

ISSN 1611-0773
D 60843
13. Jahrgang

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

1/2014

21. März 2014 (S. 1-118)

- **Das neue Patientenrechtegesetz:
Implikationen für die Praxis**
- **Über Bequemlichkeit und die Erosion der
Privatsphäre im World Wide Web**
- **Der Einsatz eines Therapiehundes in der
Kinderpsychotherapie**
- **Psychotherapie älterer Patienten**
- **Praxisanteile im Direktstudium Psychotherapie**
- **Modifizierte psychoanalytische Psychotherapie
traumatisierter Patienten**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor Ihnen liegt die erste Ausgabe des Psychotherapeutenjournals im neuen Jahr. Unser Vorhaben ist es, Ihnen auch 2014 ein breites Spektrum von Themen zu präsentieren, Sie mit wichtigen berufspolitischen Informationen zu versorgen, interessante Weiterentwicklungen in unserem Berufsfeld vorzustellen und Sie mit ausgewählten Neuigkeiten aus dem Bereich der Forschung vertraut zu machen. Gleich das erste Heft versucht, diesem Anspruch gerecht zu werden.

Die beiden ersten Beiträge von Stephan Stanko und Jürgen Thorwart befassen sich mit Auswirkungen des Patientenrechtegesetzes auf die psychotherapeutische Praxis. Auch wenn in diesem Gesetz letztendlich nur die ständige Rechtsprechung zusammengefasst wird, bestehen doch aufseiten der Patientinnen und Patienten sowie der Psychotherapeuten-schaft immer noch erhebliche Verunsicherungen bezüglich der Konsequenzen dieses Gesetzes. Beide Beiträge wollen diese Unsicherheit reduzieren helfen – der eine durch Diskussion von Spezifika in der psychotherapeutischen Behandlung, der andere durch Verdeutlichung der Situation in Lehrtherapien.

Ein weiterer Beitrag widmet sich ebenfalls einem hochaktuellen Thema: dem Umgang mit dem Internet in der psychotherapeutischen Praxis. Nicht erst seit dem NSA-Skandal sollten wir uns der Herausforderung stellen und uns mit der Frage der Sicherheit von Patientendaten im Netz beschäftigen. Der Beitrag von Hans Metsch gibt praktische Anregungen zu dieser komplexen Thematik, macht aber auch deutlich, dass hierfür etwas mehr als „ein paar Klicks“ notwendig sind.

Der mit vielen Praxisbeispielen angereicherte Beitrag von Gerd Ganser zum Ein-

satz eines Therapiehundes in der tiefenpsychologischen Behandlung von Kindern lädt dazu ein, über den eigenen Tellerrand zu blicken.

Meinolf Peters beschäftigt sich mit einem lange vernachlässigten Gebiet innerhalb der Psychotherapie: der Behandlung von älteren Menschen. Die Veränderung der Alterspyramide und die immer besser werdende medizinische Versorgung werden dazu führen, dass die psychotherapeutische Versorgung dieser Patientengruppe immer mehr in den Fokus geraten wird. Und ob die derzeitige Ausbildungssituation angehende Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu dieser Aufgabe befähigt, ist zweifelhaft.

Winfried Rief und Kollegen befassen sich in ihrem Beitrag mit dieser Ausbildungssituation. Damit wird der Schwerpunkt des vergangenen Heftes (die Reform der Psychotherapeutenausbildung) aufgegriffen und die Diskussion über verschiedene Ausbildungskonzeptionen um den Aspekt ergänzt, welche praktischen Ausbildungselemente bereits heute an einigen psychologischen Universitätsinstituten gelehrt werden.

Wir wollen Sie in diesem und in weiteren Heften mit neueren Entwicklungen in der Traumatherapie vertraut machen. Den Anfang macht der Beitrag von Mathias Hirsch zur modifizierten psychoanalytischen Behandlung traumatisierter Patienten.

In der Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“ berichtet Rüdiger Nübling über drei aktuelle Untersuchungen aus der Versorgungsforschung. Wir alle in der psychotherapeutischen Versorgung Tätigen sollten uns mit diesen Ergebnissen beschäftigen und Ideen für übergreifende Vernetzungen gene-

rieren, sind es doch immer noch die Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungssettings (ambulant – stationär – Rehabilitation), die verbesserungsfähig sind.

Wir freuen uns über zwei Dinge besonders: Zum einen haben wir im vergangenen Jahr deutlich mehr Leserbriefe erhalten als in den Jahren zuvor. Manche Beiträge wurden zum Teil kontrovers diskutiert. Leider können wir nicht alle veröffentlichen, aber eine Auswahl haben wir auch wieder in dieses Heft aufgenommen. Zum anderen steigt die Anzahl der eingereichten Beiträge. Beide Entwicklungen lassen uns erkennen, dass trotz der Fülle existierender Fachzeitschriften für viele Kolleginnen und Kollegen das Psychotherapeutenjournal ein Organ ist, mit dem sie sich zunehmend auseinandersetzen. Und das erhoffen wir uns auch weiterhin.



Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Editorial	1
Originalia	
Eröffnung einer Diskussion:	
Das neue Patientenrechtegesetz – Implikationen für die Praxis	4
<i>Ulrich Wirth & Heiner Vogel</i>	
Redaktionelle Vorbemerkung	4
<i>Stephan Stanko</i>	
Das Patientenrechtegesetz und seine Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis.	5
Das neue Patientenrechtegesetz hat wesentliche fachlich-inhaltliche Implikationen für die psychotherapeutische Praxis. Der Artikel zeichnet nach, inwieweit sich insbesondere die neuen Regelungen zur Dokumentationspflicht und zur Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation negativ auf den Behandlungsprozess und auf die vertrauensvolle Behandlungsbeziehung auswirken können.	
<i>Jürgen Thorwart</i>	
Keine Pflicht zur Dokumentation, aber Recht auf Einsicht in vorhandene Aufzeichnungen.	10
Der BGH stärkt die Rechte von Absolventinnen und Absolventen einer Lehrtherapie (Urteil v. 7.11.2013, III ZR 54/13).	
<i>Hans Metsch</i>	
Das Netz fängt nicht auf, sondern ein – Über Bequemlichkeit und die Erosion der Privatsphäre	13
Hinter der oberflächlichen „Bedienerfreundlichkeit“ von Internet und E-Mail steckt eine Technologie, die erhebliche Gefahren birgt. Das betrifft uns als Psychotherapeuten in besonderem Maße. Auf dem Spiel stehen nicht weniger als die Privatsphäre und die Vertraulichkeit der therapeutischen Beziehung. Der Artikel gibt einen kurzen Überblick und einige praktische Empfehlungen.	
<i>Gerd Ganzer</i>	
Der Einsatz eines Therapiehundes in der tiefenpsychologischen Kinderpsychotherapie	17
Der Artikel beschreibt den Einsatz eines dafür ausgebildeten Hundes in einer tiefenpsychologisch orientierten Kinderpsychotherapie. Hintergrund sind tiefenpsychologische Konzepte (Mentalisierung, Strukturbezogene Psychotherapie, Szenisches Verstehen), mit deren Hilfe wichtige Therapiethemen (Aggression, Libido, Anpassung) in der Arbeit mit dem Kind und einem Therapiehund beschrieben werden.	
<i>Meinolf Peters</i>	
Psychotherapie älterer Patienten – Auf dem Weg zu neuen Ufern.	24
Das klinische Feld der Psychotherapie Älterer gewinnt zunehmend an Konturen. Dies zeigt sich in einer allmählich steigenden Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie durch Ältere und in einer wachsenden Nachfrage nach Fortbildungsangeboten, defizitär bleibt bislang allerdings die empirische Fundierung. Der Artikel gibt einen Überblick über Grundlagen der Alterspsychotherapie und berichtet über ein Forschungsprojekt zu den Einstellungen und Erfahrungen niedergelassener Psychotherapeuten im Hinblick auf ältere Patienten.	
<i>Winfried Rief, Andrea Abele-Brehm, Thomas Fydrich, Silvia Schneider & Dietmar Schulte</i>	
Praxisanteile im Direktstudium Psychotherapie – Auf welche Lehr-Erfahrungen kann aufgebaut werden? Welche Inhalte und Kompetenzen sollten vermittelt werden?	31
Wie können praxisorientierte Ausbildungselemente im Rahmen eines Direktstudiums Psychotherapie realisiert werden? Der Beitrag stellt hierzu Beispiele vor und berichtet von bereits vorliegenden Erfahrungen in der Lehre des Psychologiestudiums.	
<i>Mathias Hirsch</i>	
Modifizierte psychoanalytische Psychotherapie traumatisierter Patienten.	37
Zur Wiederherstellung der Symbolisierungsfähigkeit im „Containing“ gehören u. a. metaphorische Deutung, die Verwendung psychodramatischer Elemente und die Beachtung der Körpergegenübertragung. Das Wiedererleben des Traumas in der Übertragung und die sorgfältige Schuldgefühl-Differenzierung fördern die Entwicklung von Ich-Grenzen und die Trennung vom traumatischen Introjekt.	

Aktuelles aus der Forschung

Rüdiger Nübling

Zur psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker im ambulanten und stationären Rahmen 44

Buchrezension

Juliana Matt

Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, E. A. (2012). *Imaginationstechniken in der kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz 50

Leserbriefe und Zuschriften 51

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer 58

Baden-Württemberg 65

Bayern 70

Berlin 74

Bremen 78

Hamburg 82

Hessen 87

Niedersachsen 92

Nordrhein-Westfalen 96

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer 102

Rheinland-Pfalz 105

Saarland 109

Schleswig-Holstein 113

Impressum Psychotherapeutenjournal 117

Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages A1

Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages A14

Hinweise:

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

Eröffnung einer Diskussion:

Das neue Patientenrechtegesetz – Implikationen für die Praxis

Redaktionelle Vorbemerkung

Im November 2013 hat sich der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) mit dem neuen Patientenrechtegesetz und mit Überlegungen beschäftigt, in welcher Form die dort formulierten Anforderungen Eingang in die Musterberufsordnung finden sollten (s. PTJ 4/2013, S. 400/401). Dabei wurde Einigkeit für das Anliegen des Gesetzgebers, das Selbstbestimmungsrecht und die Autonomie für Patientinnen und Patienten zu stärken, deutlich. Kontrovers wurde es in der Frage, in welchem Ausmaß das Persönlichkeitsrecht der jeweils beteiligten Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten berührt und möglicherweise beeinträchtigt werden kann, wenn das Einsichtnahmerecht von Patientinnen und Patienten als uneingeschränkt aufzufassen wäre. Auch Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bedürfen über ihre Konzeptualisierungen hinweg eines schützenden Rahmens und einer rechtssicheren Orientierung. Der DPT sah weiteren Diskussions- und Zeitbedarf, um eine Lösung für Formulierungen in der Berufsordnung zu finden.

Für die Meinungsbildung der juristischen Expertise, die sich vermutlich in den nächsten Jahren auch in der einen oder anderen Urteilsfindung niederschlagen wird, ist die differenzierende Diskussion um die Gesetzesauslegung nicht nur auf rein juristische Überlegungen begrenzt. Neben der BPTK und den Fachgesellschaften, die inzwischen über diese Fragen aus fachlich-psychotherapeutischer Sicht beraten und auch gefordert sind, nimmt sich das PTJ zunächst in zwei Beiträgen diesem Themenkomplex an.

Stephan Stanko untersucht „Das Patientenrechtegesetz und seine Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis“. Er nimmt sich der Bedeutung des geschützten Raumes in der Psychotherapie an und diskutiert mögliche Folgen einer Einsichtnahme für den psychotherapeutischen Behandlungsprozess.

Dass diese Problematik nicht nur eine Psychotherapie mit Patientinnen und Patien-

ten betreffen kann, sondern auch das Verhältnis in einer Lehrtherapie, hat nun ein Urteil des Bundesgerichtshofes aus dem November 2013 vor Augen geführt. Es räumt ein potenzielles Recht von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf Schwärzung einzelner Aufzeichnungsteile ein. Jürgen Thorwart informiert in seinem Beitrag „Keine Pflicht zur Dokumentation, aber Recht auf Einsicht in vorhandene Aufzeichnungen“ über wichtige Aspekte dieses Urteils und hat erste Überlegungen dazu angestellt.

