische Behandlung schützenden Abstinenz. Befugnisserweiterungen und Akut-Sprechstunden, der Psychotherapeut als „Lotse“ – analog dem Hausarzt? –, wie in neuen Versorgungsmodellen vorgeschlagen, verändern den psychotherapeutischen Behandlungsrahmen erheblich, mit Rückwirkungen auf dessen Inhalt.

Die angestrebte Parallelisierung der Ausbildung zum Medizinstudium, Parallelsierungen in der Berufsausübung sind argumentativ mit der Hoffnung verbunden, als ein der Medizin gleichberechtigter akademischer Heilberuf „anerkannt“ zu werden. Demgegenüber könnte ein Plädoyer für eine „Kooperation auf Augenhöhe“ im Austausch der jeweiligen Expertise und Funktion mit ärztlichen Kollegen stehen – die die Besonderheiten psychotherapeutischer Heilkunde zum Ausgangspunkt der „Anerkennung“ nimmt.

Birgit Pechmann
(Vorstandsmitglied)

Datenschutz in der Praxis

Veranstaltung der LPPKJP Hessen am 24.05.2014 mit Astrid Ackermann, Rechtsanwältin – Medien- und IT-Recht, Frankfurt/Main

Mit ca. 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmern war das eine erstaunlich gut besuchte Veranstaltung zu dem Thema. Aber in Zeiten von NSA und ständig zunehmender Datensammelwut aller möglichen Internetanbieter und Hackerangriffen in großem Stil dringend notwendig für uns Psychotherapeuten. Mehr denn je müssen wir

uns um die Sicherheit der uns anvertrauten Patientendaten sorgfältig kümmern.

Frau Ackermann begann ihren Vortrag (Folien im Mitgliederbereich unter „Dokumente“) mit Fragen und Problemen rund um den Internetauftritt von Psychotherapeuten: Wie sprechen Therapeuten ihre (potenziellen) Patienten im Internet, auf ihrer Praxishomepage an? Immerhin sind ca. 78% der Internetnutzer in den Social Media (z. B. Facebook, Google, Linked in, wer-kennt-wen.de, Xing) angemeldet und 67% von ihnen dort auch aktiv. Die Vortei-

le der Kommunikation liegen auf der Hand: etwa der niedrigschwellige Zugang, die leichte Erreichbarkeit, die geringen Kosten. Die Gefahren können dabei leicht in den Hintergrund geraten, nämlich ganz besonders die Gefahr von Persönlichkeitsrechtsverletzungen, die schwere Kontrollierbarkeit bzw. der hohe Kontrollaufwand in den Portalen und die teilweise geringe Seriosität. Es liegt nahe, dass auch Patienten-Therapeuten-Kontakte über die sozialen Medien erfolgen können. Unsere Berufsordnung gebietet uns hier jedoch äußerste Zurückhaltung, sodass von der ver-



Rechtsanwältin Astrid Ackermann spricht zu Datenschutzbelangen in der psychotherapeutischen Praxis.

breiteten Art der Kommunikation über die sozialen Medien abgeraten werden muss (ganz besonders etwa bei Freundschaftsanfragen von Patienten über Facebook).

Nicht vermeidbar sind im Internet die heute bereits verbreiteten Bewertungsplattformen (jameda, esando, sanega u. a., für Kliniken z. B. klinikbewertungen.de). Wie funktionieren diese Plattformen? Ein Nutzernamen und eine E-Mail-Adresse genügen für die generell anonymen Bewertungen, die entweder in Schulnoten oder in Textform erfolgen können. An Mitmachplattformen für Patienten wären Google, yelp, eKomi zu nennen. Man kann sie nutzen mit aktivem Empfehlungsmanagement als Teil eines Online-Reputations-Managements (Sammeln positiver Beurteilungen). Was aber tun bei schlechten Bewertungen? Hier gilt es, sich an den Portalbetreiber zu wenden. Bei offenkundig rechtswidrigen Angaben, bei falschen Tatsachenbehauptungen oder wenn Klarnamen genannt werden, muss gelöscht werden, notfalls mit anwaltlicher oder gerichtlicher Hilfe. Darüber hinaus gibt es für die Bewerteten auch die Möglichkeit zu kommentieren, eine generelle Löschung ist nicht möglich. Vorbeugen kann man jedoch durch regelmäßiges Online-Reputations-Management, durch regelmäßige Eingabe des eigenen Namens in eine Suchmaschine oder etwa mit Google Alert, worüber eine automatische Benachrichtigung erfolgt, wenn im Netz etwas zum ei-

genen Namen veröffentlicht wird. Nach der Entdeckung falscher, diskriminierender Einträge sollte man Beweise sichern (z. B. mittels Screenshots) – innerhalb von vier Wochen nach Feststellung ist einstweiliger Rechtsschutz möglich. Generell ist die Rechtslage so, dass das Persönlichkeitsrecht des Bewertenden auf freie Meinungsäußerung über dem Recht des Bewerteten steht. Hier besteht mitunter die Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen Tatsachenbehauptung und Meinungsäußerung.

Datenschutz in der Praxis: Eine der naheliegenden, einfachsten Kommunikationsmöglichkeiten in der Praxis ist der E-Mail-Kontakt. Hier ist jedoch dringend Zurückhaltung geboten. Der übliche E-Mail-Verkehr ist in keiner Weise als datengeschützt anzusehen. Auch die von T-Online neuerdings angebotene E-Mail-Verschlüsselung kann nach Einschätzung der Referentin nicht als genügend sicher eingeschätzt werden, auch nicht das durch Bundesgesetz geregelte DeMail-Verfahren, es werde auch kaum genutzt. Eine wirklich hinreichend sichere Verschlüsselung allerdings sei aufwendig und umständlich. Links zu geeigneter Verschlüsselungssoftware lassen sich in den Computer-Fachzeitschriften finden. Derzeit kann ansonsten von inhaltlicher Kommunikation mit Patienten über E-Mail nur abgeraten werden. Allenfalls Terminabsprachen über E-Mail, bei Einverständnis des Patienten, können als

vertretbar angesehen werden. Falls von Patienten E-Mail-Kontakt gewünscht wird, sollten sie auf jeden Fall ausdrücklich (schriftlich, ggf. schon im Behandlungsvertrag) darauf hingewiesen werden, dass bei unverschlüsseltem E-Mail-Verkehr Unbefugte mitlesen können.

Vorsicht ist auch geboten beim Austausch von Daten/Informationen über Fax. Faxgeräte, wie übrigens auch moderne Kopiergeräte, speichern die übermittelten bzw. kopierten Daten. Dies muss berücksichtigt werden bei der Entsorgung von Fax-Filmrollen, der Weitergabe, Zurückgabe (Leasing) oder Entsorgung dieser Geräte (bei Kopierern z. B. den Gerätechip entnehmen).

Mobile Computer: Hier ist zu bedenken, dass zumindest in ungenügend gesicherten Netzen, besonders im öffentlichen Raum, ein Abfangen der Informationen jederzeit möglich ist. Wichtig im öffentlichen Raum ist entsprechend eine Diebstahlsicherung, Schutz vor Einblick auf den Monitor durch Unbefugte (Screensaver u. a.), ggf. Aufbau eines Virtual Private Network. Für vertrauliche Daten sollte auf dem Laptop ein Security Lock angelegt werden. Bei iPads besteht die Schwierigkeit, dass keine Datenspeicherung auf externen Datenspeichern möglich ist, dies geschieht entweder auf Chip oder in der Dropbox, d. h. in einer Cloud. Analoges gilt für Smartphones. Sensible Daten sollte man nicht auf diesen Geräten speichern. Selbst wenn man meint, alles auf solchen Geräten gelöscht zu haben, und den Chip entnommen hat, bleiben weitere Daten auf dem Smartphone gespeichert. Eine Entsorgung dieser Geräte sollte daher am besten sicher auf dem Wertstoffhof erfolgen.

Als besonders unsichere Kommunikationsform ist der Referentin zufolge WhatsApp einzustufen.

Outsourcing von Dienstleistungen in der Praxis: Infrage kommen hier die Fernwartung von Computern, die Nutzung externer Sekretariatsdienste (Schreibarbeiten, Termindienste wie TerminLand, die die Daten auf eigenen Servern speichern, Abrechnung) oder die Nutzung der Speichermöglichkeiten auf externen Servern

(Cloud Computing). Hier bestehen erhebliche Probleme in Richtung eines Verrats von Berufsgeheimnissen. Von externen Dienstleistern ist auf jeden Fall eine Verschwiegenheitserklärung zu fordern (schriftlich).

Die Speicherung von Patientendaten in der Cloud ist nicht zulässig, da unbekannt ist, wo, auf welchen Servern die Daten gespeichert werden, und man dafür keine Kontroll- und Zugriffsmöglichkeiten hat! Für private Datenspeicherung kommen allenfalls Private Clouds bei deutschen oder wenigstens europäischen Anbietern infrage. Bei der Speicherung von Patientendaten auf externen Medien, namentlich auch USB-Sticks, ist auf jeden Fall auf eine hinreichend sichere Verschlüsselung zu achten.

Bei der Vernichtung von Papierakten sollte darauf geachtet werden, dass ein Shredder mit cross-cut-Verfahren gewählt wird. Oder die Akten sollten von einem zertifizierten

Aktenvernichtungsbetrieb vernichtet werden.

Abschließend einiges zur Gestaltung der Praxishomepage: Bei der evtl. Verwendung fremder Texte oder Bilder gilt es, unbedingt das Urheberrecht zu beachten (Urhebername am besten direkt am Bild/Foto mit Namen des Urhebers). Das ©-Zeichen ist nicht erforderlich. Wichtig ist, dass das Impressum auf jeder Seite der Homepage mit höchstens einem Klick erreichbar ist. Für das Impressum sind die Vorgaben von § 5 TMG und der DL-InfoV zu beachten. Die UmsatzsteuerID, bei Bedarf einschließlich Haftpflichtversicherungsangabe wären u. a. zu nennen (für weitere Informationen vgl. das „Merkblatt zu Darstellungsmöglichkeiten im Internet“: <http://lppkjp.de/recht/datenschutz/>). Wenn über die Homepage Daten erhoben werden, etwa über ein Kontaktformular, Aufrufe-Zähler, Einbindung in soziale Netzwerke, bedarf es darüber hinaus auch einer Datenschutzerklärung. Bei Nutzung des Aufrufe-Zählers der Google Inc. (Google Analytics) ist zu beden-

ken, dass die Daten an Google weitergegeben und dort gespeichert werden. Ein Ausweg könnte ein Aufrufe-Zähler ohne Tracking Tool sein. Alle unsere über Facebook oder Google eingegebenen Daten werden gespeichert und in die USA bzw. nach Kanada übermittelt.

Zum Schluss ging Frau Ackermann in Kürze auch auf die Vor- und Nachteile der Online-Beratung und -Therapie ein (über Internet-Blogs, E-Mail, Skype u. a.). Zu erwähnen sei hier nur: Online-Beratung über Skype muss inzwischen als schwierig eingeschätzt werden, da auch Skype inzwischen abgehört werden kann. Hier soll nicht weiter darauf eingegangen werden. Zur Online-Beratung und -Therapie hat es am 9.11.2013 eine Tagung der LPPKJP gegeben. Informationen zu dieser Thematik finden sich auf der Homepage unter „Aktuelles“ – „Berichte zu Veranstaltungen“.

*Dr. Rainer Doubrawa
(Datenschutzbeauftragter der LPPKJP)*

Informationsveranstaltungen zu Patientenrechten und Berufsordnung

Am 18. Juni starteten die Informationsveranstaltungen der Kammer zum Patientenrechtegesetz. Den Auftakt bildete eine Veranstaltung in Frankfurt, bei der der Geschäftsführer und Justitiar Johann Rautschka-Rücker referierte. Ziel der Veranstaltungsreihe ist die Information der Mitglieder über die Vorschriften des Patientenrechtegesetzes und die daraus entstehenden Berufspflichten, die in der Berufsordnung ihren Niederschlag finden. Notwendige Änderungen und Ergänzungen der hessischen Berufsordnung werden voraussichtlich auf der nächsten Delegiertenkonferenz Anfang November beschlossen.

Herr Rautschka-Rücker stellte dar, dass die Regelungen der §§ 630 a-h zum Behandlungsvertrag auf der Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht beruhen und sich deshalb stark an der somatischen Medizin orientieren. Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung fanden im Gesetz keine Berücksichtigung, weshalb der Berufsordnung eine konkretisierende Funktion zukommen kann, die bestenfalls

auch die Rechtsprechung der Zivilgerichte beeinflusst.

Der Vortrag konzentrierte sich auf solche Regelungen, die für psychotherapeutische Behandlungen Relevanz entfalten können. Besondere Schwerpunkte bildeten die Anforderungen an die Aufklärung, von deren Einhaltung die Wirksamkeit der Einwilligung in die Behandlung abhängt, sowie die Anforderungen an die Patientenakte (Behandlungsdokumentation) und das Einsichtsrecht der Patientinnen und Patienten in die Patientenakte. Herr Rautschka-Rücker stellte dar, dass der Gesetzgeber das Einsichtsrecht gegenüber der bisherigen Rechtsprechung ausbaute und der Begriff „subjektive Daten“ künftig keine Relevanz mehr besitzt. Auch persönliche Eindrücke und subjektive Wahrnehmungen, die dokumentiert wurden, unterliegen dem Einsichtsrecht.

Er informierte über die neue Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer, die insoweit voraussichtlich auch in Hessen umgesetzt werden wird. Neben ei-

ner zulässigen (teilweisen) Einsichtsverweigerung aus erheblichen therapeutischen Gründen oder zur Wahrung erheblicher Rechte Dritter (diese beiden Ausnahmen nennt das Gesetz ausdrücklich), ist eine Verweigerung der Einsichtnahme ausnahmsweise auch dann berufsrechtlich möglich, wenn es sich um Passagen handelt, deren Offenlegung das Persönlichkeitsrecht der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten gravierend verletzen würde. Ob die Zivilgerichte in ihrer Rechtsprechung sich dieser Wertung anschließen, bleibt abzuwarten. Herr Rautschka-Rücker wies in diesem Kontext auch darauf hin, dass berufsrechtlich bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten bedarf, wenn deren natürliche Einsichtsfähigkeit gegeben ist.

Zu den genannten Themen ergaben sich auch die meisten Fragen der ca. 60 teilnehmenden Mitglieder. Soweit sie fachliche Aspekte betrafen, unterstützte Vizepräsidentin Dr. Heike Winter den Referenten. Die Folien

des Vortrages können im Mitgliederbereich der Homepage unter „Dokumente“ eingesehen werden.

Die Veranstaltungsreihe wurde am 4. Juli mit ähnlicher Konzeption in Darmstadt fortge-

setzt, wobei das Vorstandsmitglied Ariadne Sartorius referierte. Bei Drucklegung des Heftes wird auch die dritte Veranstaltung am 10. September in Gießen bereits stattgefunden haben. Dort referiert Dr. Heike Winter. Eine letzte Möglichkeit zur Teilnahme besteht am

8. Oktober in Kassel im Tagungszentrum Kulturbahnhof, wo das Vorstandsmitglied Prof. Dr. Ulrich Müller vortragen wird.

*Johann Rautschka-Rücker
(Geschäftsführer)*

Veranstaltungen der Kammer

Informationsveranstaltung zu Patientenrechten und Berufsordnung

Mittwoch, 8. Oktober 2014, 19.00 bis 21.00 Uhr, Kassel, Tagungszentrum Kulturbahnhof, Rainer-Dierichs-Platz 1, kostenfrei.