Der Redaktionsbeirat hat die Absicht, diese Diskussion in den folgenden Heften durch weitere Beiträge aus psychotherapeutischer als auch aus juristischer Perspektive zu vertiefen.

Für den Redaktionsbeirat

Ulrich Wirth & Heiner Vogel

Das Patientenrechtegesetz und seine Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis

Stephan Stanko

Zusammenfassung: Das neue Patientenrechtegesetz hat wesentliche fachlich-inhaltliche Implikationen für die psychotherapeutische Praxis. Insbesondere die neuen Regelungen zur Dokumentationspflicht und zur Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation können sich negativ auf den Behandlungsprozess und auf die vertrauensvolle Behandlungsbeziehung auswirken. Das Gesetz folgt der Vorstellung einer marktrationalen Dienstleistung, bei der Patienten¹ als „kritische Verbraucher“ Behandlern „auf Augenhöhe“ gegenüber treten und so auch zu einem „wirkungsvollen Wettbewerb im Gesundheitssystem“ beitragen. Spezifika des Krankseins, der Psychotherapie und des Psychotherapeut-Patient-Verhältnisses werden im Gesetz nicht angemessen berücksichtigt. Ein zweckrationales Dienstleistungsverhältnis folgt anderen Gesetzmäßigkeiten als ein Vertrauensverhältnis. Vertrauen, Schutz, Diskretion und Offenheit als Kernanliegen von Psychotherapie werden durch die gesetzliche Neuregelung nicht gefördert, sondern belastet.

Rechte und Pflichten im Behandlungsverhältnis

Am 26. Februar 2013 ist das neue Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Ziel des Gesetzes ist es, „Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bereits heute bestehenden umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Fall eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen.“² Zu diesem Zweck wurde das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) um einen eigenen Abschnitt ergänzt. Dieser enthält den medizinischen Behandlungsvertrag als neuen Vertragstyp, der das Verhältnis zwischen Behandelnden und Patienten regelt. Die im Gesetz neu gefassten Rechte und Pflichten im Behandlungsverhältnis haben fachlich-inhaltliche Implikationen für die psychotherapeutische Praxis, von denen einige an dieser Stelle kritisch aufgegriffen und diskutiert werden sollen.

Für den Bereich der Psychotherapie sind hier vor allem die Regelungen bezüglich der **Dokumentationspflicht** und der **Einsichtnahmerechte** in die Behandlungsdokumentation bedeutsam. Das Gesetz schreibt vor, dass die Patientenakten vollständig und sorgfältig zu führen sind (§ 630f BGB) und Patienten das Recht auf eine unverzügliche und uneingeschränkte Akteneinsicht haben (§ 630g BGB). Die Dokumentationspflicht erstreckt sich nun nicht mehr nur auf anamnestiche Daten, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, psychotherapeutische Maßnahmen,³ sondern in die Patientenakte ist alles, was mit der Behandlung zu tun hat, aufzunehmen. Dazu zählen u. a. Sitzungsprotokolle und -aufzeichnungen, Berichte an den Gutachter, Arztbriefe oder Klinikentlassungsberichte.

Das **Einsichtnahmerecht** wurde erweitert: § 630g BGB, Absatz 1 bestimmt:

„(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche

therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.“⁴

Im Begründungsteil des Regierungsentwurfs zum Patientenrechtegesetz wird ausgeführt, dass *„Niederschriften über persönliche Eindrücke oder subjektive Wahrnehmungen des Behandelnden betreffend die Person des Patienten (...) dem Patienten grundsätzlich offen zu legen [sind]. Ein begründetes Interesse des Behandelnden an der Nichtoffenbarung solcher Aufzeichnungen ist, in Abwägung zu dem Persönlichkeitsrecht des Patienten, im Regelfall nicht gegeben. Auch hier kommt es aber auf die Umstände im Einzelfall an.“⁵*

Im Gegensatz zur bisherigen Rechtsprechung werden die Persönlichkeitsrechte der Behandler als nachrangig gewertet und scheinen obsolet. In Bezug auf das Geltendmachen therapeutischer Gründe wird von *„besonderen Einzelfällen“⁶* gesprochen, in denen das Für und Wider sorgfältig zu ermitteln und zu begründen sei. Dort heißt es auch: *„... dem mündigen Patienten [ist] das Recht zuzugestehen, eigenverant-*

1 Zur besseren Lesbarkeit verwende ich in diesem Artikel jeweils nur die maskuline Form, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

2 Regierungsentwurf zum Patientenrechtegesetz (2012). BT-Dr. 17/10488, S. 1.

3 Vgl. § 9 Musterberufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 2007.

4 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9.

5 Regierungsentwurf zum Patientenrechtegesetz (2012). BT-Dr. 17/10488, S. 27.

6 Regierungsentwurf zum Patientenrechtegesetz (2012). BT-Dr. 17/10488, S. 26.

wortlich über die Frage entscheiden zu dürfen, wie viel er wissen möchte und wo die Grenzen seines Informationsbedürfnisses erreicht sind. Es ist nicht die Aufgabe des Behandelnden, diese Frage an Stelle des Patienten zu entscheiden und diesen im Ergebnis zu bevormunden.⁷

Konflikte zwischen Gesetzesforderung und psychotherapeutischer Arbeit

Das Recht auf eine unverzügliche und unbegrenzte Einsichtnahme wird zum Regelfall bestimmt, unabhängig von der Geltendmachung eines schutzwürdigen Grundes. Die Neuregelung birgt Dilemmata und schafft Spannungen oder sogar Konflikte zwischen der Gesetzesforderung und der berufsethischen Orientierung. Sie setzt auch neue Parameter für das psychotherapeutische Arbeiten, insbesondere in psychoanalytisch begründeten Verfahren. Es ist außerdem zu befürchten, dass die Neuregelung letztlich eine Intention des Patientenrechtegesetzes, die Förderung einer „Fehlervermeidungskultur“⁸, eher erschwert.

Ursächlich für die Dilemmata scheint mir, dass das Gesetz die Spezifika des Krankseins und des Psychotherapeut-Patient-Verhältnisses nicht angemessen berücksichtigt. Das Gesetz folgt dem Gedanken einer Verbrauchersouveränität: Patienten werden als „kritische Verbraucher“ konzipiert, die selbstbestimmt ihre Entscheidungen treffen und als Kunden einen Vertrag über eine gesundheitliche Dienstleistung, eine Gesundheitsware, eingehen und im Grunde jederzeit, so besagt es ja das unbeschränkte Einsichtsrecht, die korrekte Erbringung der Dienstleistung überprüfen können. Die Logik, der ein solches Vertragsverhältnis unterliegt, ist die eines zweckrationalen Tauschverhältnisses, ist die Marktlogik von Dienstleistungsanbieter und Kunden.

Kranksein als existenzielle Krise

Kranksein heißt aber vor allem, sich in einer Notlage, in einer existenziellen Krise zu be-

finden und auf jemanden angewiesen zu sein, dem man vertrauen kann, von dem man erwartet, dass nicht der eigene Nutzen die Richtschnur des Handelns ist, sondern die innere Verpflichtung auf das Patientenwohl (vgl. Pellegrino, 2005). Das Vertrauensverhältnis ist die Grundlage der Behandlung. Vertrauen lässt sich nicht vertraglich regeln. Was sich hier zeigt, ist ein Konflikt zwischen der Strukturlogik des Marktes und der Strukturlogik von Professionen, zu denen die akademischen Heilberufe zählen.

Professionen haben auf dem Hintergrund ihrer gesellschaftlichen Aufgabe eine universalistische Wertorientierung ausgebildet, die sich als Berufsethos materialisiert (vgl. Oevermann, 1996, Brunkhorst, 1996). Das Berufsethos, die innere Verpflichtung, ist eine wesentliche Grundlage für Vertrauen. Ein zweckrationales Dienstleistungsverhältnis folgt einer anderen Gesetzmäßigkeit als ein Vertrauensverhältnis. Hier stehen sich auch verschiedene Menschenbilder und ethische Orientierungen gegenüber (vgl. Maio, 2012). Das Berufsethos des Heilberufs weiß um die Abhängigkeit im Zustand der Krankheit und ist stark von einer Fürsorgeethik geprägt (vgl. Pellegrino, 2005), während die Gesetzmäßigkeiten des Marktes die Eigenschaften des „homo oeconomicus“ (vgl. Deppe, 2007) unterstellen.

Das hier benannte Spannungsverhältnis zeigt sich vor allem auch in den Schwierigkeiten, in die psychoanalytisch und psychodynamisch arbeitende Therapeuten mit einer umfangreichen und insbesondere die subjektiven Daten umfassenden Dokumentation kommen werden.

Konflikte in einer professionellen Vertrauensbeziehung

Psychotherapie ist zuallererst eine soziale Praxis und keine Anwendung standardisierter Techniken. Wirksame Hilfe wird durch eine gelingende Interaktion, darin gegründetem Verstehen und der Herstellung von Sinnzusammenhängen realisiert.

In den gegenwärtigen psychoanalytischen Auffassungen des therapeutischen Prozesses wird betont, dass, neben der Bedeu-

tung der Einsicht und der Rolle der Beziehung, *Enactments*, d. h. ein zwischen Patient und Psychotherapeut unbewusst ablaufendes und zunächst nicht verbalisierbares In-Szene-Setzen wesentlicher Konflikte, grundlegend zum therapeutischen Prozess gehören (vgl. Treurniet, 1996; Huber, 2009; Scharff, 2009). Gerade Patienten mit traumatischen Erfahrungen finden in der Persönlichkeit des Psychotherapeuten Anknüpfungspunkte für die Re-Konstellierung und Re-Inszenierung ihrer verinnerlichten traumatischen Objekterfahrungen (z. B. in unbewussten Konflikten oder Verletzungen des Psychotherapeuten). Hoffnung und Ziel der Behandlung ist es, diese traumatischen Erfahrungen einer Bearbeitung, Veränderung und Neuerfahrung in der psychotherapeutischen Beziehung zuführen zu können. Zugleich ist der Prozess der Etablierung einer Vertrauensbeziehung über Projektionen, projektive Identifikation und *Enactments*, sehr fragil und oft von paranoiden Ängsten begleitet. Wir befinden uns als Psychotherapeuten in Behandlungen häufiger in der Situation, zunächst nicht zu verstehen, was aktuell im therapeutischen Prozess geschieht, und müssen sogar über lange Zeit mitagieren, bis sich ein gemeinsames Verständnis einstellen kann und die Szenen sich entschlüsseln lassen.

Vielleicht haben wir auf dem Hintergrund eines aktuell stattfindenden *Enactments*, eines noch nicht benennbaren und symbolisierbaren Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehens gerade Gefühle oder Phantasien notiert, die, weil noch unverarbeitet und noch nicht in ein Verstehen überführbar, sich in dieser Form wie Attribute eines traumatisierenden Objekts lesen.

Ein geschützter Denk- und Phantasieraum

In solchen, auch für uns als Psychotherapeuten, sehr belastenden Therapiephasen, muss es möglich sein, einen geschützten Denk- und Phantasieraum auf-

7 Regierungsentwurf zum Patientenrechtegesetz (2012). BT-Dr. 17/10488, S. 26-27.

8 Regierungsentwurf zum Patientenrechtegesetz (2012). BT-Dr. 17/10488, S. 1.

zubauen und aufrechtzuerhalten und diesen als symbolischen Raum auch stellvertretend für Patienten bewahren zu können. Die Containingfunktion des Psychotherapeuten ist eine Grundlage für symbolbildende Prozesse in der Behandlung und damit wesentlich für die Heilung.

Die eigenen Assoziationen und deren Mitschrift tragen zu den inneren Verarbeitungsprozessen bei. Die Neuregelungen des Patientenrechtegesetzes haben an dieser Stelle eine unmittelbare, beeinträchtigende Auswirkung auf die Behandlung. Mit der Verlagerung der affektiven Spannung, von Angst, von Misstrauen aus dem Behandlungsprozess in eine Forderung nach Einsichtnahme in die notwendigerweise subjektiven Aufzeichnungen entsteht das Dilemma, dass mit dem Verlangen nach Einsichtnahme einerseits ein Patientenrecht geltend gemacht wird, aber andererseits, gerade weil es jetzt Patientenrecht ist, die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Bearbeitung des Wunsches darüber unter Umständen verloren geht, mit möglicherweise destruktiven Folgen für den Behandlungsprozess.

Was würde geschehen, wenn Patienten, die sich ein Stück Vertrauen erarbeitet haben, in einer kritischen Phase der Behandlung mit einer negativen Übertragung bei einer Einsichtnahme in die subjektiven Aufzeichnungen des Psychotherapeuten das projizierte Introjekt nun in der Dokumentation gewissermaßen „wiederfinden“, z. B. in Form aggressiver, strafender oder entwertender Gegenübertragungsphantasien, die aber zugleich essenzieller Teil des Containingprozesses sind? (Vgl. Winnicott, 1994)

Oder der Patient liest im Bericht an den Gutachter, in dem die Dynamik der Triebkonflikte dargelegt ist, von mörderischen Wünschen, inzestösen Phantasien oder polymorph-perverser Sexualität usw. in Bezug auf seine Person? Es wäre in dieser Form für den Patienten unverständlich und unverstehbar und ist zugleich für die Fallkonzeption und das Verständnis der Psychodynamik, so wie sie dem Gutachter dargelegt wird, unverzichtbar.

Nur am Rande soll hier angemerkt werden, dass Sprache in der psychotherapeuti-

schen Behandlung mehr ist und anderes als bloße Information, Beschreibung oder Aufzählung. Sprache ist in der Psychotherapie Wirkmittel selbst. Was sich wie Alltagssprache in den Aufzeichnungen und Berichten liest, ist eine elaborierte Fachsprache und Klinik. Als Sprechakt, als Deutung, ist sie etwas, was in den anderen verändernd hineinwirkt.

Dilemmata der Dokumentationspflicht

An diesen Beispielen zeigt sich das Dilemma der Dokumentationspflicht: Der Forderung nach Umfang und Tiefe der Dokumentation bei gleichzeitig nicht begrenzter und unverzüglicher Einsichtnahmemöglichkeit des Patienten. Vieles von dem, was an sogenannten subjektiven Eindrücken dokumentiert wird, dazu gehört in wesentlichen Teilen auch der Bericht an den Gutachter, hat – neben höchst Persönlichem – auch Hypothesencharakter. Es handelt sich um einen Entwurf, um eine Momentaufnahme eines psychodynamischen Prozesses.

Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse können in Behandlungen unsere tiefsten Schichten berühren. Diese subjektiven Daten sind nicht für eine Weitergabe gedacht und sind dennoch als Material für die Selbstreflexion und die Entschlüsselung des aktuellen Übertragungsgeschehens und damit für den Heilungsprozess von größter Relevanz. Die Bereitschaft, sich als Psychotherapeut nicht nur an der Oberfläche berühren zu lassen, benötigt Schutz. Eine Offenlegung der Hypothesen gegenüber dem Patienten würde das Ziel der Bearbeitung der Inhalte konterkarieren und die Abwehr stärken. Als Patientenrecht gesetzlich verankert, wird es künftig vermutlich schwierig, die Forderung nach einer Einsichtnahme im Sinne eines Widerstands zu bearbeiten.

Wie sollen wir mit der Forderung nach weitreichender Dokumentation bei gleichzeitig unbegrenzter Möglichkeit der Einsichtnahme des Patienten umgehen, auch um Patienten stellvertretend zu schützen und den Fortgang der Behandlung nicht zu gefährden?

Mit dem Gedankenexperiment, wir würden von uns aus Patienten mit Überlegungen konfrontieren, die weder dem Stand der Behandlung noch dem der Abwehr angemessen sind, wird die Problematik noch deutlicher: Ein solches Vorgehen würde mit Recht als den fachlichen Standards nicht genügend und als Kunstfehler gewertet.

Empfehlungen, den Konflikt durch „sorgfältig gewählte Formulierungen“ zu entschärfen, verhelfen nicht aus dem Dilemma. Diese Überlegungen führen eher zu einer „doppelten Buchführung“ und mindern die Aussagekraft und den Informationsgehalt der Dokumentation.

An diesem Punkt stellen sich eine Reihe weiterer Fragen:

- Was bedeutet es für den Behandlungsprozess, wenn der Mitteilung der psychoanalytischen Grundregel, der Aufforderung an den Patienten, alles mitzuteilen, was an Gedanken, Gefühlen, Phantasien aufsteigt, gewissermaßen von Beginn an zensierende Überlegungen zur Dokumentation zur Seite gestellt werden müssen?
- Was bedeutet eine umfassende Dokumentation, die unverzüglich und uneingeschränkt eingesehen werden kann, z. B. für wichtige technische Fragen wie das richtige Timing einer Deutung? Ich kann mir beispielsweise in einer Stunde eine wichtige Deutung notieren, um sie nicht zu verlieren, weiß aber, dass es mehr Schaden als Nutzen würde, wenn ich diese jetzt mitteilen würde.
- Was bedeutet es für den Behandlungsprozess, wenn jetzt gewissermaßen immer mitbedacht werden muss, dass die Dokumentation in neuer und umfangreicherer Weise eine „öffentliche“ ist? Patienten können auch von Dritten zur Einsichtnahme gedrängt werden. (Siehe hierzu auch Exkurs im blauen Kasten S. 8.)
- Was bedeutet es, wenn künftig die haftungsrechtliche Dimension der Dokumentation möglicherweise andere inhaltliche Aspekte wie den der Gegenübertragungsanalyse und der Behandlungsreflexion überwiegen wird?
- Was bedeutet es für die Bereitschaft von Psychotherapeuten, sich auf „schwierige“ Behandlungen einzulassen?

Exkurs: Regelungen für den Umgang mit psychotherapeutischen Aufzeichnungen in den USA

In den USA wird schon seit den 1950er-Jahren zwischen allgemeinen medizinischen Daten und psychotherapeutischer Kommunikation unterschieden. In Anerkennung von deren besonderer Schutzbedürftigkeit wurden über die Jahre hin Rechtsprivilegien entwickelt, die helfen sollen, Diskretion und Vertrauen in der psychotherapeutischen Behandlung zu unterstützen.

Im Jahr 2000 wurde die „HIPAA medical privacy rule“ entwickelt, in der das US Department of Health and Human Services Regeln für den Schutz medizinischer Daten etablierte und Aufzeichnungen aus Psychotherapiesitzungen („psychotherapy notes“, Definition: United States Department of Health and Human Services. (2000). Standards for privacy of individually identifiable health information: Finale rule. Federal Register, Vol. 65, No. 250. Thursday, December 28, 2000. Rules and Regulations 82497) ein besonderer Schutz zuteil wurde (vgl. Mosher, P. W. & Swire, P. P. (2002). So haben Versicherer oder andere Gesundheitseinrichtungen darauf keine Zugriffsrechte. Sollen Informationen weitergegeben werden, muss dies von Patienten schriftlich autorisiert werden. Diese vom Psychotherapeuten separat zu haltenden Aufzeichnungen sind auch vom Recht der Patienten auf Zugriff auf ihre medizinischen Behandlungsunterlagen ausgenommen, mit der Begründung der Stärkung ihrer Position gegenüber Zugriffswünschen Dritter:

„Generally, we have not treated sensitive information differently from other protected health information; however, we have provided additional protections for psychotherapy notes because of Jaffee v. Redmond and the unique role of this type of information. There are few reasons why other health care entities should need access to psychotherapy notes, and in those cases, the individual is in the best position to determine if the notes should be disclosed.“

Und weiter wird ausgeführt:

„As we have defined them, psychotherapy notes are primarily of use to the mental health professional who wrote them, maintained separately from the medical record, and not involved in the documentation necessary to carry out treatment, payment, or health care operations.“

(aus: United States Department of Health and Human Services. (2000). Standards for privacy of individually identifiable health information: Finale rule. Federal Register, Vol. 65, No. 250. Thursday, December 28, 2000. Rules and Regulations 82652. Verfügbar unter: www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2000-12-28/pdf/00-32678.pdf [11.08.2013])

Patientenrechte und der Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen

Die Problematik, die das Patientenrechtegesetz aufwirft, lässt sich nicht losgelöst von dem Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem betrachten (vgl. Deppe, 2007, Hardt & Müller, 2009). Patienten sollen als „Kunden“ über Angebot und Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt mitbestimmen. Konsequenz wird daher auch im Gesetzesentwurf auf das Leitbild des „mündigen Patienten“ rekurriert, der eigenverantwortlich seine Interessen absteckt. Die Konzeption des Pati-

enten als eines informierten „Marktteilnehmers“ führt das BMG in seiner Information zum Patientenrechtegesetz auf seiner Homepage so aus: *„Die Rolle der Patientinnen und Patienten in der Gesundheitsversorgung hat sich gewandelt. Sie sind nicht mehr nur vertrauende Kranke, sondern auch selbstbewusste Beitragszahler und kritische Verbraucher. (...) Er kann Angebote hinterfragen, Leistungen einfordern und so dazu beitragen, dass ein wirkungsvoller Wettbewerb im Gesundheitssystem stattfindet.“*⁹ Der hier zugrunde gelegte verkürzte Begriff von Autonomie korrespondiert zwar mit der Ökonomisierung des Gesund-

heitswesens, zugleich wird damit jedoch der Blick für eine ethische Problematik verstellt: Als Konsument und Kunde ist der Patient gefordert, strategisch zu denken und misstrauisch zu sein, um seine Interessen am Markt durchzusetzen. Die Tatsache der Krankheit aber führt geradezu zum Gegenteil dessen, was das marktrationale Konstrukt des „kritischen Verbrauchers“ impliziert: Krankheit bedeutet eine Krise der Autonomie, Verletzbarkeit, Abhängigkeit und Angewiesensein auf Vertrauen als Basis der Behandlung.

Asymmetrie und Verantwortung in der psychotherapeutischen Beziehung

Die Asymmetrie der Beziehung von Arzt oder Psychotherapeut und Patient beruht auf immanenten, strukturlogischen Voraussetzungen. Sie erwächst nicht aus einer paternalistischen Haltung, sondern aus der Tatsache der Krankheit selbst und dem Bewusstsein der Krise.

Der Unterschied lässt sich nicht durch eine äußerlich bleibende Egalisierung in Form vertragsrechtlicher Bestimmungen aufheben. Im Gegenteil: Patienten bleiben weiterhin auf Hilfe angewiesen und auf jemanden, der sich innerlich verpflichtet fühlt und nicht nur am vertraglich Geschuldeten orientiert ist. Autonomie und Abhängigkeit stehen in einem dialektischen Verhältnis. Die Differenz ließe sich im Sinne von Winnicott (1990) bzw. Benjamin (1996) als Anerkennungsproblematik konzeptualisieren, in der es als gemeinsames Projekt darum geht, die krankheitsbedingte Autonomieeinschränkung im therapeutischen Prozess zu überwinden und eine Form der Unabhängigkeit zu gewinnen, die zugleich Abhängigkeit anerkennt.

In seiner Arbeit „Über eine Ethik der psychoanalytischen Technik“ schrieb Treurniet (1996, S. 12): *„Erfolgreiche analytische Arbeit entfaltet sich in einem Prozess kontinuierlicher, aktiver gegenseitiger Verstri-*

⁹ Siehe www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/patientenrechtegesetz.html [11.08.2013].

ckung zwischen Analytiker und Analysand plus dem ständigen Versuch beider, sich der Art dieser Verstrickung bewusst zu werden und sie aufzuklären.“ Ob die hier diskutierten Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes dafür hilfreich sind, scheint mir zweifelhaft. Vermutlich werden die neuen Regelungen einen eher defensiven und auf Absicherung bedachten Umgang fördern, Dokumentationen „pseudo-transparent“ werden lassen und eine „Fehlervermeidungskultur“ nicht fördern, sondern schwächen.

Denn beides, die Behandlung und die Prävention von Behandlungsfehlern, lebt von Offenheit und schützenden Grenzen.