Wege in die Zulassung

Informationsveranstaltung für PiA und Neuapprobierte zu rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekten von Praxiskauf und Zulassung.

Mittwoch, 5. November 2014, 19.00 bis 22.00 Uhr, apoBank Frankfurt, kostenfrei.

Ausbildungsreform: Aktueller Stand und Diskussion

Diese Vorveranstaltung der Delegiertenversammlung widmet sich der anstehenden Ausbildungsreform. Wir möchten Sie über die jüngsten Entwicklungen informieren und diese mit Ihnen in Vorbereitung des 25. Deutschen Psychotherapeutentags diskutieren, für den eine Grundsatzentscheidung zur Ausbildungsreform vorgesehen ist.

Freitag, 7. November 2014, 19.30 bis 22.00 Uhr in Wiesbaden, Hotel Oranien, kostenfrei.

Tier und Mensch

Bei dieser gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung der Landestierärztekammer Hessen und der Psychotherapeutenkammer Hessen geht es um die Beziehung zwischen Tier und Mensch. Die Entwicklung des Verhältnisses von Mensch und Tier und die Kulturgeschichte der Tierhaltung stehen am Beginn unserer Tagung. Danach befassen wir uns mit Möglichkeiten, wie Tiere Gesundheit fördern und psychotherapeutische Behandlung unterstützen können. Im zweiten Teil der Tagung stehen der Tod eines Tieres und der Umgang damit im Mittelpunkt.

Freitag, 21. November 2014, Frankfurt, Haus am Dom, 18.00 bis 22.00 Uhr, Kosten: 40,- Euro.

Spannungsfeld Psychotherapie/ Psychopharmakotherapie

Der Gemeinsame Beirat der Landesärztekammer Hessen und der Psychotherapeu-

tenkammer Hessen laden Sie zu einer Fachtagung ein. Wir widmen uns den in der Fachöffentlichkeit schon seit jeher kontrovers diskutierten Fragen der Bedeutung und des Zusammenspiels von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie als unterschiedliche kurative Faktoren. Dabei möchten wir die Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Psychotherapie und Medizin zum Wohle des Patienten herausarbeiten.

Freitag, 5. Dezember 2014, 19.30 bis 22.00 Uhr und **Samstag, 6. Dezember 2014**, 9.00 bis 16.00 Uhr, Haus am Dom, Frankfurt. Die Teilnahme an der Freitagveranstaltung ist kostenfrei, Tageskarte für Samstag: 80,- Euro.

Sie können sich für alle Veranstaltungen online auf der Website der Kammer anmelden:
www.ptk-veranstaltung.de

Gedenken

Wir gedenken unseres verstorbenen Kollegen:

Norbert Fietz-Heck, Nierstein

Redaktion

Yvonne Winter und
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

Juristische Neuigkeiten zur Kassenzulassung



Dr. Uta Rüping – Foto: Kanzlei Dr. Rüping & Partner

Bei hochsommerlichen Temperaturen trafen sich im Juli 2014 in Hannover die PP und KJP der Zulassungs- und Berufungsausschüsse in Niedersachsen und Bremen zu einem Gespräch mit dem PKN-Vorstand sowie den Rechtsanwältinnen Dr. Uta Rüping und Dr. Caterina Henning.

Der **Zulassungsausschuss (ZA)** entscheidet über die Zulassung von Vertragsärzten und Psychologischen Psychotherapeuten zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung (§ 96 SGB V in Verbindung mit § 19 Ärzte-ZV). Dabei ist der ZA an die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und die Regelungen der **Bedarfsplanungs-Richtlinie** gebunden. Gegen einen Beschluss des ZA kann in der Regel Widerspruch vor dem **Berufungsausschuss (BA)** eingelegt werden. Anschließend steht dann noch der Rechtsweg zu den Sozialgerichten offen.

Der ZA besteht aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte tre-

ten an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muss mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein. Der ZA kann daher aus zwei Ärzten, einem PP, einem KJP und vier Vertretern der Krankenkassen oder aber aus drei Ärz-

ten, zwei PP, einem KJP und sechs Vertretern der Krankenkassen bestehen.

Der BA besteht aus der gleichen Anzahl an Vertretern wie der ZA. Jedoch muss der Vorsitzende des BA anders als Vorsitzende des ZA die Befähigung zum Richteramt haben.

Niedersachsen ist regional in neun Zulassungsbezirke unterteilt (Aurich, Braunschweig, Göttingen, Hannover, Lüneburg, Oldenburg, Osnabrück, Stade und Verden).

Ziel des Treffens war es, die psychotherapeutischen Mitglieder der Zulassungs- und Berufungsausschüsse Niedersachsen und Bremen wie in jedem Jahr über Neuerungen in den rechtlichen Grundlagen der Praxisausschreibung, des Nachbesetzungsverfahrens, der Sonderbedarfszulassung und der Sitzverlegung zu informieren. Die wichtigsten Inhalte werden im Folgenden kurz zusammengefasst:

- **Ablehnung von Anträgen auf Nachbesetzung:** Ein Antrag auf Durchfüh-

rung eines Nachbesetzungsverfahrens kann dann abgelehnt werden, wenn der ZA zu dem Schluss kommt, dass die Fortführung der Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Dem Antragsteller ist in einem solchen Fall eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes zuzusprechen. In Niedersachsen wurde ein Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach Kenntnis der Teilnehmer des Treffens bisher nicht abgelehnt. Eine Entscheidung des SG Nürnberg (Urteil vom 20.03.2014, Az.: S 1 KA 46/13) verdeutlicht, dass eine Ausschreibung nicht nur aufgrund der rechnerischen Überversorgung des Planungsbereichs abgelehnt werden darf. Vielmehr muss in jedem Fall umfassend geprüft werden, welchen Versorgungsbeitrag die abzugebende Praxis leistet.

- **Auswahlentscheidungen nach Teilentsperrungen:** Durch die neuen Bedarfszahlen konnten in ganz Deutschland einzelne Planungsbereiche teilweise entsperrt werden, sodass neue Zulassungsmöglichkeiten entstanden. Die ZA haben zu entscheiden, welcher Bewerber zugelassen wird. Zur Auswahl des Bewerbers gibt es verschiedene Kriterien, wie „Berufliche Eignung“, „Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit“, „Approbationsalter“, „Eintragsdatum in die Warteliste“, aber auch „Räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes“ sowie „Versorgungsgesichtspunkte“, zu denen auch die spezifische Versorgung in den verschiedenen Richtlinienverfahren zu zählen sein dürfte. Da unter den Kriterien keine Rangordnung vorgegeben ist, muss die Auswahlentscheidung gut begründet werden. Jobsharer erhalten vor dem Auswahlverfahren eine Zulassung. Die Beschränkungen, die mit einer Sonderbedarfszulassung verbunden sind, entfallen hingegen nicht mehr



Dr. C. Henning – Foto: Kanzlei Dr. Rüping & Partner

automatisch bei einer Teilentsperrung des Planungsbereichs. Inhaber von Sonderbedarfszulassungen müssen sich auf neu ausgeschriebene Kassensitze bewerben.

- **Berufsausübungsgemeinschaften:** Berufsausübungsgemeinschaften werden nach der Zulassungsverordnung-Ärzte zur gemeinsamen Ausübung der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit gegründet. Hierunter fallen auch Gemeinschaftspraxen, deren Gründung bisher unter Psychotherapeuten noch wenig populär ist. Dies könnte sich in Zukunft ändern, zumal dem Votum eines in der Praxis verbleibenden Gemeinschaftspraxispartners bei der Nachbesetzung in der Regel ein besonderes Gewicht zukommt. Welches Gewicht den Interessen der in der Praxis verbleibenden Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft bei der Bewerberauswahl beizumessen ist, hängt auch von Dauer und Intensität der bisherigen Zusammenarbeit in der Berufsausübungsgemeinschaft ab.
- **Fortführungswille als Auswahlkriterium:** Im Nachbesetzungsverfahren kann nur ein Bewerber ausgewählt werden, der auch den Willen hat, die Praxis des Abgebers fortzuführen. Laut Urteil des

BSG vom 20.03.2013 (Az.: B 6 KA 19/12 R) zeigt sich ein solcher Fortführungswille u. a. an der Beibehaltung des Praxisortes, so dass ein Verlegungsantrag, der zeitgleich mit dem Zulassungsantrag gestellt wird, den Fortführungswillen infrage stellen kann. Bei der Abgabe hälftiger Versorgungsaufträge wird ein zeitgleicher Verlegungsantrag zurzeit von den ZA

noch als unproblematisch bewertet.

- **(Nach-)Besetzung von Arztstellen durch PP/KJP:** Nach einem Beschluss zur Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA vom 19.12.2013 ist die Vorbehaltsquote für ärztliche Psychotherapeuten weiterhin gültig. Können die für Ärzte ausgeschriebenen Kassensitze jedoch nicht ausgefüllt werden, dürfen sich auch PP und KJP auf für Ärzte ausgeschriebene Sitze bewerben, sofern der Versorgungsgrad des Zulassungsbezirks unter 110% liegt. Das BSG hat mit Urteil vom 02.07.2014 (Az.: B 6 KA 23/13 R) entschieden, dass die Angestelltenstelle einer ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztin mit einer Psychologischen Psychotherapeutin nachbesetzt werden darf.
- **Vorrang von Ehegatten und Kindern im Nachbesetzungsverfahren:** Auch wenn eine Praxis an Ehegatten oder Kinder weitergegeben werden soll, muss eine offizielle Ausschreibung erfolgen. Der Familienstatus ist im Folgenden nur eines der Auswahlkriterien des ZA.
- **Sonderbedarfszulassungen:** Bei der Entscheidung über einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung hat der ZA einen weiten Beurteilungsspielraum.
- **Sitzverlegungen innerhalb eines Planungsbereichs:** Die Strenge bei der Bewilligung von Sitzverlegungen hat zuletzt zugenommen. Während der Zulassungsausschuss in der Vergangenheit einer Sitzverlegung zustimmen *musste*, sofern keine Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem entgegenstanden, heißt es nun in § 24 Abs. 7 der Zulassungsverordnung-Ärzte: „Der Zulassungsausschuss *darf* den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztesitzes *nur* genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.“ Nach der Rechtsprechung des SG Marburg (Beschluss vom 05.02.2014, Az.: S 12 KA 36/14 ER) können die Zulassungsgremien eine Praxisverlegung auch in einem wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich ablehnen, wenn der Sitz aus einem Teil mit geringerer Versorgungsdichte in einen Teil mit wesentlich höherer Versorgungsdichte verlegt wird, auch wenn der Teil mit geringerer Versorgungsdichte nach Sitzverlegung noch ausreichend versorgt wäre.

Dipl.-Psych. Lea Peplau

Wahlen 2015: Chance zur Mitwirkung

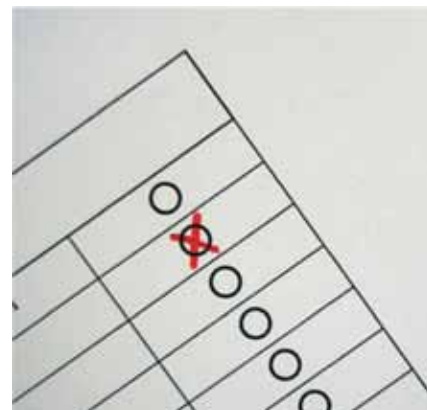
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

haben Sie Interesse daran, aktiv an der Arbeit der Kammer mitzuwirken und sich für die berufspolitischen Interessen unseres Berufsstandes in Niedersachsen einzusetzen?

Dann bietet sich für Sie die Gelegenheit, sich in der Kammerversammlung zu engagieren. Die Aufgaben des „Parlamentes“ der Psychotherapeutenkammer sind vielfältig. Die Mitglieder der Kammerversammlung wählen Vorstand und Präsidium der Kammer, bilden Ausschüsse, treffen Grundsatzentscheidungen in allen Angelegenheiten der Selbstverwaltung, beschließen Satzungen der Kammer und beschäftigen sich mit wesentlichen Finanzangelegenheiten. Auch entsendet die Kammerversammlung Delegierte in den Deutschen Psychotherapeutenkongress der Bundespsychotherapeutenkammer. Sie könnten also auch die Berufspolitik auf Bundesebene mitgestalten.

Seit Gründung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen im Jahre 2000 haben wir schon viel erreicht. Es gibt aber noch viel zu tun, um den Status und Möglichkeiten unseres Berufsstandes zu erhalten und zu verbessern. Die geplante Ausbildungsreform und die damit verbundenen Veränderungen des Berufsbildes sind nur ein Beispiel. Oder auch die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Niedersachsen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Die Vorbereitungen zur vierten Kammerwahl der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen im Jahr 2015 haben bereits begonnen. Wir würden uns sehr freuen, auch neue Kolleginnen und Kollegen aus allen Tätigkeitsfeldern der PP und KJP für die ehrenamtliche Arbeit in der Kammerversammlung gewinnen zu können. Falls Sie Fragen zur Kammerarbeit haben, stehen Ihnen der Vorstand, die Mitglieder der Kammerversammlung und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.



„Ihre Stimme zählt“ – Foto: PKN

Die Durchführung der Wahl erfolgt auf Grundlage der Wahlordnung für die Wahlen zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (WO-PKN), die Sie auf unserer Homepage www.pknds.de unter „Satzungen/Ordnungen“ einsehen können.

Nachfolgend informieren wir Sie über den Ablauf der Wahl im Einzelnen.

Ihr Vorstand

Mitteilungen gem. §§ 8, 9, 11 Wahlordnung (WO-PKN)

Im März des kommenden Jahres werden die Mitglieder der PKN zum vierten Mal eine Kammerversammlung wählen. Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt.

Gemäß § 8 der WO-PKN gebe ich bekannt, dass ich das Ende der Wahlzeit auf den

11. März 2015

festgelegt habe. Die Wahlzeit beträgt mindestens 14 Tage und beginnt mit der Versendung der Wahlunterlagen.

Dem Wahlausschuss gehören an:

■ Günter Heiß

Wahlleiter
c/o Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen
Roscherstraße 12
30161 Hannover

Tel. 0511/850304-41
05139/8337
030/18400 2600

■ Ass. jur. Susanne Passow

Stellvertretende Wahlleiterin
c/o ebd.

■ Herr Prof. Hans-Joachim Schwartz

Stellvertreter Herr Klaus Dörmann

■ Frau Uta Scheferling

Stellvertreter Herr Dr. Heinz Liebeck

■ Frau Bertke Reiffen-Züger

Stellvertreterin Frau Dr. Elisabeth
Heffeter-Schwartz

Die Wahl wird in einem Wahlkreis abgehalten – getrennt nach den jeweiligen Approbationen oder Erlaubnissen (Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Daher

gibt es zwei Wählerverzeichnisse; jedes Mitglied kann nur in einem Wählerverzeichnis eingetragen sein und in der entsprechenden Berufsgruppe wählen.

Nach § 9 Abs. 2 WO-PKN können Mitglieder der PKN, die beide Approbationen oder Erlaubnisse innehaben, sich darüber erklären, in welchem Wählerverzeichnis sie geführt werden möchten und damit die Berufsgruppe bezeichnen, an deren Wahl sie teilnehmen möchten. Eine entsprechende Erklärung ist von dem betroffenen Mitglied bis zum

20. November 2014

gegenüber der PKN abzugeben. Den entsprechenden Vordruck erhalten Sie mit einem gesonderten Schreiben. Danach werden die Wählerverzeichnisse erstellt. Geht die genannte Erklärung nicht rechtzeitig ein, wird das jeweilige Mitglied nicht

in das Wählerverzeichnis eingetragen und ist damit nicht wahlberechtigt.