Literatur

- Benjamin, J. (1996). Die erste Bindung. In J. Benjamin, *Die Fesseln der Liebe* (S. 15-52). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Brunkhorst, H. (1996). Solidarität unter Fremden. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität* (S. 340-367). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Deppe, H.-U. (2007). Krankheit und Kommerz. *Blätter für deutsche und internationale Politik* 1/2007, 93-100.
- Hardt J. & Müller, U. (2009). Die Aufgabe der Psychotherapie in der Gesundheitswirtschaft. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (3), 271-277.
- Huebner, W. (2009). Notwendige Regelverletzung. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 63, 22-47.
- Maio, G. (2012). Therapie als berechnende Dienstleistung nach Vertrag? In A. Springer, B. Janta & K. Münch (Hrsg.), *Nutzt Psychoanalyse?!* (S. 131-143). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Mosher, P. W. & Swire, P. P. (2002). The ethical and legal implications of Jaffee v. Redmond and the HIPAA medical privacy rule for psychotherapy and general psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 575-584.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe, W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität* (S. 70-182). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Pellegrino, E. (2005). Ärztliches Berufsethos – Grundlinien einer Philosophie der Medizin. *Hessisches Ärzteblatt*, 66 (9), 595-598.
- Scharff, J. M. (2009). Verwickeln und Entwickeln – das analytische Paar und das Sexuelle. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 63, 1-21.
- Treurniet, N. (1996). Über eine Ethik der psychoanalytischen Technik. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 50, 1-31.
- Winnicott, D. W. (1990). Von der Abhängigkeit zur Unabhängigkeit in der Entwicklung des Individuums. In D. W. Winnicott, *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt* (S. 106-119). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Winnicott, D. W. (1994). Hass in der Gegenübertragung. In D. W. Winnicott, *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse* (S. 77-90). Frankfurt a. M.: Fischer.



Dipl.-Psych. **Stephan Stanko**, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker, ist in Frankfurt a. M. in eigener Praxis tätig. Er ist Mitglied der Delegiertenversammlung der LPPKJP Hessen und Vorsitzender des Ausschusses für ethische Fragen und Berufsrufordnung in der hessischen Kammer.

Dipl.-Psych. Stephan Stanko

Passavantstr. 30
60596 Frankfurt
stephanstanko@web.de

Keine Pflicht zur Dokumentation, aber Recht auf Einsicht in vorhandene Aufzeichnungen

BGH stärkt die Rechte von Absolventen einer Lehrtherapie (Urteil v. 7.11.2013, III ZR 54/13)

Jürgen Thorwart

Zusammenfassung: In einer aktuellen Entscheidung hat der Bundesgerichtshof (BGH) die Rechte der Absolventinnen und Absolventen¹ einer Lehrtherapie im Rahmen einer psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung gestärkt. Soweit eine Dokumentation der Behandlung vorliegt, besteht grundsätzlich ein Einsichtsrecht in die entsprechenden Aufzeichnungen. Dieses kann nur insoweit (durch Schwärzung) beschränkt werden, als die Einsichtnahme in subjektive Inhalte das Persönlichkeitsrecht der Lehrtherapeuten beeinträchtigen würde. Eine generelle Dokumentationspflicht bei Lehrtherapien hat der BGH nicht angenommen, allerdings auch nicht abschließend geprüft. Aus der Sicht des Autors ist die Entscheidung zu begrüßen. Sie stärkt die Rechte der Ausbildungsteilnehmer, berücksichtigt aber auch die Persönlichkeitsrechte der Lehrtherapeuten. Bedauerlicherweise haben Letztere im Patientenrechtegesetz (§ 630g BGB) keine Berücksichtigung gefunden.

Das Oberlandesgericht (OLG) Celle hatte in einer bemerkenswerten Entscheidung zu Beginn letzten Jahres (14.01.2013; 1 U 61/12; Vorinstanz: LG Hannover: 19 O 281/11) die Nebenpflicht einer Lehranalytikerin zur Einsichtsgewährung in ihre Aufzeichnungen festgestellt. Im Verfahren forderte eine Ausbildungsteilnehmerin Einsicht in die von ihrer Lehranalytikerin angefertigte Dokumentation. Ein entsprechender Anspruch auf Herausgabe der gefertigten handschriftlichen Aufzeichnungen über die Lehranalyse bestand nach Ansicht des OLG Celle als Nebenpflicht aus dem Lehranalysevertrag gemäß §§ 611, 242 BGB sowie § 810 BGB i. V. mit Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG. Die Rechtsprechung zum Einsichtsrecht des Patienten in Krankenunterlagen finde auf das Lehranalyseverhältnis analoge Anwendung. Danach kann die Lehranalytikerin die Einsichtnahme in diejenigen subjektiven Inhalte nur insoweit verweigern, als sie ihre eigenen, ebenfalls nach Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG geschützten, Persönlichkeitsrechte betreffen.

Die Kosten für das Kopieren und Unkenntlichmachen (Schwärzen) der Unterlagen habe der Einsichtsberechtigte (§ 811 BGB) zu tragen (vgl. Leitsätze des niedersächsischen Landesjustizportals unter: www.rechtsprechung.niedersachsen.de).

Im November 2013 hat der 3. Zivilsenat des BGH in Karlsruhe die von der Beklagten (Lehranalytikerin) und auch von der Klägerin (Lehranalysandin) gegen das Urteil des OLG Celle eingelegte Revision zurückgewiesen (Urteil des BGH v. 7.11.2013, III ZR 54/13, vgl. Entscheidungsdatenbank über www.bundesgerichtshof.de). Während sich die Revision der Lehranalytikerin gegen die Einsicht in ihre Aufzeichnungen richtete, wehrte sich die Klägerin gegen eine Begrenzung ihres Einsichtsrechts, wie sie das OLG Celle mit Hinweis auf das Persönlichkeitsrecht der Analytikerin angenommen hatte. Der BGH hat sich die Argumentation des OLG Celle zu eigen gemacht, dass im Hinblick auf Inhalt und Methodik kein grundsätzlicher Unterschied

zwischen Behandlung und Lehranalyse bestehe und daher auch die Grundsätze des Einsichtsrechts in Behandlungsunterlagen auf Lehranalysen übertragen werden können:

„Es mag zwar sein, dass eine Dokumentationspflicht für die Durchführung der Lehranalyse nicht besteht. Da sich aber Lehranalyse und therapeutische Analyse inhaltlich und methodisch weitgehend entsprechen und der Sinn der Dokumentation darin besteht, den Verlauf psychotherapeutischer Prozesse festzuhalten, liegt es nahe, dass auch Dokumentationen über Lehranalysen, sofern sie erfolgen, höchst sensible Informationen aus den intimsten Bereichen des Lehranalysanden zum Gegenstand haben. Unabhängig von der Weitergabe an Dritte wird nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts schon mit der Erhebung dieser Daten das allgemeine Persönlichkeitsrecht und die Intimsphäre des Betroffenen berührt, sodass ein berechtigtes Interesse auf Einsichtnahme in diese Unterlagen durch den Lehranalysanden nicht von der Hand zu weisen ist und sein Informationsinteresse auch schon darin zu sehen ist, überhaupt davon Kenntnis zu nehmen, was an intimsten Informationen über ihn festgehalten worden ist. Dementsprechend kommt es auch für die Frage eines Anspruchs auf Einsichtnahme nicht darauf an, ob die Daten zur Weiter-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgängig die maskuline und feminine Form genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

gabe an Dritte bestimmt sind. Ebenso steht einer Auslegung des zwischen den Parteien bestehenden Vertrages dahingehend, dass ein Einsichtsrecht in die geführte Dokumentation besteht, nicht entgegen, dass es sich nicht um eine Behandlung im üblichen Sinn gehandelt hat. In rechtlich nicht zu beanstandender Weise hat das Berufungsgericht darauf abgestellt, dass zwar die Ziele einer Lehranalyse und Psychoanalyse nicht gleich sind, da letztere auf eine Behandlung gerichtet ist. Die Durchführung unterscheidet sich jedoch nicht und deshalb besteht wie bei der Psychoanalyse ein gleichgerichtetes Interesse auf Einsichtnahme in die geführte Dokumentation.“ (Urteil BGH v. 7.11.13: 10 RN 21)

Der BGH hat es nicht für notwendig gehalten, im Einzelnen zu prüfen, ob eine Dokumentationspflicht bei Lehranalysen (Lehrtherapien) als Nebenpflicht aus dem Lehranalysevertrag besteht, macht aber deutlich, dass es sich jedenfalls grundsätzlich nicht um Behandlungen im Sinne des Behandlungsvertrags (630a ff BGB) handelt – andernfalls bestünde eine Dokumentationspflicht gemäß § 630f BGB.

Wird aber eine Dokumentation geführt, besteht grundsätzlich auch das Recht von Lehranalysanden (analog Absolventen einer Lehrtherapie) auf Einsicht. Allerdings konnte sich hier auch die Klägerin mit ihrer Forderung nach uneingeschränkter Einsicht in die Aufzeichnungen nicht durchsetzen. Der BGH sieht das Einsichtsrecht durch das Persönlichkeitsrecht der Analytikerin beschränkt und entsprechende Schwärzungen von Teilen der Aufzeichnung als zulässig an – auch wenn dadurch „eine gewisse Missbrauchsgefahr“ nicht auszuschließen sei:

„Ohne Erfolg bleibt der Einwand der Beklagten, dass die Dokumentation der Lehranalyse nicht vorgeschrieben sei. Das bedeute zugleich, dass die gleichwohl gemachten Aufzeichnungen allein in ihrem Selbstbestimmungsrecht verhaftet seien, und sie sich insoweit ebenfalls auf ihr allgemeines Persönlichkeitsrecht berufen und die Einsichtnahme verweigern könne. Das eigene Persönlichkeitsrecht des Lehranalytikers ist jedoch zum einen dadurch

gewährleistet, dass er die Aufzeichnungen, deren Preisgabe sein eigenes Persönlichkeitsrecht verletzen würde, schwärzen kann. Im Übrigen kann er, da eine Dokumentation nicht gefordert ist, den Umfang der Dokumentation selbst bestimmen und insoweit eine Einsichtnahme durch den Lehranalysanden durch schlichtes Unterlassen der Dokumentation ausschließen. Soweit aber eine Dokumentation von intimen Informationen über den Lehranalysanden erfolgt ist und die Offenbarung nicht das Persönlichkeitsrecht des Lehranalytikers verletzt, weil es nicht um eigene Informationen aus seinem Intimbereich geht, kann das Einsichtsrecht des Lehranalysanden aufgrund des allein schon durch die Dokumentation erfolgten Eingriffs in das allgemeine Persönlichkeitsrecht nicht verneint werden.“ (Urteil BGH v. 7.11.13: 11 RN 22)

„Vergeblich wendet sich die Klägerin gegen die Auffassung des Berufungsgerichts, die Klägerin könne keine uneingeschränkte Einsicht ohne Schwärzungen verlangen. Die Herausgabe der Kopien der Therapieaufzeichnungen ist insoweit beschränkt, als sie den Analytiker betreffende persönlichkeitsbezogene Aufzeichnungen enthalten. Es ist anerkannt, dass auch grundrechtlich fundierte Interessen des Therapeuten einer Einsichtnahme entgegenstehen können (vgl. BVerfG, NJW 1999, 1777; BGH, Urteil vom 6. Dezember 1988 – VI ZR 76/88, BGHZ 106, 146, 151). Ohne Erfolg bleibt die Rüge der Klägerin, durch das Recht auf Schwärzung könne der Analytiker das Recht auf Einsicht entwerten. Die Abwägung der beiden grundrechtlich geschützten Interessen bietet jedoch keine andere Möglichkeit, als dem Analytiker das Schwärzungsrecht einzuräumen. Jede anderweitige Kontrolle würde in unverhältnismäßiger Weise in die Rechte des Analytikers eingreifen, weil er zur Prüfung seiner Rechte Dritten Kenntnis von seinen Aufzeichnungen geben müsste und damit eine Verletzung seines allgemeinen Persönlichkeitsrechts unvermeidbar wäre. Eine gewisse Missbrauchsgefahr ist aus praktischen Gründen dabei nicht auszuschließen (vgl. BGH, Urteil vom 23. November 1982 – VI ZR 222/79, BGHZ 85, 327, 338).“ (Urteil BGH v. 7.11.13: 12 RN 24)

Das OLG Celle hatte zu Informationen in der Dokumentation, die das Persönlichkeitsrecht des Therapeuten betreffen können, ausgeführt:

„Dem Einsichtsrecht vollständig entzogen sind nach den vorstehenden Grundsätzen die höchstpersönlichen Aufzeichnungen des Analytikers zur eigenen „Therapiehygiene“, über die eigenen Assoziations- und Denkprozesse, beispielsweise im Spiel von Übertragung und Gegenübertragung, soweit dadurch ihre eigenen Erlebnisse, Erfahrungen und das eigene Unterbewusste oder ihre Denkweise erkennbar wird. Diese Aufzeichnungen sind nach der vorzitierten höchstrichterlichen Rechtsprechung bei einer therapeutischen Gesprächstherapie für eine Einsichtnahme durch den Patienten tabu und es sind keine Interessen erkennbar, die bei der Lehranalyse zu einem anderen Ergebnis führen würden.“ (www.rechtsprechung.niedersachsen.de: Urteil OLG Celle v. 14.01.2013; 1 U 61/12: Abs. 75)

Kommentar

Aus meiner Sicht ist das Urteil des BGH zu begrüßen. Auch wenn Lehrtherapien keine Behandlungen im juristischen Sinne sind, so sind die (hoffentlich) in Gang kommenden therapeutischen Prozesse analoger Art – wenn Absolventen einer Lehrtherapie in der Lage sind, sich als behandlungsbedürftig zu erleben und sich auf die Bearbeitung ihrer Konflikte, Übertragungsmuster, Symptome bzw. Befindlichkeitsstörungen oder ihres Unbewussten einzulassen. Die dabei entstehenden Aufzeichnungen über Ausbildungsteilnehmer sind höchstpersönlicher Art und unterliegen dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Insoweit hat der BGH zutreffend erkannt, dass sich Personen, die den Heilberuf des Psychotherapeuten ergreifen, in ihrer Lehrtherapie mit ihrer ganzen Persönlichkeit und Subjektivität einbringen und dadurch ein besonderes Schutzbedürfnis entsteht.

Da Lehranalysen bzw. Lehrtherapien keine Behandlungen im Sinne eines Behandlungsvertrages sind, besteht keine Pflicht zur Dokumentation im Sinne von § 630f BGB. Ob eine entsprechende Nebenpflicht

aus dem Lehrtherapievertrag besteht und wie weit diese im Hinblick auf den Umfang der Dokumentation gegebenenfalls reichen würde, ist derzeit noch nicht geklärt. Aus meiner Sicht sind die Berufs- und Fachgesellschaften hier aufgefordert, Grundsätze und Mindestanforderungen für eine Dokumentation lege artis zu entwickeln – einerseits von Behandlungen (Patienten) und andererseits von Lehranalysen bzw. -therapien (Ausbildungsteilnehmer). Diese könnten dann auch Gerichten als Entscheidungsgrundlage bei entsprechenden Verfahren dienen. Wie bei jeder Psychotherapie kann es auch bei Lehrtherapien zu schwierigen Situationen zwischen den Beteiligten und zu fehlerhaftem Verhalten von Lehrtherapeuten kommen – und es gibt bereits eine Reihe von Beispielen für grenzverletzendes Verhalten von Lehranalytikern und Lehrtherapeuten. Die Klärung der Frage, ob es zu einem Behandlungsfehler gekommen ist, war Ausgangspunkt des hier kommentierten Verfahrens, da

„die Lehranalyse (...) nach 400 Stunden in ein Arzt-Patienten-Verhältnis umgeschlagen [war], nachdem die Beklagte (...) erklärt habe, sie sei therapiebedürftig. Bei der anschließenden Therapie sei es zu Therapiefehlern gekommen, sodass sie an einem „posttherapeutischen Belastungssyndrom“ leide. Für dessen Behandlung seien Kosten in Höhe von 15.000 € entstanden. Die Klägerin hat weiter geltend gemacht, dass ihr ein Schmerzengeld in Höhe von 25.000 € zustehe. Zur Durchsetzung dieser Ansprüche sei sie auf die handschriftlichen Aufzeichnungen der Beklagten angewiesen, die diese während der Lehranalyse angefertigt habe.“ (Urteil BGH v. 7.11.13: 3 RN 4)

Am Rande sei erwähnt, dass der Ausgangspunkt der Selbsterfahrung zwar nicht immer *behandlungsbedürftige* Symptome sind (sondern der Wunsch, Psychotherapeut zu werden), dass neurotische Symptome aber ubiquitär vorhanden sind, in der Lehrtherapie deutlich(er) zutage treten

und ihr Gegenstand sind – gerade auch im Hinblick auf den Berufswunsch. Eine klare Abgrenzung zwischen Behandlung und Lehrtherapie ist kaum möglich und fachlich wohl auch wenig sinnvoll. Daher scheint es sachgerecht, von einer Nebenpflicht zur Dokumentation aus dem Lehranalysevertrag bzw. aus dem Lehrtherapievertrag auszugehen – wie sie auch das OLG Celle in seinem Urteil dargelegt hat.

Aufzeichnungen zu Lehrtherapien sind nicht nur aus juristischen Gründen sinnvoll – weshalb sollten Absolventen im Hinblick auf ein fehlerhaftes Vorgehen der Lehrtherapeuten wegen fehlender Dokumentationspflicht schlechter gestellt sein als Patienten? Sie dienen auch der Strukturierung des behandlungstechnischen Vorgehens mittels der Verschriftlichung und haben gerade bei langen Ausbildungstherapien einen Sinn, weil auch Lehranalytiker den Prinzipien des Vergessens, Verdrängens und Verleugnens unterliegen. Insoweit stellen die Aufzeichnungen einen inneren Raum der Verarbeitung und des Containments dar.

Insbesondere dann, wenn es zu Konflikten in der Lehranalyse bzw. Lehrtherapie kommt, können Notizen zum Stundenverlauf und zu entsprechenden Interventionen (z. B. Reaktion auf Kritik und Vorwürfe des Lehranalysanden gegenüber dem Lehranalytiker) hilfreich sein, um darlegen zu können, dass ein sorgsamer Umgang mit diesen Situationen erfolgt ist und wesentliche fachliche Standards (z. B. Neutralität und Abstinenz) nicht verletzt worden sind.

Die vom BGH hervorgehobene Beschränkung des Einsichtsrechts durch das Persönlichkeitsrecht der Psychotherapeuten (das im Einzelfall zu einer Schwärzung von Teilen der Aufzeichnung führen kann) ist Ausdruck eines Rechtsstaatsprinzips, das einen Ausgleich der verschiedenen grundrechtlich geschützten Rechte vorzunehmen versucht. Allerdings hat dieser Ausgleich keinen expliziten Eingang in das im

Patientenrechtegesetz verankerte Einsichtsrecht in die Patientenakte (§ 630g BGB) gefunden. Aus dem Umstand, dass Persönlichkeitsrechte der Behandler hier keine Erwähnung finden, ergeben sich insofern verfassungsrechtliche Fragen. Denn wenn Psychotherapeuten sehr persönliche, intime Anmerkungen in die Patientenakte aufnehmen, gerade weil diese im Zusammenhang der Behandlung von therapeutischer Bedeutung sind, könnte die uneingeschränkte Einsichtnahme durch Patienten ihre Persönlichkeitsrechte erheblich beeinträchtigen. Es ist nicht erkennbar, weshalb die diesbezügliche Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (auf die auch der BGH in seinem Urteil zur Einsicht in die Aufzeichnungen der Lehranalyse verweist) im Bereich des Patientenrechtegesetzes keine Wirkung entfalten sollte.



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

Dr. Jürgen Thorwart

Marktplatz 13
85375 Neufahrn
j.thorwart@freenet.de

Das Netz fängt nicht auf, sondern ein – Über Bequemlichkeit und die Erosion der Privatsphäre

Hans Metsch

Zusammenfassung: Man muss Edward Snowden schon alleine dafür dankbar sein, dass er uns in unserem Schlaf der Gerechten relativ nachhaltig gestört und eine Diskussion entfacht hat, welche die normale Halbwertszeit der Themen des politischen und gesellschaftlichen Alltags inzwischen deutlich überschreitet. E-Mail und Internet sind extrem hilfreich im privaten und beruflichen Alltag – und dazu noch wunderbar bequem. Wir werden verführt und angeleitet, unsere Privatsphäre und die unserer Patienten dafür aufzugeben. Und wir merken meist nicht einmal, dass und wie wir das tun. Der Artikel gibt einen kurzen Überblick sowie einige praktische Empfehlungen. Er ist in keiner Weise vollständig, sondern möchte anregen, dem Thema gegenüber wach zu bleiben, und plädiert für eine „intelligente Beweglichkeit“ im WWW-Dschungel.

Das World Wide Web basiert(e) auf dem wunderbaren Gedanken, dass jeder gibt, was er kann, und nimmt, was er braucht. 2011 ist es 20 Jahre alt geworden und nichts hat jemals unser Leben in so kurzer Zeit so drastisch verändert. Ein Großteil unserer privaten, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kommunikationsprozesse ist ohne WWW und E-Mail nicht mehr vorstellbar (die E-Mail und das Internet als solches gibt es schon etwas länger; Letzteres entstand aus militärischen und Universitätsnetzwerken in den USA; in Frankreich gab es seit den 1980er-Jahren *Minitel*, das ebenfalls eine Art Vorläufer war; das WWW selbst wurde von Tim Berners-Lee am CERN¹ in Genf entwickelt). Am Anfang war noch einiges an technischem Verständnis nötig, um an den informationellen Segnungen teilzuhaben oder gar selbst dazu beizutragen. Spätestens mit dem sogenannten „Web2.0“, dem Mitmach-Internet, änderte sich das jedoch völlig. Heute gibt es für alles vorgefertigte Lösungen, eigene Programmierkenntnisse sind nicht mehr nötig und jeder kann ganz spontan und ohne Vorkenntnisse aktiv und passiv teilnehmen. Zur Spontanität kommt die Bequemlichkeit, und diese beiden haben es

inzwischen mühelos geschafft, dem Nutzer und der Nutzerin² ein kuscheliges, quasi-familiäres Gefühl zu vermitteln, das die Preisgabe der Privatsphäre fast selbstverständlich werden lässt. So „posten“ Kinder und Jugendliche auf Facebook bedenkenlos intime Texte und Fotos („das können ja nur meine Freunde sehen“), und in manchen Foren lassen auch Erwachsene sozusagen „die Hosen runter“ und stellen Beiträge ein, die sie nie und nimmer in dieser Form zu Papier bringen und absenden würden. Das betrifft fast alle, auch Akademiker. Ich bin manchmal in Ärzteforen unterwegs und staune wirklich über diese Unbekümmertheit. Der Gedanke scheint zu sein, dass man sich dort ja anmelden müsse und daher „unter sich“ sei.

Die Wahrheit ist, dass alles, was im Netz steht, eine Veröffentlichung ist. Und diese Veröffentlichung ist permanent. Jedenfalls meistens. Denn das Internet vergisst nichts. Es hat ein Gedächtnis, z. B. *www.archive.org*. Und die Wahrheit ist auch, dass man sich nicht einbilden darf, man sei dort anonym, nur weil man ein Pseudonym verwendet. Die „Fingerabdrücke“, die ein Computer im Internet zurücklässt, ma-

chen eindeutige Rückschlüsse leicht möglich. Wenn Sie Lust haben, probieren Sie aus, wie viele Rechner bzw. Browser genau dieselben Identifizierungs-Bits senden, wie der Ihrige: Gehen Sie auf <https://panoptlick.eff.org> und drücken Sie den roten Knopf. Schon 20 Bits, d. h. eine Folge von zwanzig Nullen und Einsen, reichen aus, um über eine Million Rechner eindeutig zu unterscheiden. Und weil die sogenannten IP-Nummern, die allen am Internet teilnehmenden Rechnern zugeordnet sind, regional vergeben werden, kann *jede* Website im Prinzip leicht ermitteln, wo Sie ungefähr mit Ihrem Rechner sitzen.

„Big Data“ – Was wird aus der Schweigepflicht?

Das Netz ist nicht nur ein Netzwerk, sondern auch ein Schleppnetz. Seit die Speicherkapazitäten und die Rechenleistung so angewachsen sind, dass sie der umfassenden Datensammlung keine Hindernisse mehr in den Weg legen, wird diese auch betrieben. Die großen Internetkonzerne wie Google, Facebook, Amazon usw. sammeln alles, was sie kriegen können. Und zwar nicht nur, wenn man ihre Seiten besucht, sondern bei allen Seiten, die auf sie verweisen. Jede Seite, auf der das „Gefällt mir“ auftaucht, verbindet den Nutzer sofort und

1 Europäische Organisation für Kernforschung (Conseil Européen pour la Recherche Nucléaire, CERN).

2 Im Folgenden werden nicht immer beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

automatisch mit Facebook, wo die Daten des Rechners gesammelt werden.