Die Wählerverzeichnisse werden vom

24. bis 28. November 2014

in der Geschäftsstelle der PKN zur Einsicht ausliegen und können während der Geschäftszeiten Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 16.00 Uhr und Freitag von 8.00 bis 13.00 Uhr eingesehen werden.

Kammermitglieder, die das Wählerverzeichnis für unrichtig oder unvollständig halten, können bis zum

5. Dezember 2014

Einspruch dagegen erheben. Der Einspruch ist bei der Präsidentin der Kammer schriftlich einzulegen und unter Beibringung von Beweismitteln zu begründen. Über den Einspruch entscheidet der Wahlausschuss; zu der dafür anberaumten Sit-

zung werden die Beteiligten geladen. Wenn sie nicht erscheinen, kann nach Aktenlage entschieden werden.

Mit freundlichen Grüßen



Gertrud Corman-Bergau
Präsidentin

Interview mit Frau Schwarz – Die Arbeit mit Zahlen macht mir sehr viel Freude

In unserer Reihe kurzer Interviews mit den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle stellen wir Ihnen heute Olga Schwarz vor. Sie ist in der Geschäftsstelle für den Bereich Finanzen zuständig.

Wie sieht Ihr Aufgabenbereich in der PKN aus, Frau Schwarz?

Zu meinen Aufgaben gehören sämtliche Erfassungen von laufenden finanziellen Geschäftsvorfällen der PKN inklusive der Erstellung des Jahresabschlusses sowie die Erfassung und Bearbeitung von Kosten- und Leistungsrechnungen. Des Weiteren kommt dazu das Berichtswesen, das heißt die regelmäßige Erstellung und Übermittlung von betriebswirtschaftlichen Informationen, Report, Übersichten und Berechnungen.

Dann arbeiten Sie im Wesentlichen der Geschäftsführung und dem Vorstand zu?

Ja. Das Berichtswesen ist dabei eine wichtige Aufgabe, denn die Berichte bilden die Informationsbasis für die kostenwirksamen Entscheidungen des Vorstandes und auch der Geschäftsführung.

Haben Sie denn auch mit den Mitgliedern direkt zu tun?

Ja, und zwar gehört zu meinen Aufgabenbereichen auch das Forderungsmanagement. Dadurch habe ich sowohl telefonisch als auch schriftlich mit den Mitgliedern Kontakt. In den vergangenen Monaten war die SEPA-Umstellung eine außerplanmäßige Herausforderung, die zu bewältigen war.



Frau Schwarz

Das Thema Beitragszahlungen ist für die Mitglieder vermutlich nicht immer ein Grund zur Freude. Merken Sie das im Kontakt mit den Mitgliedern?

Der Kontakt läuft in aller Regel freundlich. Die Zahlungsmoral bei unseren Mitgliedern ist positiv und wenn es einmal Nachfragen oder Beratungsbedarf gibt, dann gelingt es uns immer, Antworten zu finden oder kleine Probleme zu einer guten Lösung zu führen.

Auch für die Kammerversammlungsmitglieder sind Sie ja zuständig, wenn es um die Abrechnung der Reisekosten geht.

Richtig. Auch der Bereich ist gut geregelt, läuft einwandfrei und reibungslos.

Werden Ihnen die vielen Zahlen denn nicht manchmal zu viel?

Definitiv nein. Das mache ich richtig gerne. Die Arbeit mit Zahlen ermöglicht einen

sehr strukturierten Arbeitsablauf. Aus diesem Grund schätze ich die Aufgaben sehr und die positiven Ergebnisse tragen durchaus auch zur inneren Zufriedenheit bei.

Gibt es etwas, was Sie den Mitgliedern auf diesem Wege gern mitteilen würden?

Bei Fragen stehe ich unseren Mitgliedern immer sehr gerne als Ansprechpartnerin zur Verfügung.

Liebe Frau Schwarz, vielen Dank für das Gespräch.

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
E-Mail-Anschrift: info@pknds.de
E-Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“: Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Die neugewählten Delegierten der PTK NRW sind in ihrer konstituierenden Sitzung am 29.08.2014 zusammengetreten. Aufgrund des davor liegenden Redaktionsschlusses des PTJ am 21.08.2014 kann dazu kein Bericht folgen.

Zukunft der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Psychiatrien in NRW



Moderator Rolf Mertens, Vorsitzender des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen der PTK NRW

Eine verantwortungsvolle, an aktuellen wissenschaftlichen Standards orientierte Behandlung in der Psychiatrie ist zukünftig stärker psychotherapeutisch auszurichten. Psychotherapeuten müssten innerhalb der Institutionen entsprechend ihrer Qualifikation als eigenständiger Heilberuf verankert und in verbindlichen Rahmenvorgaben der Personalstruktur berücksichtigt werden. Diese Aspekte prägten die Diskussion mit dem neuen Referatsleiter des Referats Psychiatrie des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes NRW auf der Veranstaltung der PTK NRW am 2. Juli 2014 in Dortmund. Eine Weiterentwicklung der Behandlungsqualität, wie sie politisch gefordert werde, sei ohne die Psychotherapie als eine tragende Säule des Behandlungsgeschehens undenkbar. Dieses gelte unabhängig vom Setting von Beginn der Behandlung an, auch für Störungen mit komplexem Behandlungsbedarf.

Nach einer kurzen Begrüßung durch den Vorsitzenden des Ausschusses Psychothe-

rapie in Institutionen der PTK NRW, Herrn Rolf Mertens, als Moderator der Veranstaltung, erläuterte Vizepräsident Hermann Schürmann in seinem Eröffnungsvortrag, dass die psychiatrische Versorgung auf der Agenda der großen Koalition stehe und im Koalitionsvertrag auch an der Reform des Vergütungssystems festgehalten werde. Ziel sei, Verweildauern zu verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen oder schwerst psychisch Erkrankte zu benachteiligen. Somit zeichneten sich in diesem Bereich Veränderungen ab, die auch die Arbeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Psychiatrien unmittelbar betreffen werden. Multiprofessionell arbeitende Versorgungsnetzwerke mit psychotherapeutischer Grundhaltung würden diskutiert und seien fachlich zu begrüßen. Es fehlten hierzu aber verbindliche, bundeseinheitliche Rahmenvorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Regionalbudgets à la Schleswig-Holstein seien gute Beispiele für Rahmenbedingungen, in denen sich neue, innovative und flexible Strukturen unter der Koordination eines starken Players bilden könnten. Die Integra-



Hermann Schürmann, Vizepräsident der PTK NRW



Jörg Holke, neuer Referatsleiter des Referats Psychiatrie im MGEPA

tion der verschiedenen Sektoren (ambulant, teilstationär, stationär, komplementär) sei eine komplexe Aufgabe. Zeitgleich werde über ein Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie, die Reform des Psychotherapeutengesetzes und eine Reform der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung diskutiert und eine Positionierung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu diesen Fragen gefordert. Dieses könne nur im engen Dialog innerhalb der Profession und mit der Politik geschehen. Die PTK NRW biete durch Veranstaltungen wie diese ein Forum, das zum Austausch, zur Meinungsbildung und Positionierung genutzt werden kann.

Jörg Holke, neuer Referatsleiter des Referats Psychiatrie im MGEPA, nahm dieses Angebot dankbar an und nutzte die Gelegenheit, sich nach vier Monaten im Amt den Kammermitgliedern vorzustellen. Als langjähriger Geschäftsführer der Aktion

psychisch Kranker e. V. sei er eng mit der Gemeindepsychiatrie und dem sektorenübergreifenden Gedanken in der Gestaltung von Versorgung für psychisch Erkrankte verbunden. Gerne stelle er den aktuellen Diskussionsstand zum Thema Psychiatrie aus Sicht seines Referates vor, sei aber auch daran interessiert, Impulse der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zum Thema mitzunehmen. Ministerin Steffens habe für die Jahre 2015/16 einen inhaltlichen Schwerpunkt auf die integrative Gestaltung der psychiatrischen Versorgung gelegt. Die Krankenhausplanung in NRW sei durch den im Juli 2013 vorgelegten Krankenhausrahmenplan NRW novelliert und sehe die Integration von Psychiatrie und Psychosomatik vor. Die Kapazitäten sollen um bis zu 10% ausgebaut werden, gleichzeitig der Anteil tagesklinischer Behandlungsplätze auf etwa 25% bis 30% erhöht und so dem Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“ gefolgt werden. Auch die sektorenübergreifende Vernetzung im Rahmen verbindlicher, trägerübergreifender Kooperationen (Gemeindepsychiatrischer Verbund) würde nun verbindlich eingefordert.

Zur Qualitätsdiskussion innerhalb der Psychiatrie stellte Herr Holke klar, dass auch hier zwar im Rahmenplan Impulse gesetzt worden seien, die Regelungshoheit jedoch nicht beim Land liege. Der G-BA sei aufgefordert, Richtlinien aufzustellen, die die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ersetzen, und die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu definieren.

Für die Weiterentwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgung nutze das Ministerium darüber hinaus das gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V, das aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft gebildet ist. In NRW seien zum Thema psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung auch die Ärztekammern und die Psychotherapeutenkammer beratend beteiligt. In zwei Arbeitsgruppen würde für den Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung derzeit ausgelotet, wel-



Plenumsdiskussion

che Handlungsfelder/-möglichkeiten auf Landesebene bestehen, um hier zu Verbesserungen zu kommen. Es stehe die Weiterentwicklung der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung mit dem Schwerpunkt Psychotherapie einerseits und die sektorenübergreifende Versorgung mit dem Schwerpunkt IV-Verträge, Modellvorhaben (§ 64 b SGB V) und das Entlass- und Versorgungsmanagement andererseits auf der Agenda.

Am Ende seines Vortrages richtete Herr Holke den Blick auf die Schnittstelle zur medizinischen Rehabilitation in psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen und stellte fest, dass in NRW eine Unterversorgung im Bereich ambulanter medizinischer Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen zu verzeichnen sei und sich auch dahin die Bemühungen des Ministeriums richteten, diesem entgegenzuwirken.

Die anschließende engagierte Diskussion unter Beteiligung von Herrn Holke beleuchtete folgende Aspekte:

Bedarf der Patienten berücksichtigen – Psychotherapie von Beginn an!

Patienten der Psychiatrie erwarteten zu Recht eine wissenschaftlichen Standards



Plenumsdiskussion

entsprechende, leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung von Beginn der Behandlung an, auch im akuten Zustand. In diesem Zusammenhang stellte Herr Holke die Frage, wie man sich vor dem Hintergrund der immer kürzeren Behandlungszeiten, akut von bis zu drei Wochen, psychotherapeutisches Arbeiten vorstellen könne. Es wurde von psychotherapeutischer Seite daraufhin deutlich gemacht, dass gerade der Behandlungsbeginn eine sensible Phase sei, in der die Weichen für den späteren Behandlungserfolg gestellt würden. Patienten müssten sich darauf verlassen können, dass ihr Gegenüber die entsprechende Qualifikation habe. In jedem anderen medizinischen Bereich sei das selbstverständlich und klar. Psychotherapie finde auch in Kurzkontakten statt und sei nicht an Rahmenbedingungen gebunden, wie sie in der Psychotherapie-Richtlinie für die ambulante Versorgung zu finden sind. Psychotherapie sei stets ein theoriegeleitetes, zielgerichtetes Vorgehen in Gesprächsführung und Interaktion mit Patientinnen und Patienten. Diese Kompetenz liege bei den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

„Kein Diktat der Wirtschaftlichkeit in der Psychiatrie“

Von einigen Teilnehmern wurde kritisch aufgegriffen, dass eine wachsende Ökonomisierung der Versorgung in der Psychiatrie eingesetzt habe, die dazu führe, dass psychotherapeutisches Arbeiten aufgrund mangelnder Zeit und schwindender Personalausstattung zunehmend schwerer werde. Das passe nicht zu den im Koalitionsvertrag festgehaltenen Bestrebungen, der sprechenden Medizin Vorschub zu leisten. Vor diesem Hintergrund wurde auch das Psychiatrieentgeltgesetz kritisch gesehen und infrage gestellt, ob sich die Anforderungen an eine moderne Psychiatrie auf diese Weise realisieren lassen. Einige Kolleginnen und Kollegen betonten, im PEPP einen Rückschritt und die Gefahr zu sehen, dass unter wachsendem ökonomischen Druck Patientinnen und Patienten nicht mehr ausreichend versorgt werden können.

Sozialrechtliche Verankerung der Psychotherapeuten im Krankenhaus überfällig

Grundsätzlich mangle es den Psychotherapeuten in den Kliniken nicht an fachlicher Kompetenz, sondern an formaler Autorität. Der Geburtsfehler des Psychotherapeutengesetzes dürfe sich nicht weiter fortsetzen. Sozialrechtlich geregelt sei bisher die Stellung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ambulanten, nicht aber im stationären Bereich. Damit würde die Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten systembedingt erschwert. Aufgrund ihrer hohen Fachlichkeit sollten sie mehr Verantwortung übernehmen und die psychotherapeutische Versorgung in der Psychiatrie federführend und eigenständig gestalten können. Dieser systemimmanente Mangel führe im Alltag zu teils absurden Kompetenz- und Autoritätsstreitigkeiten mit den Ärzten und frustriere die Kolleginnen und Kollegen zunehmend. Hinzu käme eine damit einhergehende unbefriedigende Entlohnungssituation.

Herr Holke dankte den Anwesenden für die Diskussion und betonte, dass er die angesprochenen Aspekte in die weitere Diskussion mitnehmen werde.

Vertretung der Psychotherapeuten im Krankenhaus in der Psychotherapeutenkammer NRW weiterentwickeln

Im abschließenden Teil der Veranstaltung lud Vizepräsident Schürmann die Anwesenden zum Austausch darüber ein, wie der Einfluss der stationär arbeitenden Psychotherapeuten auf die Kammerpolitik gestärkt werden kann und wie man der Position der Profession mehr Sichtbarkeit verschaffen könne. Er stellte heraus, dass insbesondere der § 31 Abs. 2 des geltenden Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW (KHGG NRW) die Möglichkeit einer Leitungsfunktion von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Abteilungen vorsehe. Dieses sei eine einmalige Regelung in einem Landeskrankenhausgesetz.

Ebenso nannte er aus aktuellem Anlass den Regierungsentwurf der Landesregierung zur Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes (Drucksache 16/5412), der eine Beteiligung der PTK NRW im Landesausschuss Krankenhaus und neben der Einrichtung von Stellen für die ärztliche Weiterbildung auch Stellen für die psychotherapeutische Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung der PTK NRW im Krankenhaus vorsehe. Dieses sei das Ergebnis der überzeugenden Arbeit der psychotherapeutischen Berufe im Krankenhaus und einer erfolgreichen Interessenvertretung durch die Kammer.

Verschiedene Anregungen und Wünsche für die Kammerarbeit wurden vorgebracht. Erfreulicherweise erklärten einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Bereitschaft, sich zukünftig im Rahmen der Kammerarbeit für die im Krankenhaus angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstärkt zu engagieren.

Berufsrecht: Aktuelle Entscheidungen der Berufsgerichte

Das Landesberufsgericht beim Oberverwaltungsgericht (OVG) für das Land Nordrhein-Westfalen und das Berufsgericht beim Verwaltungsgericht (VG) Münster haben kürzlich zwei interessante Entscheidungen zu den Themen Abstinenz und Dokumentationspflichten getroffen.

1. Das OVG hat mit Beschluss vom 10.02.2014 (AZ: 13 E 494/12.T) entschieden, dass das Abstinenzgebot, als in der Psychotherapie allgemein anerkannter Grundsatz, sich nicht nur auf die in § 6 Abs. 5 der Berufsordnung (BO) untersagten sexuellen Kontakte zwischen Therapeuten und Patienten bezieht, sondern vielmehr eine weitergehende Enthaltensamkeit des Therapeuten gegenüber seinen Patienten außerhalb der Therapie gebietet.

Zum Sachverhalt: Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin führte eine psychotherapeutische Behandlung bei der Tochter ihrer geringfügig beschäftigten Sekretärin durch. In der Folgezeit kam es zu einer arbeitsgerichtli-

chen Auseinandersetzung zwischen der Therapeutin und der Mutter der Patientin und aus diesem Anlass auch zur Beendigung der Therapie. Die Patientin beschwerte sich daraufhin bei der Psychotherapeutenkammer, die gegen die Therapeutin u. a. wegen einer Verletzung des Abstinenzgebots (§ 6 Abs. 1, 4, 7 BO) und der Dokumentationspflicht (§ 9 Abs. 1 BO) eine Rüge verbunden mit einem Ordnungsgeld gemäß § 58a Abs. 1, 3 HeilBerG NRW verfügte. Die Vorgaben zur Abstinenz in § 6 BO beinhalten, dass Psychotherapeuten die Pflicht haben, ihre Beziehungen zu Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen professionell zu gestalten und dabei jederzeit die besondere Verantwortung gegenüber ihren Patienten zu berücksichtigen. Außertherapeutische Kontakte zu Patienten sollen auf das Nötige beschränkt und so gestaltet werden, dass eine therapeutische Beziehung möglichst wenig beeinträchtigt wird. Die abstinente Haltung erstreckt sich auch auf die Perso-

nen, die einem Patienten nahestehen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf deren Eltern und Sorgeberechtigte, § 6 Abs. 5 BO. Auf den Rügenachprüfungsantrag der Therapeutin bestätigte das Berufsgericht beim Verwaltungsgericht Köln die Rüge wegen der Verletzung der Dokumentationspflicht (35 K 3276/11. T). Es verneinte dagegen eine Abstinenzverletzung und reduzierte daher das mit der Rüge ausgesprochene Ordnungsgeld. Das Gericht führte aus, dass aus dem bloßen zeitlichen Nebeneinander des geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses mit der Mutter und der Behandlung der Tochter kein Berufsrechtsverstoß folge. Dagegen erhob die Kammer die Beschwerde zum OVG.

Das OVG bestätigte die Auffassung der Kammer, dass ein Verstoß gegen die Pflicht zur Abstinenz durch die Übernahme der Psychotherapie der Tochter gegeben sei. Als Begründung weist es darauf hin, dass in der Psychotherapie der systematischen Berücksichtigung

und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung eine zentrale Bedeutung zukomme. Eine tragende therapeutische Beziehung ist Voraussetzung für den Therapieerfolg und wichtigster Wirkfaktor. Die Abstinenz ist ein wesentliches Merkmal dieser therapeutischen Beziehung und der Haltung des Therapeuten seinem Patienten gegenüber. Die Therapeutin hätte daher die Übernahme der Behandlung trotz des Wunsches von Mutter und Tochter ablehnen müssen. Das vom Berufsgericht reduzierte Ordnungsgeld hielt das OVG im Rahmen der ihm zustehenden eigenständigen Entscheidungsbefugnis dennoch für ausreichend.

Es handelt sich – soweit ersichtlich – um die erste Entscheidung eines Landesberufsgerichts, die eine Abstinenzverletzung ohne sexuellen Kontext zum Gegenstand hat. Die Entscheidung beinhaltet umfangreiche und instruktive Ausführungen zum Abstinenzgebot und hebt u. a. auch dessen präventive Funktion hervor: Interessenkonflikte sollen abgewendet und Gefahren für den Therapieerfolg und die Gesundheit des Patienten vorgebeugt werden.

2. Das Berufsgericht hat mit Urteil vom 11.09.2013 (17 K 2564/11.T) einen Verweis und eine Geldbuße von EUR 7.500 gegen einen Psychologischen Psychotherapeuten ausgesprochen. Bei der Bemessung der Geldbuße berücksichtigte das Gericht, dass auf den Kammerangehörigen Kosten für eine Supervision, zu der er sich in der Hauptverhandlung verpflichtet hatte, zukommen werden.

Der Therapeut hatte zu einer ehemaligen Patientin zwei bis drei Wochen nach dem Ende der psychotherapeutischen Behandlung eine private, freund-

schaftliche Beziehung aufgenommen. Sie begannen sich zu duzen, später folgten Umarmungen zur Begrüßung und zum Abschied. Die ehemalige Patientin besuchte den Kammerangehörigen in dessen Wohnung zu gemeinsamen Mahlzeiten, sie verbrachten gemeinsame Abende bei ihm und trafen sich zu verschiedenen gemeinsamen Unternehmungen. Ungefähr fünf Monate nach Beginn der Beziehung beendete der Kammerangehörige die Beziehung und brach den Kontakt mit seiner ehemaligen Patientin vollständig ab. Die ehemalige Patientin konnte das Ende dieser Beziehung nicht akzeptieren und ließ sich unmittelbar danach vorübergehend stationär von einer psychiatrischen Klinik aufnehmen. Sie litt in der Folgezeit unter starken Depressionen und nahm Antidepressiva ein, reagierte mit Kontrollverlusten, die sich in aggressiven Verhaltensweisen gegenüber dem Kammerangehörigen äußerten. Die Kammer hatte die Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens wegen Verstößen gegen das Abstinenzgebot und die Dokumentationspflicht beim Berufsgericht beantragt.

Das Berufsgericht sah mit der Verletzung der Abstinenzpflicht den Kernbereich der beruflichen Tätigkeit eines Psychotherapeuten betroffen und eine besonders wichtige Regelung zum Schutz der Patienten verletzt. Es bestätigte auch die von der Kammer beanstandete Verletzung der Dokumentationspflichten und hebt dabei zunächst die erhebliche Bedeutung der Dokumentationspflicht hervor, denn sie trage dazu bei, eine ordnungsgemäße Berufsausübung zu gewährleisten. Sie dient nach Auffassung des Gerichts dazu, den betreffenden Therapeuten dazu anzuhalten, seine Behandlung sachge-

mäß zu strukturieren, und soll ihn in die Lage versetzen, selbst anhand seiner Aufzeichnungen den Verlauf der Therapie stets kontrollieren und ggf. Änderungen vornehmen zu können, um einen möglichst erfolgreichen Verlauf der Therapie zu gewährleisten. Darüber hinaus sei sie vor allem von Bedeutung, um nach einem etwaigen Wechsel des Therapeuten oder in einer Krisensituation eine sachgemäße Weiterbehandlung durch den neuen Therapeuten oder in einer Klinik sicherstellen zu können.

Den in § 9 der Berufsordnung festgelegten Anforderungen genügte das vom Therapeuten vorgelegte Protokoll nach Auffassung des Gerichts in keiner Weise. Es enthalte lediglich knappe Aufzeichnungen, in welchen unter dem jeweiligen Datum die Thematik der betreffenden Therapiestunden stichwortartig notiert sei. Anamnestiche Daten, Diagnose, Therapiekonzept oder ein Vermerk hinsichtlich der vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen fehlten dagegen. Dass der Therapeut die stichwortartigen Aufzeichnungen für ausreichend erachtete und er sich in der Lage gefühlt habe, im Bedarfsfalle entsprechende Ergänzungen nach dem Gedächtnis vorzunehmen, konnte den Verstoß nach Einschätzung des Gerichts nicht entschuldigen.

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

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 Reinert Hanswille, Wahlkreis Düsseldorf, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vorschlag „Bündnis KJP“ hat am 22.06.2014 sein Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Herr Karl-Wilhelm Hofmann, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vorschlag „Bündnis KJP“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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 Karl-Wilhelm Hofmann, Wahlkreis Düsseldorf, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vorschlag „Bündnis KJP“ hat die Wahl nicht angenommen.

Nachgerückt ist Frau Claudia Germing, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Vorschlag „Bündnis KJP“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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:

Frau Uta Meiß, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ hat am 22.06.2014 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Ursula Gersch, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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:

Frau Ursula Gersch, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ hat am 26.06.2014 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Marlene Steuber, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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:

Frau Marlene Steuber, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ hat am 29.06.2014 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Bettina Tietz, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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:

Frau Gerhild von Müller, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ hat am 28.06.2014 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Hans Schumacher, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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 Hans Schumacher, Wahlkreis Köln, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ hat am 04.07.2014 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Almut Lessenich, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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:

Frau Almut Lessenich, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ hat am 09.07.2014 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Melanie Freiburg, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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:

Frau Melanie Freiburg, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ hat am 11.07.2014 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Christian Otto, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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 Christian Otto, Wahlkreis Köln, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ hat am 16.07.2014 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Silvia Palm, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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:

Frau Silvia Palm, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ hat am 23.07.2014 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Christoph Wörsdörfer, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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 Christoph Wörsdörfer, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ hat am 19.08.2014 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Monika Jendry, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

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:

Frau Gabriele Fischer, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 10.08.2014 ihr Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Frau Claudia Faust, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

OPK setzt sich für gesetzliche Festschreibung von Mindeststandards für familienrechtspsychologische Gutachten ein

Am 8. Juli 2014 lud das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz zu einer Anhörung zum Thema Verbesserung der Qualität von Gutachten im familiengerichtlichen Bereich. Für die Bundespsychotherapeutenkammer nahm OPK-Präsidentin Andrea Mrazek teil. Hintergrund des Gespräches war unter anderem die jüngste Veröffentlichung einer Studie der Fernuniversität Hagen zur Qualität familiengerichtlicher Begutachtung.

OPK-Präsidentin Andrea Mrazek vertrat zu diesem Termin den Standpunkt der Deut-

schen Psychotherapeutenkammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Am Beispiel der OPK legte sie die Fortbildungsinhalte, -qualität und das System der Eintragung in die Sachverständigenlisten der einzelnen Rechtsgebiete dar. Zudem erklärte Andrea Mrazek, dass den Landespsychotherapeutenkammern das Problem der Gutachtenqualität im Familienrecht bekannt sei. Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seien aufgrund ihrer Approbation als Gutachter grundsätzlich sehr geeignet.

Schwerpunkt der Anhörung war weiter die veröffentlichte Studie der Fernuniversität Hagen „Qualitätsmerkmale in der Familienrechtspsychologischen Begutachtung“, die unter www.fernuni-hagen.de/psychologie/qpfg/index.shtml einsehbar ist.

Joachim Lüblinghoff vom Deutschen Richterbund stand der Redaktion der OPK-Mitteilungen in diesem Zusammenhang für ein Interview zur Verfügung. Auch auf dessen Initiative wurde auf gravierende Missstände in der Begutachtung hingewiesen.

Verbesserung der Qualität von Gutachten im familiengerichtlichen Bereich – Interview mit Joachim Lüblinghoff, Experte für Familienrecht im Präsidium des Deutschen Richterbundes



Wenn Paare sich trennen, beginnt oftmals der Kampf um das Kind. Familiengerichte werden bemüht, um Entscheidungen in hochstrittigen Familienkonstellationen zu

treffen. Gutachter werden hinzugezogen, um als Sachverständige kindeswohl-dienliche Empfehlungen zu erarbeiten, die Richter in ihren Entscheidungen unterstützen sollen.

Eine jüngst veröffentlichte Studie der Fernuniversität Hagen hat nun gerade diese Gutachten in einer Stichprobe von 116 familienrechtspsychologischen Gutachten in Nordrhein-Westfalen geprüft und deckt gravierende Missstände auf. Die Studie war zudem Thema einer Anhörung im Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz Anfang Juli. „Ich gehe davon aus, dass nun sehr schnell gehandelt wird“, prophezeit Joachim Lüblinghoff vom Deutschen Richterbund im Interview.

Was ist der aktuelle Hintergrund des Aufgreifens des Themas Qualität von familiengerichtlichen Gutachten?

In dem dieser Legislaturperiode zugrunde liegenden Koalitionsvertrag ist vereinbart, dass die Qualität der Gutachten – insbesondere der familienpsychologischen Gutachten – verbessert werden soll. Die Initiative dazu geht auch auf den Deutschen Richterbund zurück. Wir haben seit Längerem erkannt, dass es in diesem Bereich

erhebliche Defizite mit gravierenden Auswirkungen in die Familien gibt.

Zudem liegt eine aktuelle Studie der Fernuniversität Hagen vor, die an einer repräsentativen Stichprobe die Qualität von 116 familienpsychologischen Gutachten in Bezug auf wissenschaftliche Mindestanforderungen prüft und zu erschreckenden Ergebnissen kommt.

Diese Studie wurde am 8. Juli dieses Jahres im Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Berlin vorgestellt. Eines der schockierendsten Ergebnisse der Studie ist, dass über die Hälfte der Gutachten aus der gerichtlichen Fragestellung keine fachpsychologischen Frage-Herleitungen aufweist. Das ist ein Punkt, der im Bundesministerium gerügt worden ist. Darüber hinaus wurden rechtspsychologische Diagnostikverfahren wie Interview und Interaktionsbeobachtungen zur Begutachtung durchgeführt, die nicht den fachlichen Mindestanforderungen entsprachen. Dies, um nur einige Punkte der Studie zu nennen.

Aus den Ergebnissen der Studie resultierend: Muss Ihrer Meinung nach klar geregelt sein, welche Berufsgruppen überhaupt nur familienpsychologische Gutachten durchführen dürfen?

Wir sollten Mindeststandards festlegen. Unsere Auffassung vom Deutschen Richterbund geht dahin, dass zunächst im Gesetz festgeschrieben werden muss, wer überhaupt als familienpsychologischer Gutachter in Betracht kommt. Dazu fallen mir bisher die Psychologischen Psychotherapeuten, die Psychologen, die Psychiater, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und gegebenenfalls die von den Kammern qualifizierten und ausgebildeten Mitglieder ein. Die Kammern sollten öffentlich ausgewiesene Listen mit qualifi-

zierten Gutachtern vorweisen, die von den Gerichten dann vorrangig zu wählen wären. Das sollte entsprechend gesetzlich zu regeln sein.

Sie sprechen es klar an: In welcher Verantwortung sehen Sie die Kammern darin, zum Beispiel die Psychotherapeutenkammern?

Für uns wäre es wichtig, dass die Kammern Listen vorweisen könnten, aus denen ohne Weiteres zu ersehen ist, welche Gutachter in Betracht kommen. Die Kammern haben für uns eine besondere Bedeutung, denn es sind öffentlich-rechtliche Körperschaften. Und was eine öffentlich-rechtliche Körperschaft in ihrer Legitimation empfiehlt, hat für die Gerichte große Bedeutung.

Wie sieht überhaupt die Vergabepraxis an den Familiengerichten von Gutachteraufträgen an Gutachtern aus? Wie kommen Sie zu Gutachten?