Facebook-Teilnehmer sind nämlich, wie es Richard Stallman formulierte, keine Kunden, sondern sie sind die Ware.³ Sogenannte „tracker“ d. h. kleine Einschübe im Code der allermeisten kommerziellen Websites, die den Rechner bei irgendeiner Datensammelstelle melden, arbeiten, ohne dass der normale Anwender das Geringste davon merkt.

Neuerdings gibt es eine weitere bequeme Möglichkeit, seine Daten zu verwalten und für alle Computer und Smartphones synchron verfügbar zu haben: die Cloud. Cloud-Computing heißt, seine Daten auf einen Server im Netz auszulagern und über das Internet aufzurufen, anstatt sie auf der eigenen Festplatte zu speichern. Alle großen Internet- und Telekommunikationskonzerne bieten diese Möglichkeit inzwischen an. Ich bin mir nicht sicher, ob unbefugte Zugriffe auf die eigene Festplatte leichter durchzuführen sind als auf einen Cloud-Server. Sicher scheint mir allerdings, dass Daten auf einem fremden Server der eigenen Kontrolle zumindest teilweise entzogen sind und dass deshalb bei Patientendaten eine solche Auslagerung ohne ausdrückliche Zustimmung der Patienten einen Bruch der Schweigepflicht darstellen würde.

Die Schweigepflicht unterliegt überhaupt einer stetigen Erosion. Ein Beispiel dafür ist die inzwischen übliche *Caller-ID*, d. h. die Übermittlung der anrufenden Nummer beim Angerufenen. Viele Leute gehen nicht mehr ans Telefon, wenn „Unbekannt“ anruft. Sie tragen damit – genau wie Ärzte und Psychotherapeuten, die die Rufnummerübermittlung nicht abgeschaltet haben – dazu bei, die Schweigepflicht auszuhöhlen, denn es kommt nicht selten vor, dass Psychotherapeuten und bestimmte Ärzte vertraulich und ohne Kenntnis der Familienangehörigen kontaktiert werden und bei einem Rückruf dann über die übermittelte Telefonnummer leicht zu identifizieren sind. Man mag einwenden, dass das im Zeitalter des persönlichen Handys eine kleine Gefahr ist, aber der bequeme und sorglose Umgang mit diesen Geräten macht die Überprüfung der dort getätigten und empfangenen Kommunikationen in

der Regel zu einem Kinderspiel. Bei Festnetzanschlüssen von nicht alleinlebenden Erwachsenen besteht eine hohe Gefahr der Schweigepflichtverletzung, die aber mittlerweile von Psychotherapeuten wie Patienten klaglos hingenommen wird.

Immer wenn patientenbezogene Daten in irgendeiner Form durchs Netz laufen, sind sie im Prinzip kompromittiert. Man muss sich dann auf die Verschlüsselung verlassen, die zwar für Feld-, Wald- und Wiesen-Hacker ein Hindernis darstellen dürfte, nicht aber für Profis, wie sie z. B. in den Geheimdiensten und an anderen Stellen sitzen. Ich habe den Eindruck, dass die im Juni 2013 durch die Enthüllungen Edward Snowdens bekannt gewordenen Ausspähpaktiken der Geheimdienste für viele Menschen tatsächlich eine Überraschung waren, die das heimelige Internet-Gefühl wenigstens vorübergehend erschüttert haben.

Geheimdienste heißen aber Geheimdienste, weil ihre Operationen geheim und illegal sind. Es gibt inzwischen in den westlichen Demokratien zwei sehr mächtige Instanzen, die keinerlei demokratischer Kontrolle mehr unterliegen: die Finanzmärkte und die Geheimdienste. Politiker, die erwarten, im parlamentarischen Aufsichtsausschuss die Wahrheit über die Tätigkeit der Geheimdienste zu erfahren, sind bestenfalls naiv. Ein Dienst wie die NSA verfügt über eine unvorstellbare Computer-Power und auch über die Spezialisten, die sie bedienen können. Weil die meisten großen Computerkonzerne amerikanisch sind und selbst weltweit Daten sammeln, wird die NSA mit ziemlicher Sicherheit ihre Leute an allen Schaltstellen sitzen haben, auch global an den Backbones und den Internet-Knoten, über die der Datenverkehr läuft. Die Datenauswertung geschieht algorithmisch in den Rechenzentren, also mit einer nahezu grenzenlosen Kapazität und Geschwindigkeit. Vorbei sind die Zeiten der „Firma Horch und Guck“, wo irgendwelche Schlapphüte ihre durch Observation gewonnenen Erkenntnisse auf Schreibmaschinen tippten. Jedoch ist dieses Bild noch in den Köpfen, was effektiv verhindert, sich das Ausmaß und die Genauigkeit der Spionage heutzutage überhaupt vorzustellen. Man macht sich ja schon kaum noch Gedanken über die Tat-

sache, dass viele Smartphones nicht wirklich abgeschaltet werden können, ohne sie zu zerstören, und dass sie, solange sie überhaupt noch funktionieren, Signale aussenden, die ihre Ortung auf wenige Meter genau möglich machen.

Was diese Aktivitäten angeht, ist die Schlacht um die Datensicherheit – und in erheblichem Umfang auch die Privatsphäre – für die Bürger endgültig verloren. Trotzdem kann und sollte man natürlich auf niedrigerer Ebene noch etwas dafür tun, auch wenn das leider deutlich auf Kosten der Bequemlichkeit geht. Dazu in aller Kürze ein paar Empfehlungen, die natürlich nicht vollständig sein können und je nach Ihrem eigenen Kenntnisstand bzw. den Besonderheiten Ihres Rechners vielleicht durch eine Beratung beim IT-Spezialisten Ihres Vertrauens ergänzt werden sollten.

Was tun?

Die sicherste Lösung

Sie können für alle Praxisdaten einen Rechner verwenden, der keine Außenverbindung hat. Außer der verschlüsselten Abrechnungsdatei werden von dort keinerlei Patientendaten auf andere Geräte übertragen, vor allem nicht auf Smartphones oder Tablets.

Updates des Praxisprogramms, Abrechnungsdateien etc. können Sie für den Transport zwischen den Geräten auf Memory-Sticks kopieren und die Abrechnung nach dem Versenden wieder löschen.

Jetzt zu den etwas weniger sicheren, aber noch immer gangbaren Maßnahmen

Rechner-Einstellungen

Für Internet und E-Mail können Sie ein eigenes Nutzerkonto verwenden, das keine sogenannten Admin-Rechte hat, sodass unbefugte Zugriffe auf Ihren

³ Vgl. www.heise.de/tp/artikel/35/35152/1.html

Rechner erschwert werden. Erlauben Sie nicht, dass der Rechner Passwörter speichert. Verwahren Sie Ihre Passwörter an einem sicheren Ort.

Passwörter

Verwenden Sie sichere Passwörter. Die Stärke von Passwörtern können Sie im Internet prüfen, beispielsweise unter www.wiesicheristmeinpasswort.de. Es ist ratsam, verschiedene Passwörter für verschiedene Anwendungen zu benutzen und sie immer mal wieder zu ändern.

W-LAN

Ein offenes W-LAN (WiFi) ohne Verschlüsselung und Passwort ist eine wirklich schlechte Idee.

Firewall

Die meisten DSL-Router haben eine eingebaute Firewall, die dazu dient, bestimmte Internetverbindungen zu überwachen und ggf. zu unterbinden. Man sollte jedoch zusätzlich eine weitere auf dem Rechner haben. Für Windows gibt es z. B. Zone-Alarm (www.zonealarm.de), und für Apple Macintosh gibt es Little Snitch (www.obdev.at/little-snitch). Damit kann man Internet-Verbindungen des Rechners überwachen und selektiv regulieren.

E-Mail

E-Mails sind kein sicheres Medium. Ihre Verschlüsselung ist möglich, z. B. mit Truecrypt (www.truecrypt.org), aber nicht ganz einfach, weil Absender und Empfänger denselben Schlüssel benötigen. Für die Kontaktaufnahme des Psychotherapeuten an den Patienten sollte eine Genehmigung vorliegen, die aber implizit besteht, wenn der Patient selbst den Kontakt initiiert. Machen Sie bei Sendungen an mehrere Empfänger *unbedingt* Gebrauch von der Versendart BCC (*Blind Carbon Copy*), bei der die Empfänger in den Kopfzeilen der E-Mail nicht angezeigt werden. Ellenlange offene Empfängerlisten entspringen oft einem durchaus freundlichen Transparenzgedanken, sind aber „fette Beute“ für Spammer (falls ein Virus oder Trojaner sie – oder Ihr Outlook-Adressbuch, das Sie ebenfalls leer lassen sollten –

ausliest). Antworten Sie nie auf Spam, auch nicht, um sich vom Verteiler abzumelden. Damit haben Sie nämlich „gestanden“, dass E-Mails an diese Adresse gelesen werden und sie kann (und wird) dann weiterverkauft werden.

Browser-Einstellungen

(am Beispiel Firefox; genaue Anleitung gibt es unter www.support.mozilla.org/de/products/firefox):

- Blockieren Sie Pop-up-Fenster.
- Verbieten Sie Tracking (fraglich, ob das viel nützt, aber man kann es mal probieren. Ghostery (s. u.) ist besser.)
- Verwenden Sie den Private Browsing Mode oder stellen Sie die Browser-History so ein, dass sie, samt Cache-Speicher, Formularen, Suchbegriffen und evtl. noch aktiven Log-ins beim Schließen von Firefox gelöscht wird. Schließen Sie den Browser dann regelmäßig. Lassen Sie ihn möglichst nicht tagelang im Hintergrund offen.
- Erlauben Sie keine Cookies von Dritseiten. Behalten Sie andere Cookies, bis Firefox geschlossen wird. Sie können bestimmte Ausnahmen definieren, etwa solche, in denen Seiteneinstellungen gespeichert sind, die Sie immer wieder brauchen, beispielsweise Spracheinstellungen bei YouTube usw. Es sei an dieser Stelle vermerkt, dass es inzwischen Cookies gibt, die kaum noch löscherbar sind und damit ähnlich wie Trojaner arbeiten. Siehe dazu: www.heise.de/tp/blogs/6/150231.
- Verbieten Sie die unautorisierte Installation von *Add-ons*/Erweiterungen.
- Blockieren Sie gemeldete Angriffs-Seiten oder Fälschungen von Seiten (Firefox verbindet sich automatisch mit einigen Diensten, die diese Informationen bereitstellen.)
- Verbieten Sie auch dem Browser die Speicherung von Passwörtern.
- Lassen Sie den Browser warnen, wenn eine Website Sie automatisch mit einer anderen Website verbinden will (sogenannter *Redirect*).

Browser-Erweiterungen

Für manche Browser gibt es sogenannte Erweiterungen (*Extensions, Add-ons*). Hier sind einige wichtige am Beispiel Firefox aufgeführt:

- *NoScript*: Erlaubt die selektive Abschaltung von Javascript, das auf fast allen Websites verwendet wird. Weil es aber Schadcode enthalten kann, sind Sie auf der sicheren Seite, wenn Sie es generell verbieten und nur bei vertrauenswürdigen Websites einschalten.
- *AdBlock Plus*: Unterbindet selektiv oder global die Werbung auf Websites.
- *Ghostery*: Findet und unterbindet die meisten „tracker“ (abonnieren Sie dazu eine entsprechende Liste).
- *HTTPS Everywhere*: Prüft, ob eine verschlüsselte Verbindung (*https*) möglich ist und wählt sie ggf. aus.
- *BetterPrivacy*: Löscht sogenannte Flash-Cookies, die relativ hartnäckig sind und durch die normalen Cookie-Löschungen nicht gefunden werden. Vorsicht: Löscht damit u. U. auch gespeicherte Einstellungen von Computerspielen.

Suchmaschinen

Es gibt sehr gute Alternativen zu Google, z. B. die europäischen Suchmaschinen Ixquick (www.ixquick.com) und Startpage (www.startpage.com). Beide sammeln keine IP-Nummern; Ixquick bietet einen Proxy-Service (d. h. Ihre Anfrage wird als Anfrage von Ixquick weitergeleitet, sodass Ihre eigenen Rechnerdaten nicht übertragen werden) und Startpage sucht mithilfe der Google-Engine, ohne aber Ihre Daten zu sammeln (www.startpage.com/deu/protectprivacy.html).