Die Gutachten werden durch die Gerichte vergeben. Die Auswahl ist bestimmt nach Verfahrensregelungen im Familienverfahrensgesetz und in der Zivilprozessordnung. Ich muss betonen, es gibt bisher keine fachliche Qualifikation für den familienpsychologischen Gutachter. Diese Berufsbezeichnung ist nicht geschützt. Die Auswahl der Gutachter erfolgt durch die Familienrichter. In aller Regel kann man davon ausgehen, dass die Richter Gutachter auswählen, mit denen sie bisher gut zusammengearbeitet und positive Erfahrungen gemacht haben.

Wie ist es denn bei Familienrichtern um die Fähigkeit bestellt, zu erkennen, was ein gutes oder schlechtes Familiengutachten ist?

Für Richter gibt es bestimmte Anforderungen, die besagen, wer zum Familienrichter werden darf. Dazu muss man eine be-

stimmte Zeit als Richter überhaupt gearbeitet haben. Der überwiegende Teil der Richter besucht zudem Schulungen, bevor sie im Familienrecht tätig werden. Das ist bisher nicht verpflichtend, das ist freiwillig. Diese Schulungen sind natürlich sehr förderlich, um alle wichtigen Dinge im Auge zu haben, die für eine Gutachterbeauftragung notwendig sind.

Es ist also jedem Richter selbst überlassen, eine solche Schulung zu besuchen oder nicht?

Ja, es liegt in der Freiheit jedes einzelnen Richters. Es ist mal diskutiert worden, ob man Fortbildung für Richter zum Pflichtprogramm machen kann. Das ist bisher nicht der Fall und es gibt gute Gründe dagegen. Zum Beispiel den, dass es den Präsidien obliegt, wer Familienrichter wird. In aller Regel kann man davon ausgehen, dass die Richter, die sich mit Familienrecht befassen, auch freiwillig zur Fortbildung gehen. Eine erzwungene Fortbildungsveranstaltung bringt meines Erachtens nach nicht den erwünschten Erfolg.

Wenn Sie eine Prognose wagen sollten, wie schnell werden sich auf diesem Gebiet gesetzliche Grundlagen schaffen lassen und wie groß ist der Handlungsdruck?

Ich gehe davon aus, dass nun sehr schnell gehandelt wird. Es existiert eine konkrete Vorgabe im Koalitionsvertrag und zwar eine solche konkrete Vorgabe, wie man sie nur selten hat. Es ist ganz strikt formuliert, dass die Qualität von Gutachten, insbesondere der familienpsychologischen Gutachten, in Absprache mit den Verbänden zu verbessern ist. Bei einer solchen klaren Vorgabe der Koalitionspartner kann man davon ausgehen, dass sie schnell bearbeitet und demnächst ein Gesetzesentwurf vorgelegt werden wird.

Interview: Antje Orgass

Psychotherapeuten können ab sofort offiziell die Leitung Sozialpsychiatrischer Dienste in Sachsen übernehmen

Der Sächsische Landtag hat in seiner letzten planmäßigen Sitzung vor der Landtagswahl vom 10. Juli 2014 das **Dritte Gesetz zur Änderung des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung**

bei psychischen Krankheiten (Sächs-PsychKG) verabschiedet. Dieses Gesetz schreibt Schutz und Hilfen für psychisch kranke Menschen fest. Es regelt auch die Voraussetzungen für freiheitsentziehende

Unterbringungen, falls eine Gefährdung Dritter oder eine Selbstschädigung aufgrund psychischer Krankheiten zu befürchten ist. Außerdem werden ambulante vor- und nachsorgende Hilfen empfohlen und

Beratungsangebote unterbreitet. Vor 20 Jahren trat dieses Sächsische Gesetz zum ersten Mal in Kraft.

Gesetzesnovellierung ist offizielle Anerkennung der Qualifikation von Psychotherapeuten

Der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist es mit dieser Gesetzesnovellierung in ihrer politischen Arbeit gelungen, Psychologische Psychotherapeuten in die Leitung Sozialpsychiatrischer Dienste des Freistaates zu integrieren. „Für Sachsen ist diese Entscheidung bahnbrechend“, resü-

miert OPK-Präsidentin Andrea Mrazek. „In Brandenburg und Sachsen-Anhalt ist dieses Arbeitsfeld für Psychotherapeuten bereits länger Realität. Sachsen hat nun nachgezogen. Es ist eine offizielle Anerkennung der Qualifikation der Kolleginnen und Kollegen. Das war überfällig.“

Das Arbeitsfeld im sozialpsychiatrischen Dienst sei genau auf die Qualifikation Psychologischer Psychotherapeuten zugeschnitten: Diagnostik und Koordination von Hilfen für die Patienten. Dadurch könnten bereits frühzeitig und gezielt an-

dere Maßnahmen zur Verhinderung einer Unterbringung eingesetzt und gegebenenfalls auch überwacht werden.

Diese Entwicklung der Befugnisserweiterung für Psychotherapeuten sei nach Aussage von OPK-Präsidentin Andrea Mrazek auf einem guten Weg: „Ich bin allein aufgrund des Bedarfes davon überzeugt, dass man die Kolleginnen und Kollegen offiziell das machen lassen wird und anerkennen, was sie auch wirklich können. Diese Entwicklung zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten ist nicht mehr zu stoppen.“

Gemeinsame Interessen: Erster Politischer Sommerempfang der Thüringer Heilberufe



Thüringen wählt am 14. September den neuen Landtag. Der Politische Sommerempfang am 2. Juli bot den Vertretern der Heilberufe eine gute Gelegenheit, ihre Erwartungen für die neue Wahlperiode an die Gesundheitspolitik heranzutragen. Erstmals hatten die Thüringer Landeskammern der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, die OPK, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung gemeinsam Landesvertreter und Politiker eingeladen. Die OPK war mit sieben Teilnehmern vertreten.

Unter der Moderation von Egbert Maibach-Nagel, dem Chefredakteur des Deutschen Ärzteblatts, diskutierten auf dem Podium zunächst die Gesundheitspolitischen Sprecher der Landtagsfraktionen (CDU, SPD, Linke, Grüne, FDP) ihre Sicht auf die anstehenden Aufgaben. Über die Problemfelder gab es erstaunlich wenig Dissens. Dass für die Leistungserbringer Bürokratie abgebaut werden muss, dass die Gesundheitsversorgung auf dem Land in Gefahr ist, dass

der Nachwuchs in Heil- und Assistenzberufen der Förderung bedarf oder dass Ärzte und Psychotherapeuten, die aus anderen Ländern zu uns kommen, praxisnahen Deutsch-Prüfungen unterzogen werden sollen, fand kaum Widerspruch. Kontrovers diskutieren die Parteivertreter über die Wege zum Ziel. Während die Regierungsparteien beispielsweise die Erfolge bei der Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin in Thüringen betonten, beklagten Oppositionsvertreter den zu geringen Umfang der Fördersummen. Uneinigkeit bestand auch darüber, ob die Zahl der Studienplätze an der einzigen Thüringer Universität in Jena ausreicht, damit zukünftig genügend Ärzte und Apotheker für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

In einer zweiten Diskussionsrunde wurden die Vertreter der Heilberufe in die Diskussion einbezogen. Für die OPK nahm Dr. Gregor Peikert daran teil. Es wurde das ge-

meinsame politische Interesse zum Ausdruck gebracht, Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung zu stärken und die Bedingungen für die Arbeit in den Heilberufen als Grundlage einer guten Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Beim anschließenden Empfang boten sich den OPK-Vertretern Gelegenheiten zum Gespräch mit Politikern und Vertretern von Landesbehörden. Insgesamt hinterließ der Abend den Eindruck, dass ein gemeinsamer Dialog der Heilberufe mit der Landespolitik sinnvoll ist und fortgesetzt werden sollte.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
Homepage: www.opk-info.de
E-Mail: info@opk-info.de

Wie gründe ich eine private Praxis? LPK informiert ihre Mitglieder zur Existenzgründung



G. Borgmann-Schäfer leitet das Seminar.

Gerade die Approbationsurkunde ausgehändigt bekommen, hochmotiviert, das psychotherapeutische Wissen anzuwenden und damit auch Geld zu verdienen. Aber wie und was ist zu beachten bei einer Privatpraxisgründung?

Zur Beantwortung von solchen Fragezeichen im Kopf veranstaltet die LPK RLP mindestens einmal jährlich ein Existenzgründungsseminar. Dieses Jahr fand es im Mai mit knapp 50 Teilnehmenden in Mainz statt.

Im ersten Teil erläuterte das Vorstandsmitglied **Gisela Borgmann-Schäfer** die Rahmenbedingungen einer Privatpraxis. Stichworte sind hier: Finanzierung, Praxisräume, Firmierung, wichtige Institutionen und de-

ren Regelwerke, Kostenerstattung, Beihilfebehandlung, die richtigen Formulare, Vorgaben der Berufsordnung und des Patientenrechtgesetzes.

Den Nachmittag eröffnete **Thorsten Schwartz** vom Landesverband Mitte der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung mit seiner Darstellung des **Psychotherapeutenverfahrens der Gesetzlichen Unfallversicherungsträger**. Er berichtete über das bundeseinheitliche Modellverfahren zur frühzeitigen Erkennung psychischer Gesundheitsschäden und zur Verbesserung der Rehabilitationsergebnisse bei traumatisierten Menschen. Die Psychotherapeutischen Leistungen sind besser finanziert, sie beginnen schneller und sind kürzer.



50 Teilnehmende hören interessiert zu.

Zum Abschluss bietet **Wolfgang Steidl**, Steuerberater und Geschäftsführer der ADVIMED Koblenz, eine fundierte Einführung in das Steuerrecht für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Diese erbringen steuerrechtlich eine selbstständige Tätigkeit. Als wesentliche steuerliche Vorteile dieser Einkunftsart sind die Gewerbesteuerfreiheit und das Recht zur vereinfachten Buchführung und Gewinnermittlung zu benennen.

Das Besondere an dieser Veranstaltung ist jedes Mal, dass es zu einem interessanten Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmenden kommt und so viele Fragen gestellt werden, dass es bisher immer eine sehr lebendige Veranstaltung war.

Angestellte in der Kammer: LPK trifft leitende Psychotherapeuten

Etwa 85 angestellte rheinland-pfälzische Kammermitglieder sind in leitender Funktion in Kliniken, Reha-Einrichtungen, Beratungsstellen oder anderen Einrichtungen tätig. Die leitenden Psychotherapeuten stehen in ihrem beruflichen Kontext vor ähnlichen Herausforderungen und müssen sich mit ähnlichen Fragestellungen auseinandersetzen. Aus diesem Grund hat der Ausschuss für besondere Belange der angestellt tätigen Psychotherapeuten alle



Prof. Dr. Sebastian Murken und Dr. Birgit Albs-Fichtenberg

leitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am 8. Mai 2014 in das Sankt Franziska Stift nach Bad Kreuznach eingeladen. Etwa 25 psychotherapeutische Führungskräfte waren dieser Einladung unter Federführung von Dr. Birgit Albs-Fichtenberg, Prof. Dr. Sebastian Murken und Alfred Kappauf gefolgt. Die LPK verfolgt mit dieser Veranstaltung das Ziel, eine Vernetzung der Teilnehmenden untereinander zu fördern, einen Erfahrungs-

austausch zu ermöglichen und gemeinsame Aktionen auf den Weg zu bringen.

Dr. Tina Wessels von der Bundespsychotherapeutenkammer war extra aus Berlin angereist, um den Teilnehmenden die Ergebnisse der Angestelltenbefragung der BPTK vorzustellen. Der Vortrag wurde mit großem Interesse zur Kenntnis genommen und anschließend rege diskutiert.

Außerdem hielt Vorstandsmitglied PD Dr. Udo Porsch einen Vortrag über die Initiative Gesundheitswirtschaft des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie.



Dr. Tina Wessels von der BPTK

Insgesamt begrüßten die Teilnehmenden den Entschluss der Kammer, eine solche Veranstaltung speziell für leitende Psychotherapeuten in Einrichtungen durchzuführen und freuten sich über die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch und zur Vernet-

zung. In Zukunft, so der Wunsch der Teilnehmenden, solle die Veranstaltung einmal im Jahr immer in einer anderen Einrichtung stattfinden. Es bestand der Wunsch, bei der nächsten Veranstaltung Informationen über rechtliche Fragestellungen (Leitung, Haftung, Tarifsituation) zu erhalten. Die leitenden Psychotherapeuten in den Organigrammen der verschiedenen Institutionen sollten dargestellt werden. Gesprochen wurde auch über Probleme: Wenn altgediente leitende Psychotherapeuten in Rente gehen, wird ihre Stelle häufig durch Fachärzte ersetzt, da sie in Kliniken vielfältiger einsetzbar sind. Dies scheint ein immer drängenderes Problem zu werden. Hier soll gemeinsam nach Lösungen gesucht und Argumentationshilfen erstellt werden.

Wie geht's weiter mit der Weiterbildung? Akteure der psychotherapeutischen Weiterbildung beraten die zukünftige Ausrichtung

Unter der Leitung von Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke fand am 21. Mai 2014 eine Klausurtagung zur psychotherapeutischen Weiterbildung statt. Neben dem zuständigen Ausschuss waren die Vertreter der Weiterbildungsstätten, die Weiterbildungsbeauftragten und die Mitglieder der entsprechenden Prüfungsausschüsse eingeladen. Ziel der Veranstaltung war es, mit den Akteuren der psychotherapeutischen Weiterbildung Veränderungen und Weiterentwicklungen der Weiterbildungsordnung zu diskutieren – insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Frühjahr 2015 eine neue Weiterbildungsordnung beschlossen werden muss.

Dr. Benecke berichtete über das neue rheinland-pfälzische Heilberufsgesetz, das aller Voraussicht nach zum 1. Januar 2015

in Kraft tritt. Dort sind einige Neuerungen integriert, die auch Auswirkungen auf die Weiterbildung haben werden. Zum Beispiel werden die Kammern verpflichtet, ein Weiterbildungsregister zu führen. Darüber hinaus wurde über den Diskussionsstand bezüglich der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer berichtet.

Es ist notwendig, die Weiterbildungsordnung der LPK Rheinland-Pfalz zu überarbeiten, um die Neuerungen des Heilberufsgesetzes einzuarbeiten, aber auch um Schwierigkeiten, die bei der täglichen Anwendung deutlich geworden sind, zu beseitigen. Außerdem muss überdacht werden, wie eine Differenzierung der Weiterbildung in Bezug auf die beiden Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Ordnung fixiert werden kann. Die Teilnehmenden begrüßten die Durchführung der Weiterbildungsklausur – auch um sich gegenseitig auszutauschen. Gemeinsam stellte man fest, dass bei den Weiterbildungen im somatopsychotherapeutischen Bereich (Spezielle Schmerzpsychotherapie, Neuropsychologische Psychotherapie, Psychodiabetologie) eine gro-

ße Nachfrage vorhanden ist, wohingegen die Nachfrage bei den Weiterbildungen in Verfahren zurzeit nur gering ist. Man tauschte sich darüber aus, dass einzelne Sonderbedarfszulassungen aufgrund der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ und „Psychodiabetologie“ ausgesprochen wurden und dass eine Weiterbildung durch die Kammer Voraussetzung dafür werden wird, dass über die Berücksichtigung der Spezialisierung in OPS/PEPP mehr Geld an die Kliniken fließen kann. Die Teilnehmenden sind der Meinung, dass bereits in den Ausbildungsinstituten über die Weiterqualifizierung in Form der Kammerweiterbildungen informiert werden sollte. Aus Sicht und Erfahrung der Teilnehmenden hat die Weiterbildung für den Berufsstand große Vorteile.



Teilnehmende der Weiterbildungsklausur



Wie geht's weiter mit der Weiterbildung?

Aktiv für die Direktausbildung Im Gespräch mit dem Sozialpolitischen Ausschuss der CDU-Landtagsfraktion

Der Präsident, die Vizepräsidentin und die Geschäftsführerin der LPK haben sich im Mai 2014 mit den Mitgliedern des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie der CDU-Fraktion des rheinland-pfälzischen Landtags getroffen. Ziel des Gesprächs war es, den Vorsitzenden des Ausschusses, Dr. Peter Enders, und die CDU-Landtagsabgeordneten Hedi Thelen, Adolf Kessel, Michael Wäschenbach und Gabriele Wieland um Unterstützung bei gesundheits- und berufspolitischen Anliegen der Kammer auf Bundesebene zu bitten. In dem Gespräch ging es um die psychotherapeutische Versorgungssituation im ambulanten Bereich, vor allem bei Kindern und Jugendlichen. Die Kammervertreter erläuterten die Gründe und die Auswirkungen der psychotherapeutischen Unterversorgung, die auch in Rheinland-Pfalz zu Wartezeiten von mindestens sechs Wochen führen. In erheblichem Umfang müssen Patienten jedoch auch längere Wartezeiten in Kauf nehmen. Das Ergebnis der Besprechung: Sowohl die Kammer als auch die Sozialpolitiker wollen sich weiterhin dafür einsetzen, die Versorgungssituation in der Psychotherapie zu verbessern.

Thematisiert wurde auch die Positionierung der Landespsychotherapeutenkammer

Rheinland-Pfalz für die Direktausbildung. Alfred Kappauf und Dr. Andrea Benecke machten deutlich, dass mit dem Bologna-Prozess die definierten Zugänge zur Psychotherapeutenausbildung in Deutschland obsolet sind. Da es keine Rahmenprüfungsordnung mehr gibt, differenzieren sich die Studiengänge aus und es stellt sich die Frage, welche Anforderungen nun gestellt werden sollen. Dies wird von den Ländern unterschiedlich gehandhabt. Der unregelmäßige Zugang zur Psychotherapeutenausbildung ist für Studierende, Landesprüfungsämter und Ausbildungsinstitute aus Sicht der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz nicht länger hinnehmbar.

Während der Ausbildung müssen zwei Praktika von insgesamt 1,5 Jahren absolviert werden. Aufgrund des rechtlichen Status werden diese Tätigkeiten uneinheitlich honoriert, oft arbeiten die Diplom-/Master-Psychologen und (Sozial-)Pädagogen unentgeltlich oder für ein geringes Honorar. Die Ausbildungsbedingungen sind prekär.

Psychotherapeuten in Ausbildung, Ausbildungsstätten und Psychotherapeutentag fordern seit Langem eine angemessene Bezahlung der Leistungen der Hochschulabsolventen.

Die Vertreterversammlung der Psychotherapeuten forderte schon im letzten Jahr eine Ausbildungsreform, welche diese beiden zentralen Probleme löst. Bei einer strukturellen Angleichung der Psychotherapeutenausbildung an die des Medizinstudiums wäre dies am nachhaltigsten geregelt:

Ein Studium der Psychotherapie hätte als Zugangsbedingung das Abitur und ggf. Eignungsprüfungen. Das Studium endet mit Master bzw. Staatsexamen und mündet dann in eine Weiterbildung, während der die Fachkunde in Psychotherapieverfahren und in Schwerpunkten (Erwachsene – Kinder und Jugendliche) erreicht wird. Damit wäre auch die verwirrende und erschwere Sonderstellung im Bereich der akademischen Heilberufe obsolet, die z. B. in Gesetzestexten immer wieder berücksichtigt werden muss.

Die Sozialpolitiker der CDU-Landtagsfraktion diskutierten intensiv mit den Kammervertretern. Sie waren dankbar, von der Kammer über die prekären Ausbildungsbedingungen der zukünftigen Psychotherapeuten informiert zu werden. Sie sicherten zu, das Anliegen in Gesprächen mit Gesundheitspolitikern auf Bundesebene einzubringen.

Parlamentarischer Abend der Landeszentrale für Gesundheitsförderung



LPK-Vorstand und Ministerpräsidentin

Gemeinsam mit den anderen Mitgliedsverbänden der Landeszentrale für Gesundheitsförderung präsentierte sich die LPK RLP auf dem Parlamentarischen Abend im rheinland-pfälzischen Landtag.

Am 14. Mai 2014 feierte die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz

ihren 40. Geburtstag und nahm diesen runden Geburtstag zum Anlass, alle Akteure der rheinland-pfälzischen Gesundheitspolitik und der gesundheitlichen Versorgung zu einem Parlamentarischen Abend einzuladen. Auch die LPK folgte der Einladung und präsentierte sich und die Arbeit der Kammer ebenso wie die gesundheits- und berufspolitischen Belange der Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz. Die LPK hatte einen Informationsstand organisiert, voll beladen mit interessanten Materialien zur Arbeit der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Wichtig war es deutlich zu machen, welche große Bedeutung die Psychotherapeuten für Gesunderhaltung der Menschen in Rheinland-Pfalz haben.



Stress-Carrera-Bahn in Aktion

Auf besonders großes Interesse bei den Teilnehmern stieß die Stress-Carrera-Rennbahn, die am LPK-Stand ausprobiert werden konnte. Das LPK-Mitglied Dr. Nadine Schuster hatte die Bahn organisiert, die mit der Biofeedback-Methode Stress erlebbar macht.

Am Rande der Veranstaltung konnte der LPK-Vorstand wichtige gesundheitspolitische Gespräche mit Ministerpräsidentin

Malu Dreyer, mit Gesundheitsminister Alexander Schweitzer und mit hochrangigen

Vertretern der rheinland-pfälzischen Krankenkassen führen.

Veranstaltungen der Kammer

Weitere Informationen zu den Veranstaltungen und die jeweiligen Anmeldeformulare finden Sie auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de unter der Rubrik News/Termine.

27.09.2014, 14:00 – 18:00 Uhr Fachtagung und Herbstfest „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen“

Programm

Begrüßung Alfred Kappauf

Grußwort Ministerin Irene Alt, Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugendliche und Frauen

- Aktueller Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland (Dr. Mike Mösko, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie)
- Psychische Konflikte und Behandlung jugendlicher zwischen zwei Kulturen (Mahrokh Charlier, Psychoanalytikerin (IPA/DPV/FPI), Frankfurt)
- Brauchen wir Spezialstationen für Migranten? (Dr. Ibrahim Özkan, Leitender Psychologe Asklepios Fachklinikum Göttingen)
- Psychotherapie mit Hilfe von Dolmetschern (Prof. Cinur Ghaderi, Evangelische Fachhochschule Bochum RWL, Fachbereich Soziale Arbeit/Psychologie)

Start Herbstfest

Veranstaltungsort: Alte Mensa der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Johann-Joachim-Becher-Weg 3-9, 55122 Mainz.



15.11.2014, 11:00 – 16:30 Uhr „Abgabe und Übernahme von Psychotherapeutischen Praxen“

Programm

Einführung und Begrüßung Gisela Borgmann-Schäfer, Vorstandsmitglied LPK RLP

- Die Abgabe und Übernahme von Psychotherapeutischen Praxen (Olaf Diederichs, Leiter Abt. Sicherstellung KV RLP)
- Steuerrechtliche Grundlagen rund um die Abgabe und Übernahme von Psychotherapeutischen Praxen (Wolfgang Steidl, Steuerberater)

Veranstaltungsort: LPK RLP, Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30, 55130 Mainz.

27.11.2014, 9:30 – 16:30 Uhr „Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen“

Die LPK RLP veranstaltet am 27.11.2014 von 9.30 bis 16.30 Uhr in der Falkensteinkaserne in Koblenz eine Fortbildung zum Thema „Soldatinnen und Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen“. Die Veranstaltung ist kostenlos und findet in Kooperation mit der PTK des Saarlands, mit der PTK Nordrhein-Westfalen und mit der Bundeswehr statt. Die Fortbildung in Koblenz ist ein Angebot an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich insbesondere über die spezifischen Aspekte der Behandlung von Soldaten informieren wollen. Die Veranstaltung ist mit acht Fortbildungspunkten zertifiziert. Bitte beachten Sie, dass der Anmeldeschluss für diese Veranstaltung der 31.10.2014 ist.



Auch Soldaten brauchen Psychotherapie.

Programm

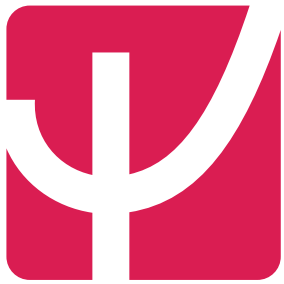
- Organisation der Bundeswehr/Besonderheiten des Soldatenberufes
- Aktuelle Einsatzgebiete, Einsatzsituationen, Truppenpsychologen im Einsatz
- Maßnahmen zu Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness bei Soldaten
- Psychosoziale Unterstützung (PSU) – Psychosoziales Netzwerk (PSN)
- Psychologische Psychotherapeuten in der Bundeswehr
- Heilbehandlung für die Bundeswehr

Veranstaltungsort: Falkensteinkaserne, Von-Kuhl-Str. 50, 56070 Koblenz.

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Gisela Borgmann-Schäfer, Dr. Andrea Benecke, Alfred Kappauf, Petra Regelin 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

VV beschließt über Anpassung der Berufsordnung an das Patientenrechtgesetz

Nachdem die Muster-Berufsordnung der BPTK beim 23. und 24. DPT entsprechend den Vorgaben des Patientenrechtgesetzes geändert wurde, beantragte der Vorstand der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes die Anpassung der saarländischen Berufsordnung an die Muster-Berufsordnung.

Bereits in der 2. Vertreterversammlung am 28.04.2014 hatte die VV Änderungen, die sich aus der EU-Richtlinie zur Auskunftspflicht über die Haftpflichtversicherung von

PsychotherapeutInnen ergaben, beschlossen. Diese waren mit Schreiben vom 19.05.2014 von der Aufsichtsbehörde, dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes, genehmigt worden.

Auch hatten sich die Vertreter in ihrer Sitzung im April 2014 im Hinblick auf die Änderungen der Einsichtsrechte in die Behandlungsdokumentation auf eine differenzierte Haltung verständigt, die in besonderen Fällen die Persönlichkeitsrechte

der PsychotherapeutInnen berücksichtigen. Der 24. DPT hat sich mit großer Mehrheit für eine Änderung des § 11 Einsichtsrechte in die Behandlungsdokumentation entschieden, die diesem Anliegen Rechnung tragen.

Das Ministerium hat alle weiteren Änderungen der Berufsordnung genehmigt, die mit der Veröffentlichung im FORUM Nr. 54, dem Mitteilungsorgan der PKS, gültig wurden.

Jobsharing – Optimale Chancen für Berufseinsteiger und Instrument zur Verbesserung der therapeutischen Versorgung?

Jobsharing – Rahmenbedingungen und Erfahrungen

Zwar gingen wir davon aus, dass sich sicherlich viele Kammermitglieder für das Thema Jobsharing als Modell einer Berufsausübungsgemeinschaft interessieren – dennoch waren wir überrascht, dass mehr als 90 saarländische PP, KJP und PiA der Einladung der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes zur Veranstaltung „Jobsharing – Rahmenbedingungen und Erfahrungen“ am 25. Juni 2014 gefolgt waren.

Die Stühle im großen Vortragssaal der KVS reichten gerade aus, sodass niemand stehen musste, und die Referenten auf dem Podium sahen sich einem ebenso aufmerksamen wie auch kritischen und zum großen Teil gut informierten Publikum gegenüber.

Die Vizepräsidentin der PKS Inge Neiser eröffnete die Veranstaltung mit der Begrü-

ßung der Teilnehmer und der Referenten der KVS Dr. med. Gunter Hauptmann, Vorsitzender des Vorstands, Bernd Feit, Leiter der Abteilung Sicherstellung, und Rainer Warken, Leiter der Abrechnungsabteilung, sowie Michael Antes, Kammermitglied und Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie bei der KVS.

Jobsharing als Möglichkeit der beruflichen Verwirklichung

In seinem einführenden Vortrag berichtete der Vorstandsvorsitzende der KVS, Dr. med. Gunter Hauptmann, von seinen Erfahrungen mit Jobsharing als Arzt in seiner Praxis. „Jobsharing ist kein Wundermittel“, so Hauptmann, und löse auch nicht die Wartezeitenproblematik – es biete aber unter Umständen eine sehr gute Möglichkeit der beruflichen Verwirklichung.

Als großen Vorteil sieht Hauptmann, dass ein Arzt oder Psychotherapeut mit Kassensitz einen Partner aufnehmen oder einen

Angestellten beschäftigen kann, ohne dass ein (hälftiger) Sitz abgegeben werden muss. Zwar werde eine Leistungsobergrenze festgelegt, die aber nach der saarländischen Praxis nicht für die extrabudgetären Leistungen gelte; zu den extrabudgetären Leistungen gehören probatorische Sitzungen und die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen.



Gunter Hauptmann

Rechtliche Grundlagen und Voraussetzungen

Bernd Feit, Leiter der Abteilung Sicherstellung der KVS, erläuterte den interessierten Zuhörern die rechtlichen Grundlagen für die Antragstellung auf Zulassung bzw. auf Anstellung im Jobsharing, die Beendigung der beschränkten Zulassung, die Voraussetzung für die Zulassung, die Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens und schließlich die Anstellungsveraussetzungen.

Anhand der bedarfsplanerischen Situation im Saarland zeigte Feit, wie ein Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen erfahren kann; so liegt der rechnerische Versorgungsgrad im Stadtgebiet Saarbrücken beispielsweise bei knapp 147% (der vollständige Bedarfsplan kann auf der Homepage der KVS eingesehen werden).

Grundsätzlich gibt es „zwei große Welten“, führte Feit aus, in denen man im Rahmen von Jobsharing tätig sein kann: zum einen mit einer auf die Dauer der gemeinsamen Tätigkeit beschränkten Zulassung in einer Gemeinschaftspraxis, die sich nach zehn Jahren in eine eigenständige Zulassung umwandelt; zum anderen in einem Angestelltenverhältnis, das vorab von der KVS genehmigt wurde.

Feit beendete seine Ausführungen mit einem Einblick in die Zahlen im Bezirk der KVS: Hier wird aktuell Jobsharing nur von 18 PP oder KJP praktiziert – davon fünf im Anstellungsverhältnis und 13 mit geteilter Zulassung.



Zur Berechnung und Prüfung der Leistungsobergrenzen

Die nun folgenden detaillierten und – trotz der Komplexität – gut verständlichen Ausführungen von Rainer Warken, Leiter der Abrechnungsabteilung, zu Berechnung und Prüfung der Leistungsobergrenzen im ersten wie auch im zweiten Abrechnungsjahr erforderten noch einmal die volle Konzentration der Zuhörer: Warken beschränkte sich nicht darauf, die Grundlagen zu erklären, sondern er demonstrierte das Verfahren an konkreten Beispielzahlen. Er machte nochmals deutlich, dass nach Beschluss des Vorstandes der KVS nur die Leistungen und Kostenpauschalen in die Leistungsobergrenze einbezogen werden, die nicht Leistungen der extrabudgetären Gesamtvergütung sind.