Soziale Netzwerke

Patiententermine etc. über Facebook (oder ein anderes soziales Netzwerk) auszumachen, ist sehr bedenklich. In sozialen Netzwerken ist nur eines sicher: dass nichts sicher ist.

Bewertungsportale/Foren

Was über uns von anderen ins Internet gestellt wird, ist kaum noch überschaubar. Sich selbst gelegentlich in Suchmaschinen und in Bewertungsportalen aufzurufen, ist weniger eine narzisstische Selbstbespiegelung als eine lästige Pflicht. Bewertungsportale sind eine Schnapsidee, wenn Sie mich fragen. Unter dem Deckmantel der Transparenz und des Wettbewerbs wird dem Betrug (man schreibt seine eigenen Bewertungen von verschiedenen Rechnern aus) und manchmal auch der Verleumdung Tür und Tor geöffnet. Schauen Sie also ab und zu wenigstens in den großen Portalen nach. Einige der größten sind:

- www.weisse-liste.arzt-versichertenbefragung.aok-arztnavi.de
- www.vdek-arztlotse.de
- www.jameda.de
- www.arzt-auskunft.de/de/alles-ueber-die-arzt-auskunft/empfehlungspool.html
- www.docinsider.de

Weitere finden Sie über Suchmaschinen („Arztbewertung“). Nicht in allen ist Psychotherapie aufgeführt.

Hier noch einige Verweise zur weiteren Lektüre

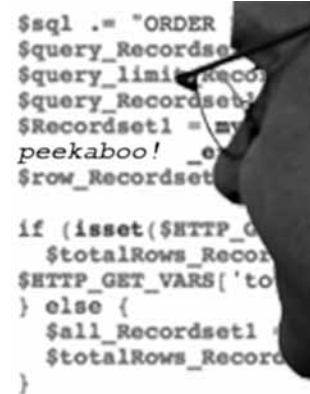
- Ein psychotherapeutischer Kollege hat eine schöne Website zum Thema Schweigepflicht gemacht: www.schweigepflicht-online.de

- Laufende Nachrichten zu Sicherheitsthemen gibt es bei: www.heise.de/security
- Ausführliche Zusammenfassung der NSA-Affäre ebenfalls bei Heise (Stand: Dezember 2013): www.heise.de/extras/timeline
- Rechtssicherheit in der Cloud: www.e-recht24.de/artikel/blog-foren-web20/7115-rechtssicher-in-der-cloud-ihre-daten-beidropbox-icloud-google-drivea-co.html
- Ratgeber Cloud-Computing: www.techfacts.de/ratgeber/cloud-computing-im-detail
- Zeit-Serie: Mein digitaler Schutzschild: www.zeit.de/serie/mein-digitaler-schutzschild
- Leitfaden Schweigepflicht der LPK-BW und der LÄK-BW: www.lpk-bw.de/archiv/news2011/pdf/110329_leitfaden_schweigepflicht_und_datenschutz.pdf

Ein persönliches Wort zum Schluss

Ich bin schon ziemlich lange im Internet unterwegs. So lange, dass ich das Wahre, Gute und Schöne des ursprünglichen Gedankens noch erkenne und wertschätze. Deshalb tut es mir leid, hier der Überbringer weitgehend schlechter Nachrichten zu sein, und ich hoffe, dass wir es vielleicht doch noch schaffen, den Nutzen zu mehren und so viel Schaden

wie noch möglich abzuwenden. Aber ganz bequem wird es wohl nicht werden.



Hans Metsch, Dipl.-Psych., ist niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut und Kinder-/Jugendpsychotherapeut, akkreditierter Supervisor für Verhaltenstherapie und Systemische Therapie/Familien-therapie, Autor verschiedener Internet-Projekte und seit 2001 Webmaster der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Dipl.-Psych. Hans Metsch

70839 Gerlingen
praxis@psyon.de

Für die Durchsicht des Manuskripts danke ich Herrn Johnny Varsami und Frau Ass. jur. Stephanie Tessmer, beide LPK-BW.

Der Einsatz eines Therapiehundes in der tiefenpsychologischen Kinderpsychotherapie

Gerd Ganser

Zusammenfassung: Der Einsatz eines Therapiehundes in einer tiefenpsychologischen Kinderpsychotherapie verändert das Setting und eröffnet die Möglichkeit, triangulierende Prozesse zu fördern. Ein Hund kann die Patientinnen und Patienten¹ motivieren, sich für den Psychotherapieprozess zu öffnen, und die Psychotherapie lebendiger werden lassen. Die Reaktionen eines Hundes mit seinen besonderen „Antennen“ verweisen auf frühe, vorsprachliche Erfahrungen, die psychotherapeutisch aufgegriffen werden können. Wichtige Therapiethemen wie Aggression, Libido und Anpassung inszenieren sich durch den Hund konkret erfahrbar im Therapieraum und können durch szenisches Verstehen und Mentalisieren im psychotherapeutischen Prozess bearbeitet werden.

Der Artikel beschreibt den Einsatz eines dafür ausgebildeten Hundes in einer tiefenpsychologisch orientierten Kinderpsychotherapie. Tiere, insbesondere Pferde und Hunde, werden in durchaus beachtlichem Umfang in pädagogischen und therapeutischen Feldern eingesetzt. Die Wirkfaktoren der sogenannten „tiergestützten Interventionen“ sind Ziel einer Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen in therapeutischen und pädagogischen Bereichen, wobei davon ausgegangen wird, dass der Pädagoge bzw. Psychotherapeut das Tier im Rahmen seiner Profession einsetzt.² Nicht das Tier macht also die (Psycho) Therapie, sondern der Psychotherapeut mithilfe des Tieres, so wie der Kinderpsychotherapeut auch andere Medien in der Psychotherapie nutzt (Puppen, Malen, Sandspiel etc.). Der Hund ist dabei allerdings kein Mittel wie jedes andere, da er als lebendiges, fühlendes Wesen die gesamte Therapiesituation verändert und Möglichkeiten eröffnet, die anderes „Spielmaterial“ nicht bietet. Der Artikel beleuchtet zwei Fragestellungen: Wie verändert die **Anwesenheit** eines Hundes die Therapiesituation? Wie kann der Psychotherapeut die **Interaktion** zwischen Patient und Hund gezielt psychotherapeutisch nutzen?

Die Anwesenheit des Hundes

Die Kontaktaufnahme

Die Eltern berichten häufig, dass es für sie leichter war, ihr Kind für den Gang zum Psychotherapeuten zu motivieren, wenn sie ihrem Kind ein Bild meiner Hündin auf meiner Homepage zeigten. Kinder sind in der Regel sehr an Tierkontakten interessiert und kommen so mit einer deutlich positiveren Erwartungshaltung ins Erstgespräch. Die Anwesenheit des Hundes beim Erstkontakt kann dann etwa genutzt werden, indem der Therapeut etwas vom Hund erzählt, sich für die Erfahrungen des Kindes mit Hunden interessiert und den ersten Kontakt des Kindes mit dem Hund einfühlsam gestaltet. Im Fokus der Aufmerksamkeit steht dann nicht das psychische Symptom, die vielleicht peinlich erlebte Erkrankung oder das „Versagen“ des Kindes, sondern eine interessante, positive Beziehungserfahrung im Hier und Jetzt des therapeutischen Raumes. Dabei kann das Kind auch beobachten, wie der Psychotherapeut mit dem Hund umgeht, wie er beispielsweise die Unsicherheit des Hundes aufgreift, akzeptiert und verbalisiert. Das Kind kann übertragen bzw. hoffen, dass der Psychotherapeut ebenso mit der Unsicherheit und Angst des Kindes, die im Erstkontakt sicherlich besteht, angemessen umgehen wird. Die Anwesenheit des Hundes und die

entstandene positive Atmosphäre erleichtern das Sprechen über die Schwierigkeiten, aufgrund derer das Kind zur Psychotherapie kommt. Mit „Anwesenheit“ ist gemeint, dass der Hund präsent ist, einbezogen wird und eine Möglichkeit zur Beziehungsaufnahme bietet, und nicht, dass ein Hund in einer Ecke des Raumes liegt.³

Die Eltern des elfjährigen Benno (Name geändert) wandten sich an mich als Psychotherapeuten, weil ihr Sohn in der Schule gemobbt wird. Sie berichten: Benno habe es auch ansonsten schwer mit Kontakten zu anderen Kindern und bis heute keinen Freund gefunden, sodass er außerhalb der Schule ausschließlich mit der Schwester und der Mutter bzw. dem Vater seine Freizeit verbringe. Benno sei sehr ängstlich, was er aber nicht zugebe und mit wortreichen Erklärungen zu verdecken versuche. Eine Schwierigkeit sehen die Eltern darin, dass Benno nicht zu einer Psychotherapie kommen wolle, weil aus seiner Sicht nicht er selbst verkehrt oder krank sei, sondern die ihn mobbenden Kinder ihr Verhalten verändern müssten – womit er ja auch teilweise

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt. Selbstverständlich sind Männer und Frauen, Jungen und Mädchen gleichermaßen gemeint. Ich benutze in diesem Text die männliche Form für „Psychotherapeut“ und „Patient“, weil ich beim Psychotherapeuten an mich selbst denke und überwiegend männliche Patienten behandle. Ich hoffe, dass sich Psychotherapeutinnen und Patientinnen dadurch nicht diskriminiert fühlen.

2 Eine kritische Zusammenschau des aktuellen Forschungsstandes findet sich bei Wohlfahrt, Mutschler & Bitzer (2013).

3 Vgl. Prothmann (2008). Die hier beschriebene Einbeziehung des Hundes unterscheidet sich allerdings wesentlich von dem Vorgehen bei Prothmann.

recht hat. Die Eltern bestehen aber gegenüber Benno darauf, dass er sich wenigstens einmal den Psychotherapeuten und seinen Hund ansieht. So lerne ich ihn mit seinen Eltern im Erstgespräch kennen.

Benno ist ein schlanker, fast dürrer Junge mit langen blonden Haaren. Auffallend sind neben seinem femininen Äußeren auch seine Bewegungen und seine Körperspannung und Haltung. Er bewegt sich unharmonisch, irgendwie eckig, geht stolpernd mit nach innen gedrehten Füßen. Ich kann mir sofort gut vorstellen, dass er auf dem Schulhof Ziel von Spott und Abwertung ist. Nach der Begrüßung mache ich Benno auf Danka, meine Golden Retriever Hündin, aufmerksam, die auf der anderen Seite des großen Therapieraumes auf ihrer Decke liegt und neugierig herüber schaut. Benno meint, dass er gut mit Hunden klarkomme und auch vor großen Hunden überhaupt keine Angst habe. Ich erzähle etwas von der Geschichte Dankas: Wie sie in Dänemark auf dem Land mit ihren vielen Geschwistern im Rudel groß geworden ist; welche große Angst sie hatte, als sie hier in die Stadt gekommen ist und so viele neue Geräusche, Gerüche und andere Hunde kennengelernt hat; wie ich Danka dabei begleitet und unterstützt habe, ihre Angst zu überwinden, und dass Danka auch heute noch sehr vorsichtig gegenüber Fremden ist. Ich frage Benno, ob er das Begrüßungsspiel mit Danka machen wolle, um es ihr zu erleichtern, zu uns zu kommen, um ihn kennenzulernen. Er stimmt zu und so rufen wir Danka und Benno gibt ihr nach einem bestimmten Ritual ein Leckerli. Mir fällt auf, dass Danka noch zurückhaltender als üblich kommt. Sie hält ihren Kopf gesenkt, bewegt sich langsam, vorsichtig, mit hängendem Schwanz und sieht immer wieder zu mir hin. Sie braucht meine mimische Aufforderung, um weiter zu gehen. Benno streichelt Danka dann nur am Hinterkopf und hält einen möglichst großen Abstand zu ihrem Maul, indem er seinen Arm so verdreht, dass die Armhaltung seltsam anmutet. Ein normales Streicheln ist so gar nicht

möglich. Entgegen seinen verbalen Behauptungen ist seine Angst offensichtlich. Ich unterhalte mich mit Benno über Dankas Angst vor anderen Hunden und habe den Eindruck, dass wir eigentlich über Bennos Angst sprechen – seine Angst vor dem unbekanntem Psychotherapeuten und davor, als krank angesehen zu werden, seine Angst vor dem großen Hund, also seine konkrete Angst im Hier und Jetzt der Situation, und seine grundsätzliche Angst, die ihn hier zur Psychotherapie gebracht hat. Er hat viel Verständnis für Dankas Angst und meint, dass sie es auch wirklich schwer habe, sich gegen potenzielle Angreifer zu wehren, weil sie ja als Therapiehund nicht aggressiv sei und nicht beißen dürfe – so lautet seine Phantasie und Projektion. Er selbst kenne das auch. In der Schule werde er oft von anderen Kindern gemobbt, und weil er nicht zurückschlagen wolle, könne er sich auch nicht wehren ... das sei wie bei Danka. Jetzt ist es möglich, mit Benno über seine Erfahrungen in der Schule zu sprechen, und wir kommen darüber ins Gespräch, warum er heute hierher zur Psychotherapie gekommen ist.