Auch nach einer guten Stunde „harter Kost“ an Fakten, Zahlen und Zusammenhängen zum Thema Jobsharing war die Aufmerksamkeit der knapp 100 Kammermitglieder und PiAs ungeteilt; mit einer kurzen Zusammenfassung leitete Hauptmann in die angekündigte Diskussionsrunde über – nicht ohne vorher nochmals ausdrücklich alle Anwesenden zu ermuntern, sich direkt an die Berater der KVS zu wenden und individuelle Termine zu ver-

einbaren, wenn die Gründung einer Praxisgemeinschaft oder einer Anstellung im Jobsharing geplant ist.

Die Rechtsgrundlagen der saarländischen Praxis, wonach die Leistungsobergrenze nicht für die extrabudgetären Leistungen gilt, standen im Zentrum der kritischen Fragestellungen; ferner wurden konkrete Informationen eingeholt über Musterverträge für Jobsharing, über die Möglichkeit der Eröffnung von Zweigstellen einer Praxis oder über die Möglichkeit, in einer KJP-Praxis einen PP als Jobsharer anzustellen.

Der Präsident der PKS, Bernhard Morsch, bedankte sich bei Herrn Dr. Hauptmann für den offenen Umgang mit den Fakten sowie sein Angebot, sich direkt mit der KVS bei Fragen zum Jobsharing in Verbindung zu setzen. Nachdem die Psychotherapeuten ohne Erfolg für mehr Sitze zur Versorgung psychisch Kranker gekämpft hätten, sehe er in der Möglichkeit des Jobsharings im Rahmen der gesetzlichen Änderungen (extrabudgetäre Vergütung) eine echte Verbesserung der Versorgungssituation. Morsch dankte den Referenten für die inhaltsreichen Ausführungen und bei den Teilnehmern für das Interesse und die Geduld und beendete den offiziellen Teil der Veranstaltung.



Rainer Warken, Bernd Feit

Informationsveranstaltung zu Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis und bei KV-SafeNet

Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis und bei KV-SafeNet, gesetzliche Grundlagen, Umsetzung und Besonderheiten: Zu diesem Themenkomplex, auch im Hinblick auf das neu eingeführte KV-SafeNet, referierten am 16.04.2014 Dr. Jana Harwart, Datenschutzbeauftragte der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes (KVS), und Patrick Balfie, Referatsleiter Systemintegration der KVS, über den Umgang mit Datenverwaltung, Datenarchivierung und Datenweitergabe von Patienteninformationen, Regelungen und Ausnahmebestimmungen von Schweigepflicht sowie technische Voraussetzungen zum Datenschutz bei KV-SafeNet.

Allgemeine gesetzliche Grundlagen des Datenschutzes

Dr. Harwart stellte zunächst die allgemeinen gesetzlichen Grundlagen des Datenschutzes und deren Umsetzung in einer Arztpraxis dar. Spezielle Anforderungen bei der Einhaltung

des Datenschutzes in einer psychotherapeutischen Praxis wurden in der anschließenden regen Diskussion von der Referentin erklärt.

Hierzu nur einige Beispiele: Patientenakten sind zehn Jahre nach Abschluss einer Psychotherapie zu archivieren, bei eingescannten, handschriftlichen erstellten Patientenakten sind die Originaldaten ebenfalls aufzubewahren. Werden Daten ausschließlich elektronisch archiviert, gilt das Signaturgesetz, die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dazu einen Leitfaden erstellt, der im Internet abgerufen werden kann. Bei Interventionsgruppen sind die Bestimmungen dem Datenschutz durch die Anonymisierung von Patientendaten (Name, Adresse usw.) einzuhalten.

Technische Voraussetzungen zum KV-SafeNet

Balfie erläuterte in seinem Beitrag die technischen Voraussetzungen zum KV-Sa-

feNet und klärte weitere spezielle Fragen im Hinblick auf den Datenschutz in diesem neuen System. So wird z. B. der Mindestschutz vom SafeNet Provider übernommen, wenn der Internetzugang ausschließlich über den KV-Router läuft. Internetzugänge über weitere Router müssen allerdings seitens der Praxis geschützt werden.

Seitens der Teilnehmer wurde angeregt, einen Anforderungskatalog zu der Umsetzung und den Anwendungsmöglichkeiten des KV-SafeNet zu erstellen.

Derzeit ist KV-SafeNet für die psychotherapeutische Praxis lediglich als Abrechnungssystem anwendbar, die Nutzung von weiteren Dienstleistungen wie elektronische Arztbriefe, Entlassungsberichte etc. sind im Aufbau.

Neue Broschüre „Sexualisierte Gewalt in den Medien“



Im Mai dieses Jahres ist die Broschüre „Sexualisierte Gewalt in den Medien – Anregungen zur Berichterstattung über Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ erschienen. An ihrer Erstellung war der Frauennotruf Saarland, der Caritasverband Saarbrücken e. V. und die Beratungsstelle Phönix der Arbeiterwohlfahrt Saarland e. V. beteiligt.

Die mediale Berichterstattung über Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung ist eine äußerst verantwortungsvolle Aufgabe, da sie die Meinungsbildung prägt und massive Auswirkungen auf die Opfer haben kann. Den Herausgebern dieser Broschüre, die durch finanzielle Mittel des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie gefördert wurde, ist es ein wichtiges Anliegen, die Medienberichterstattung im Hinblick auf die Opfer zu sensibilisieren.

Der Flyer lädt Journalisten zu einem selbstkritischen Reflexionsprozess ein. Ziel ist es, eine sensible und auf Grenzen achtende Haltung in der medialen Berichterstattung durchzusetzen. So werden in dem Flyer verschiedene Mythen benannt, die häufig in der Be-

richterstattung auftauchen. Die Schutzrechte der Verfahrensbeteiligten sowie von Kindern und Jugendlichen als Betroffene werden ausführlich noch einmal betont.

Der Flyer ist zu beziehen über Udo Weber, Leiter der Beratungsstelle „Phoenix – Beratung gegen sexuelle Ausbeutung von Jungen SPN Arbeiterwohlfahrt Saarland e. V.“ und ist auch als PDF-Datei erhältlich (www.awo-saarland.de).

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Irgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maika Paritong und Michael Schwindling.

Geschäftsstelle

Scheiderstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681 / 95455 56
Fax 0681 / 95455 58
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Information ist die Basis für die richtige Entscheidung! Eine lebendige Psychotherapeutenkammer lebt von ihren aktiven Mitgliedern: Sie können als Beauftragte für ein spezielles Thema Ansprechpartner für die Kammer sein, in einem Ausschuss Entscheidungen vorbereiten oder in der Kammerversammlung die Politik der Kammer mitgestalten. In weniger als einem Jahr wählen Sie die Kammerversammlung: Wenn Sie also mitmachen wollen, informieren Sie sich im folgenden Beitrag über die neuen Wahlregelungen.

Aktivität und eine gewisse Kreativität waren auch von den Kolleginnen und Kollegen gefordert, die sich auf eine der begehrten neu geschaffenen Kassenzulassungen bewarben. So zumindest entwickelte sich der Eindruck bei denjenigen, die leer ausgingen. Sie hatten viele Fragen, denen die Kammer nachgegangen ist. Der Versuch von Antworten ist auf den nachfolgenden Seiten zu lesen.

Informative Lektüre wünscht

*Juliane Dürkop
Präsidentin*

Kammerwahl 2015 – Ein Aufruf – Ein neues Wahlrecht

In zehn Monaten ist es wieder soweit. Seit Bestehen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein haben Sie dann zum vierten Mal die Gelegenheit, durch Ihre Teilnahme an der Wahl zur Kammerversammlung Einfluss zu nehmen. Sie bestimmen, welche KollegInnen in den darauf folgenden Jahren die Geschicke der Kammer und ihre Politik gestalten dürfen. Diesmal wird für fünf Jahre gewählt. Das ist neu, denn bisher erstreckte sich eine Wahlperiode über vier Jahre.

Notwendige Reform

Neu ist auch das Wahlrecht, das für die kommende Wahl gelten wird. Das alte Wahlrecht legte fest, dass sich nur einzelne Personen zur Wahl stellten. Faktisch war es aber – von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen – so, dass sich die einzelnen KandidatInnen zu Gruppierungen zusammenschlossen. Da das alte Wahlrecht offiziell aber keine Gruppierungen „kannte“, orientierte sich die Sitzverteilung in der Kammerversammlung nicht am Stimmenanteil der einzelnen Gruppierungen, sondern ausschließlich am Stimmenanteil der einzelnen Personen. So wäre es nach dem bisherigen Wahlrecht durchaus möglich

gewesen, dass die Personen einer Gruppierung A jeweils fast genauso viele Stimmen erhalten wie die der Gruppierung B, die Personen der Gruppierung A bei der Sitzverteilung aber leer ausgingen. Beide Interessengruppen lägen nach Wählervotum sehr nah beieinander, aber nur die eine profitiert von diesem Wahlmodus.

Eine deutliche Mehrheit in der Kammerversammlung wollte hier eine Änderung des Wahlrechtes und so brachte die Kammer bei der letzten Novellierung des Heilberufekammergesetzes den Wunsch ein, auch für die Psychotherapeutenkammer das sonst übliche Verhältniswahlrecht einzuführen. Durch das Verhältniswahlrecht wäre gewährleistet, dass sich die Sitzverteilung in der Kammerversammlung am Stimmenanteil orientiert, den die antretenden Gruppierungen in der Wählerschaft erzielen. Der Landtag stimmte schließlich dem Anliegen der Psychotherapeutenkammer zu und änderte das Heilberufekammergesetz entsprechend.

Die genaue Ausgestaltung des neuen Wahlrechtes ist noch nicht endgültig geklärt. Hierzu muss die Aufsichtsbehörde noch die Wahlverordnung ändern. Die

Kammerversammlung hatte dabei die Möglichkeit, eigene Vorstellungen mit einzubringen und machte davon auch Gebrauch. Diese Vorstellungen wurden mit der Aufsichtsbehörde mündlich bereits vorabgestimmt und wir gehen davon aus, dass sich die nachfolgenden Informationen so auch in der neuen Wahlverordnung wiederfinden werden. Wir möchten Sie aber bereits jetzt über die neue Wahlverordnung informieren, da sich an der Kandidatur interessierte KollegInnen wahrscheinlich schon im Herbst mit der anstehenden Wahl beschäftigen möchten, während der Erlass der neuen Wahlverordnung möglicherweise aber erst zum Jahresende hin erfolgt.

Die Kammerversammlung hat sich bei ihren Vorschlägen von dem Gedanken leiten lassen, die Wahlverordnung nur soweit zu ändern, wie es die Einführung des Verhältniswahlrechtes erfordert, und soweit wie möglich die Vorteile des alten Wahlrechtes beizubehalten.

Was bedeutet nun das neue Wahlrecht für die Kammermitglieder in Schleswig-Holstein?

Neue Stimmzettel

Für die WählerInnen ändert sich relativ wenig. Anders wird die Präsentation der KandidatInnen auf dem Stimmzettel sein. Bisher wurden Ihnen alle KandidatInnen in einer ausgelosten Reihenfolge präsentiert, ohne dass auf dem Stimmzettel erkennbar war, welcher Gruppierung die KandidatInnen angehörten. Zukünftig werden die KandidatInnen auf dem Wahlzettel nach Listen (= Wahlvorschläge) gruppiert sein, d. h., Sie können auf einen Blick erkennen, welche KandidatInnen welcher Gruppierung angehören.

Wie bisher wählen Sie einzelne Personen, was auch bedeutet, dass Sie Ihre Stimme nicht einer Liste als Ganzes geben können. Und wie bisher werden Sie genauso viele Stimmen haben, wie Sitze für Ihre Berufsgruppe (PP oder KJP) zu vergeben sind. Sie können auch wie bisher alle Personen wählen, die auf dem Stimmzettel stehen und sind bei Ihrer Stimmvergabe nicht an die KandidatInnen nur einer Liste gebunden. Das heißt Panaschieren. Neu ist, dass Sie Ihre Stimmen auch kumulieren können, d. h. einer Person mehr als eine Stimme geben dürfen (bis zu allen Stimmen).

Die Stimmen der WählerInnen entscheiden somit über zwei Dinge. Zum einen entscheiden sie über den Stimmenanteil, den jede Liste in der Wählerschaft hat. Danach richtet sich dann auch die Anzahl der Sitze, die diese Liste dann in der Kammerversammlung erhält. Die Wählerstimmen entscheiden zudem darüber, welche KandidatInnen von den jeweiligen Listen diese Sitze dann einnehmen werden. Denn die Reihenfolge auf den einzelnen Listen wird

durch die Stimmenanteile der einzelnen KandidatInnen der jeweiligen Listen festgelegt. Mit Ihren Stimmen haben Sie jetzt bessere Gestaltungsmöglichkeiten. Sie können sich an von Ihnen favorisierten Schwerpunktthemen der Listen orientieren und Sie können auch einzelne KandidatInnen gezielt fördern.

Kandidieren und die Selbstverwaltung stärken

Aber keine demokratische Wahl ohne eine ausreichende Anzahl von KandidatInnen. Der Vorstand der PKS-H möchte Sie jetzt schon bitten, zu prüfen, ob Sie nicht auch von Ihrem passiven Wahlrecht Gebrauch machen wollen. Bei der letzten Kammerwahl 2011 gab es statistisch nicht einmal doppelt so viele KandidatInnen, wie Sitze zu vergeben waren. Zudem war die Kandidatenanzahl im Vergleich zu den Wahlen davor leicht rückläufig. Spätestens, wenn es nur noch genauso viele KandidatInnen geben sollte, wie es Sitze zu vergeben gibt, braucht es eigentlich auch keine Wahlen mehr. Die würden dann nur noch viel Geld kosten, ohne dass die WählerInnen tatsächlich eine Auswahl treffen könnten. Sorgen Sie mit Ihrer Kandidatur mit dafür, dass die PKS-H ein lebendiges und demokratisches Gremium bleibt.

Sollten Sie sich wählen lassen wollen, müssten Sie sich entweder einer bestehenden Gruppierung anschließen oder eine eigene Liste eröffnen. Leider sah das Sozialministerium in Schleswig-Holstein keine Möglichkeit, in die Wahlverordnung hineinzuschreiben, dass eine Liste auch aus einer Person bestehen kann. Diesem Wunsch der Kammerversammlung dürfte

also nicht entsprochen werden. Grund hierfür sind Bestimmungen, wonach sich in Wahllisten der Geschlechterproporz in der Wählerschaft abbilden muss. Es liegt auf der Hand, dass eine Person das schlecht gewährleisten kann. Damit ist in der Wahlverordnung mit einer Bestimmung zu rechnen, die besagt, dass eine Liste aus mindestens drei Personen bestehen muss, von denen zwei weiblich und eine männlich sein müssen. Schließen sich hingegen mehr als drei Personen zusammen, ist die weitere Geschlechterverteilung wiederum unerheblich.

Da es bei bisherigen Kammerwahlen auch EinzelkandidatInnen möglich war, sich für einen Kammerstuhl zu bewerben, stellt die Notwendigkeit, sich zu Listen zusammenzufinden, sicher einen Wermutstropfen im neuen Wahlrecht dar. Der Vorstand prüft derzeit, inwieweit die Geschäftsstelle der PKS-H für interessierte EinzelkandidatInnen eine Plattform zur Verfügung stellen kann, um EinzelkandidatInnen zusammenzuführen und die Bildung von Listen zu unterstützen.

Die neue Wahlverordnung wird auch die genaue Terminierung des Wahlablaufs mit allen relevanten Fristen enthalten. Wir gehen davon aus, dass Sie wie bisher bis Mitte April des Wahljahres die offizielle Wahlauschreibung mit allen für die Wahl relevanten Informationen erhalten werden. Wer Mitstreiter sucht, sollte vielleicht schon bald mit der Suche beginnen. Die Selbstverwaltung unseres Berufsstandes braucht eine lebendige und selbstbewusste Kammerversammlung.

*Bernhard Schäfer
Vizepräsident*

Neue Kassensitze für Schleswig-Holstein

Nach Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) könnte Schleswig-Holstein nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom Dezember 2012 mit 44 der bundesweit 1.300 in Aussicht gestellten Vertragsitze für PsychotherapeutInnen rechnen. Davon profitieren vorwiegend die dünner besiedelten Regionen im Randbereich unseres Landes. Seit dieser Beschlussfassung

sind 20 Monate vergangen und schätzungsweise ist erst die Hälfte der Sitze vergeben. Warum dauert das so lange?

24,5 neue Kassensitze zum Ersten...

Am 27.11.2013 tagte der Zulassungsausschuss ein erstes Mal zur Vergabe der Neuzulassungen. Es wurden nicht sofort alle neuen Kassensitze angeboten, sondern

der Zulassungsausschuss will sich dem Zielwert in mehreren Verteilungsrunden nähern, damit die KJP- und die Mediziner-Quote in den jeweiligen Zulassungsbezirken immer wieder nachjustiert werden kann. Die nächste Vergabesitzung ist für Ende August vorgesehen. Der Andrang auf die 24,5 ausgeschriebenen Sitze 2013 war groß. Der Zulassungsausschuss musste eine Auswahl treffen und eine Mehrheit von

BewerberInnen ging leer aus. Viele (abgelehnte) Kammermitglieder wendeten sich im Anschluss an die Geschäftsstelle der PKSH, da sie die Entscheidungskriterien und das Auswahlprozedere des Zulassungsausschusses nicht verstanden oder als willkürlich empfanden.

Der Kammervorstand hat daher den Zulassungsausschuss angeschrieben und 22 Fragen zu den Auswahlkriterien, der Informierung der BewerberInnen, der Sinnhaftigkeit von Praxisadressen usw. gestellt. Die Antwort der Leiterin der Zulassungsabteilung in der Kassenärztlichen Vereinigung SH geht nicht auf alle Fragen detailliert ein. Wir erhielten jedoch als Beispiel den anonymisierten Beschluss zur Vergabe der zunächst fünf neuen Vertragsarztsitze für Psychotherapie im Zulassungsbezirk Ostholstein. Das Vorgehen bei der Entscheidungsfindung wird hier sehr ausführlich auf 15 Seiten dargestellt. Demnach unterscheidet sich die Priorität der Entscheidungskriterien bei dieser Neuvergabe von Kassensitzen deutlich von jener bei Nachbesetzung von veräußerten Kassensitzen. Die Chance auf Zuteilung einer der begehrten Sitze war 1:9. In Ostholstein gab es 51 Zulassungsanträge von 44 BewerberInnen und es erhielten schließlich fünf KollegInnen ihre Zulassung.

Wie ging der Ausschuss bei der Zuteilung vor?

Da die meisten Bewerber über 60 Monate klinische Erfahrung verfügten (= Cut Off) und niemand spezielle Herausstellungsmerkmale wie z. B. Barrierefreiheit ins argumentative Feld führte, beschloss der Zulassungsausschuss, das Kriterium der räumlichen Wahl des Praxissitzes an erste Stelle zu setzen. Laut Zulassungsabteilung habe man vorher keine Ortspräferenzen beschlossen, sondern abgewartet, was die Bewerber anboten. Danach hätte man sich in der Sitzung nach Aktenlage, dem Studium geografischer Karten, der Berücksichtigung der vorhandenen Kassenpsychotherapiepraxen und deren Fallzahlen für die Orte Scharbeutz, Heiligenhafen, Neustadt, Ahrensböök und Fehmarn entschieden. Glück hatte, wer diese Orte in seinem Antrag als zukünftige Praxisadresse angegeben hatte und zudem am längsten

auf der Warteliste der KV stand. Dies wird im Protokoll genau beschrieben und soll den abgelehnten BewerberInnen auch genauso mitgeteilt worden sein. Das Prozedere scheint nachvollziehbar. Deutlich wird aber auch, dass mehrere BewerberInnen über die Information verfügten, dass man seine Chancen deutlich erhöhte, wenn man mehrere Anträge gleichzeitig stellte (und bezahlte!) und die zukünftigen Praxisadressen nach ähnlichen Erwägungen zusammenstellte, die den Ausschuss schließlich bei der Auswahl leiteten. Noch unklar ist, wie man an diese Information gelangte. Mussten bei der Zulassungsabteilung nur die richtigen Fragen gestellt werden? Waren einige BewerberInnen nur erfahrener oder findiger als andere? Wer wusste, dass Praxisadressen nicht wirklich geprüft werden, sodass die Angabe mehrerer fiktiver Adressen unschädlich ist? Wem war klar, dass man vor dem Zulassungsausschuss nur überflüssige Anträge zurückziehen muss, um denjenigen, der ins Ideal des Ausschusses passt, bestehen zu lassen? Wer wusste, dass man in der mündlichen Verhandlung vor dem Ausschuss nicht passend nachsteuern kann? Kennerwissen war also gefragt und wird auch bei den nächsten Vergabesitzungen gefragt sein. Die Zulassungsabteilung der KVSH soll beraten und wird das auch tun. Zukünftigen BewerberInnen kann nur empfohlen werden, sich zuvor über ihre Fragen genaue Gedanken zu machen.

Chancengleichheit und Transparenz ist notwendig

Die PKSH würde sich im Sinne der Chancengleichheit ihrer Mitglieder ein transparenteres Verfahren wünschen. Die Hervorhebung des Kriteriums der räumlichen Wahl des Praxissitzes wurde u. E. nicht kommuniziert. Es reicht nicht, sich auf die Argumentation zurückzuziehen, dass man ja hätte fragen können. Wer sich aus alter Erfahrung an Nachbesetzungsverfahren orientierte, kam so automatisch auf ein falsches Gleis. Die Frage, ob BewerberInnen auch strategische Hilfe von den BeraterInnen der KVSH erhielten hinsichtlich der Ortswahl oder der Möglichkeit paralleler Anträge, wird nicht klar beantwortet. Das hänge vom befragten Mitarbeiter ab und von der Fragestellung der InteressentIn-

nen. In einem anderen Zulassungsbezirk als Ostholstein wurde das Kriterium der Patientenbindung offenbar divergierend eingesetzt. Dies hat der Berufungsausschuss nachträglich im Mai korrigiert.

Unbefriedigend ist weiterhin die Dauer des Verfahrens. Ein Vergabetermin pro Jahr, über drei Monate bis zur rechtskräftigen Bescheidung, fast sechs Monate bis zum Berufungsverfahren nach Widerspruch. Angesichts der Dringlichkeit wegen der bekannten Versorgungsproblematik im Land sind diese Zeiten, auch unter Berücksichtigung des hohen Bewerberaufkommens, schwer verständlich. Vorschläge wie die Fassung von Vorratsbeschlüssen zu Bewerberlisten mit Nachrückern bei Rücktritten oder der offenen Verhandlung von Niederlassungsorten im Ausschuss werden mit verwaltungsrechtlichen Argumenten verworfen. So bestünde z. B. die bizarre Möglichkeit, dass ein Bewerber sowohl einen Kassensitz in einem Zulassungsbezirk abgäbe und mehrere Neuzulassungen in anderen Zulassungsbezirken zugesprochen bekäme, wenn seine Angebote mit den Kriterien des Ausschusses harmonierten. In diesem Szenario, welches teilweise Realität wurde, würden gleich mehrere alte und zukünftige Kassensitze für viele Monate vakant bleiben.

... und 13,5 Kassensitze zum Zweiten. Und neue Gefahr für die Versorgung

Hinsichtlich der zukünftigen Bedarfsplanung steht noch weiteres Ungemach ins Haus. Sollte der G-BA bei seinem neuesten Vorhaben bleiben und die 56 Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) von Krankenhäusern in Schleswig-Holstein mit jeweils einem halben Kassensitz in der Bedarfsplanung gegenrechnen wollen, dann wären die neuen Kassensitze für die bessere Versorgung bald wieder eliminiert. Nach vorläufigen Berechnungen der KVSH könnte das im ungünstigsten Fall tatsächlich bedeuten, dass Schleswig-Holstein wieder 25 psychotherapeutische Kassensitze verlieren könnte, räumt die Leiterin der Zulassungsabteilung ein. Das müsse noch zwischen KVSH und Krankenkassen geklärt werden und anschließend das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V und den Landesausschuss der Ärzte

und Krankenkassen nach § 90 SGB V passieren. Vielleicht ändere der G-BA aber auch noch die Verhältniszahlen. Das wird keine negativen Konsequenzen mehr auf die errechneten Neuzulassungen 2014 haben, aber später in gesperrten Zulassungsbezirken die Gefahr erhöhen, dass Kassensitze, die zum Verkauf stehen, möglicherweise stillgelegt werden könnten. Die PKSH hat zwei Vertreter im Gemeinsamen Landesgremium und ist im Kontakt mit den Krankenkassen, der Landespolitik und der KVSH, um das zu verhindern.

Unter dem Strich droht die als großzügig angekündigte Neuzulassungswelle wieder

fast völlig zu verebben. Zum nächsten Termin des Zulassungsausschusses am 27.08.14 wurden 13,5 Kassensitze im Nordlicht aktuell 5/2014 ausgeschrieben. Darin enthalten sind die vier Kassensitze, die wegen der Mehrfachvergabe zurückgegeben wurden. Weitere Neuzulassungen sind ungewiss. Mit den so verbliebenen 20,5 Neuzulassungen vom November 2013 kommen wir dann auf insgesamt 34 neue VertragspsychotherapeutInnen für Schleswig-Holstein. Also deutlich weniger als die BPtK ursprünglich aufgrund der neuen Verhältniszahlen errechnete, denn angerechnet wurden im KV-Bezirk Schleswig-Holstein auch schon bestehende Ein-

zelmächtigungen und Sonderbedarfszulassungen. Sollte das oben dargestellte Szenario mit den PIA eintreten, würden auf mittlere Sicht wieder 25 Sitze abzuziehen sein. Blieben für unser Bundesland netto ganze neun neue Kassensitze für PsychotherapeutInnen. Ob das unsere nachsuchenden PatientInnen, die im Schnitt 14,6 Wochen auf ein Erstgespräch warten, als Erleichterung spüren werden, darf ernsthaft bezweifelt werden.

*Dr. Klaus Thomsen
Vorstandsmitglied*

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

Kammermitglieder wenden sich immer mal wieder an die Geschäftsstelle der PKSH, weil private Krankenversicherungen die Kosten für eine ambulante Psychotherapie privat versicherter PatientInnen nicht übernehmen. Der Grund hierfür liegt in den Versicherungsbedingungen der jeweiligen Gesellschaft, welche Leistungen für Psychologische PsychotherapeutInnen nicht vorsehen. Die Bundespsychotherapeutenkammer setzt sich bereits seit Jahren dafür ein, dass die Versicherungsbedingungen in der PKV entsprechend angepasst werden. Auch die PKSH hat mehrfach entsprechende Korrespondenz mit einzelnen privaten Krankenversicherungen geführt. Die privaten Krankenversicherer sind allerdings frei in ihrer Vertragsgestaltung.

Betroffene PatientInnen, die in der Auseinandersetzung mit ihrer privaten Krankenversicherung nicht erfolgreich waren, können sich an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden. Dafür gibt es die folgenden Kontaktmöglichkeiten:

**Ombudsmann
Private Kranken- und
Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Tel.: 0800/255 04 44 (kostenfrei aus
deutschen Telefonnetzen)**

Der derzeitige Ombudsmann ist seit 01.01.2014 der Jurist Heinz Lanfermann.

Auf der Homepage des Ombudsmannes unter www.pkv-ombudsmann.de gibt es auf der Serviceseite auch ein Kontaktformular.

Der Ombudsmann ist ein außergerichtlicher Streitschlichter. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und privaten Krankenversicherungen unabhängig Stellung.

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.

13. Jahrgang, Ausgabe 3/2014

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), Jürgen Hardt (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling

(OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Redakteurin Dipl.-Psych. Nina Rehbach (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
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.

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 4/2014 ist der 22. September 2014, für Ausgabe 1/2015 der 19. Dezember 2014. Manuskripte sind

elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. 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 insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

 <p>Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg</p> <p>Baden-Württemberg Jägerstraße 40 70174 Stuttgart Tel. 0711/674470-0 Fax 0711/674470-15 Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@lpk-bw.de www.lpk-bw.de</p>	 <p>Hamburg Hallerstraße 61 20146 Hamburg Tel. 040/226 226 060 Fax 040/226 226 089 Mo – Do 9.00 – 16.00 Uhr Fr 9.00 – 14.00 Uhr info@ptk-hh.de www.ptk-hh.de</p>	 <p>Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer Kickerlingsberg 16 04105 Leipzig Tel. 0341/462432-0 Fax 0341/462432-19 Mo, Do 9.00 – 12.30 Uhr und 13.00 – 16.00 Uhr Die 7.30 – 12.30 Uhr Mi 13.00 – 17.00 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@opk-info.de www.opk-info.de</p>
 <p>Bayern Birketweg 30 80639 München (Post: Postfach 151506 80049 München) Tel. 089/515555-0 Fax 089/515555-25 Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 13.00 Uhr info@ptk-bayern.de www.ptk-bayern.de</p>	 <p>Hessen Gutenbergplatz 1 65187 Wiesbaden Tel. 0611/53168-0 Fax 0611/53168-29 Mo 10.00 – 13.00 Uhr Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr post@ptk-hessen.de www.ptk-hessen.de</p>	 <p>Rheinland-Pfalz Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30 55130 Mainz Tel. 06131/93055-0 Fax 06131/93055-20 Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr service@lpk-rlp.de www.lpk-rlp.de</p>
 <p>Berlin Kurfürstendamm 184 10707 Berlin Tel. 030/887140-0, Fax -40 Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr Di 14.00 – 19.00 Uhr info@psychotherapeutenkammer-berlin.de www.psychotherapeutenkammer-berlin.de</p>	 <p>Niedersachsen Roscherstraße 12 30161 Hannover Tel. 0511/850304-30 Fax 0511/850304-44 Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr Beitragsangelegenheiten: Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr info@pknds.de www.pknds.de</p>	 <p>Saarland Scheidterstraße 124 66123 Saarbrücken Tel. 0681/9545556 Fax 0681/9545558 Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr kontakt@ptk-saar.de www.ptk-saar.de</p>
 <p>Bremen Hollerallee 22 28209 Bremen Tel. 0421/27 72 000 Fax 0421/27 72 002 Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr Mi 13.00 – 17.00 Uhr Sprechzeit des Präsidenten: Di 12.30 – 13.30 Uhr verwaltung@pk-hb.de www.pk-hb.de</p>	 <p>Nordrhein-Westfalen Willstätterstraße 10 40549 Düsseldorf Tel. 0211/522847-0 Fax 0211/522847-15 Mo – Do 8.00 – 16.30 Uhr Fr 8.30 – 14.00 Uhr info@ptk-nrw.de www.ptk-nrw.de</p>	 <p>Schleswig-Holstein Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus 24103 Kiel Tel. 0431/661199-0 Fax 0431/661199-5 Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr Do 13.00 – 16.00 Uhr info@pksh.de www.pksh.de</p>