Nach diesem Erstgespräch will Benno auf jeden Fall wieder kommen. Die Anwesenheit und Einbeziehung von Danka hat dazu beigetragen, dass sich Benno entgegen seinen ursprünglichen Befürchtungen auf eine Psychotherapie einlassen konnte und schon im Erstgespräch das wesentliche Thema verbalisiert werden konnte, ohne dass sich Benno stigmatisiert, krank oder abgewertet fühlen musste. (Die Fallvignette wird weiter unten fortgeführt.)

Der „Dritte“ im Raum

Wenn das Kind den Hund als eigenständiges Subjekt, als „Du“ (Du-Evidenz) wahrnimmt, wird die normalerweise dialogische therapeutische Situation durch die Anwesenheit des Hundes zum Dialog, zur kleinen Gruppe, in der es mehrere unterschiedliche Beziehungen gibt und in der der Psychotherapeut oder der Patient den jeweils anderen bei einer Interaktion beobachten kann. Diese Situation eröffnet die

Möglichkeit, (psycho)therapeutische Techniken aus der systemischen Arbeit und Gruppenbehandlung einzusetzen (z. B. zirkuläres Fragen). Des Weiteren bietet sich der Hund als Projektionsfläche an. Aggressive wie auch libidinöse Bedürfnisse und Ängste können auf den Hund projiziert werden, ohne die therapeutische Beziehung zu belasten. Wie in einer Gruppentherapie kann der Psychotherapeut vielmehr „neben“ oder „hinter“ dem Patienten stehen und mit ihm zusammen die Projektionen untersuchen. Wäre der „Dritte“ im Raum ein anderer Mensch, müsste man beim Verbalisieren und Agieren der Affekte auf diesen Mitmenschen Rücksicht nehmen. Eine Eigenart der tiergestützten Psychotherapie ist, dass man mit dem Patienten alles besprechen kann, ohne dass der Hund dies versteht und seinerseits auf das Besprochene reagiert oder vor verbalen Projektionen geschützt werden müsste. Ein spezifischer Vorteil ist dabei, dass der Psychotherapeut relativ einfach von der intimen Zweierbeziehung zur Einbeziehung des „Dritten“ hin und her wechseln kann, indem er den Hund einbezieht oder ihn auf seinen „Platz“ schickt. In der strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf (2013) wird betont, wie hilfreich es für strukturell beeinträchtigte Patienten (dies gilt sicherlich auch für Kinder) ist, in der Triangulierung zu arbeiten. Um damit arbeiten zu können, ohne dass eine konkrete dritte Person im Raum ist, muss ein Patient diese Position hypothetisch einnehmen, das heißt sich selbst und sein Verhalten sowie auch andere und ihr Verhalten aus den Augen eines hypothetisch anderen sehen können. „Da strukturell gestörte Patienten nur eingeschränkt über einen seelischen Binnenraum verfügen, in dem sie ein schwieriges, widersprüchliches Geschehen reflektieren können (d. h. darüber nachdenken, es aus verschiedenen Perspektiven betrachten und in seinen Gegensätzen abwägen), ist es therapeutisch hilfreich, mit ihnen einen dritten Standpunkt einzuüben, von dem aus sie mit Unterstützung des Therapeuten ihre eigene Situation quasi von außen wahrzunehmen lernen. Das ist eine wichtige Vorübung für die selbstreflexive Wahrnehmung des Patienten.“ (Rudolf, 2013, S. 134) Durch die Anwesenheit des Hundes kann der Psychotherapeut nun relativ elegant diesen

dritten Standpunkt einführen und das Verhalten des Kindes betrachten und verbalisieren, indem er das Geschehen durch die Augen des Hundes sieht („Wenn ich jetzt Danka wäre, würde ich wohl denken, dass Du wütend bist ...“) oder sich laut fragt, wie der Hund die Situation wohl erlebe. Gerade für Kinder ist das Hineinversetzen in den real anwesenden Hund leichter als die Übernahme einer rein hypothetischen Position. Man gewinnt durch die Einbeziehung des Hundes die Möglichkeit, auch andere hypothetische Standpunkte einzunehmen und zu besprechen. Es ist eine zusätzliche Option. So könnte zum Beispiel ein Kind sein Verhalten sehr kritisch sehen, weil es sich selbst aus den Augen eines strengen Über-Ichs betrachtet. Aus der phantasierten Sicht eines Hundes betrachtet, könnte das gleiche Verhalten aber anders bewertet werden.

Der zwölfjährige Tim (Name geändert) kam sehr niedergeschlagen zur Psychotherapiesitzung. Er war von einem Lehrer massiv kritisiert worden, weil er mal wieder „ausgerastet“ war und einen Mitschüler geschlagen hatte. Tim übernahm die Bewertung seines von ihm bewunderten Lehrers und meinte zu mir, dass er einfach ein böses Kind sei. Seine Eltern würden dies wohl auch so sehen. Sein ohnehin schwaches Selbstwertgefühl war massiv verletzt. Wir fragten uns dann, wie wohl Danka die ganze Situation gesehen hätte, und kamen zu dem Ergebnis, dass Danka verständnisvoller sei. Zu der Tat kam es, nachdem der andere Junge Tim vor der Klasse lächerlich gemacht hatte. Aus Dankas Sicht wäre es also um die Stellung im Rudel gegangen und da hätte wohl sogar die friedliebende Danka keinen Spaß vertragen und vielleicht auch gebissen. Aus dieser Sicht war Tims Verhalten nachvollziehbar und kein Grund mehr, sich selbst als „böse“ zu sehen. Dies entlastete Tim sehr, und sein „Kämpfer um die eigene Ehre“ – verstanden als Selbstanteil – bekam einen akzeptierten Platz in ihm. Nachdem das Selbstwertgefühl des Patienten nun nicht mehr so massiv bedroht war, konnten wir auch nachvollziehen, dass der Chef in einem Rudel beziehungsweise der verantwortliche Lehrer

keine andere Wahl hatte, als einzugreifen. Wir konnten dann überlegen, welche Alternativen Tim hatte und welche Möglichkeiten er gerne in zukünftigen Konflikten hätte.

Lebendigkeit und Motivation

Im Vergleich zu Psychotherapien ohne Hund fällt besonders auf, dass die Anwesenheit des Hundes die Atmosphäre in Richtung Lebendigkeit und Freude verändert. Der Hund hat offensichtlich eine stärker auffordernde, animierende Wirkung als das normalerweise zur Verfügung stehende Spielmaterial. Auch schüchterne, zurückhaltende Kinder kommen so leichter in Aktion und fangen an zu spielen und sich im Therapieraum zu bewegen. Interessanterweise werden auf der anderen Seite überbordende, destruktive Aktionen, etwa von Kindern mit ADHS, durch die Anwesenheit des Hundes gemildert bzw. beschränkt. Diesen ausgleichenden Effekt beschreiben auch Kotschal und Ortbauer (2003) in ihrer Studie über das Sozialverhalten von Grundschulern, in deren Klasse ein Hund eingesetzt wurde.

Folgender therapeutischer Wirkfaktor ist ausschließlich in tiergestützten Interventionen möglich: Das Kind kann (bei einer entsprechenden Beziehung) den Hund tatsächlich streicheln (nicht nur symbolisch im Rollenspiel) und damit auch real libidinöse Bedürfnisse ausdrücken und leben und dadurch auf anschauliche, greifbare Weise in die Psychotherapie einbringen. Gerade für Kinder ist der körperliche Ausdruck von Gefühlen essenziell, kann aber normalerweise in Psychotherapien nur symbolisch ausgedrückt werden. Verschiedene Untersuchungen legen nahe, dass beim Streicheln eines Hundes auch physiologische Vorgänge ausgelöst werden, die zum Beispiel den Blutdruck senken und Entspannung/Entängstigung induzieren (Wohlfahrt et al., 2013). Es ist naheliegend und entspricht meiner Erfahrung, dass man schwierige Themen leichter besprechen kann, während das Kind den Hund streichelt. Die Verhaltenstherapie würde wohl von einem angstmindernden Reiz während der verbalen Konfrontation sprechen. Die Psychotherapie kann für das Kind lebendiger, interessanter und

leichter werden, wodurch sich die Motivation für die Psychotherapie insgesamt verbessert und mögliche aufgrund zu großer Angst oder Scham bestehende Widerstände gemildert werden können.



Die Anwesenheit eines lebendigen, fühlenden Wesens eröffnet Möglichkeiten in der Psychotherapie, die „Spielmaterial“ nicht bietet.

Die Interaktion

Hund bleibt Hund

Bisher wurde in diesem Artikel einfach vom „dafür ausgebildeten“ Hund gesprochen. Dies soll nun näher erklärt und auch gegenüber den allgemein üblichen Ausbildungen für Therapie- und Begleithunde abgegrenzt werden. Im Unterschied zu der hier gemeinten Ausbildung eines Hundes für tiefenpsychologische Psychotherapie wird in den anderen Ausbildungen, zum Beispiel zum Begleithund, vorrangig das Ziel verfolgt, dass der Hund die Befehle des Hundehalters befolgt und ein bestimmtes Verhalten erlernt. So lernt etwa ein Hund, der im Altersheim Menschen besuchen soll, dass er jede Kontaktaufnahme akzeptiert und dabei auch ungeschickte Bewegungen duldet. Ein Hund im Kindergarten soll die enorme Lautstärke und die ungebremsten Liebesbekundungen von Kindern aushalten. Bei diesen Aufgabenstellungen muss der Hund gegebenenfalls seine eigenen ursprünglichen Im-

pulse unterdrücken. Wenn ich in diesem Artikel vom „ausgebildeten Therapiehund“ spreche, ist demgegenüber ein Hund gemeint, der sein Befinden ausdrücken kann und auch darf. Er ist nicht auf ein bestimmtes Verhalten beschränkt oder auf spezielle Kunststücke trainiert. Gerade die unverstärkten, natürlichen Impulse des Hundes werden als wertvolle Informationen für den Psychotherapieprozess betrachtet und einbezogen. Grundsätzlich darf der Hund zeigen, was er mag oder nicht mag. Er darf zum Kind kommen oder auch gehen, er darf Lust auf Spielen haben oder auch nicht usw. Im Zentrum der Ausbildung zum Therapiehund steht nach diesem Verständnis die Kommunikation, das gegenseitige Verstehen von Mensch und Hund. Dieses Ausbildungskonzept wurde von der heute in Dänemark lebenden deutschen analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Margarete Weiler entwickelt, die seit vielen Jahren Hunde züchtet und Mensch-Hunde-Teams ausbildet.⁴ Der Hund lernt in dieser Ausbildung die Wünsche „seines“ Menschen zu erkennen, sodass der Hund darauf reagieren kann. Besonders geeignet sind Hunde mit einem ausgeprägten „will to please“, dem Bedürfnis und der Freude daran, „seinem“ Menschen zu gefallen. Da es nicht um „Gehorchen“ geht, sondern um eine Kontrollierbarkeit, die aus der Beziehung heraus erwächst, tauchen im Training die ansonsten oft schwierigen „Dominanzfragen“ kaum auf.⁵ Genauso wichtig wie die Ausbildung des Hundes ist in diesem Konzept die Ausbildung des Menschen, damit dieser die Signale und Bedürfnisse des Hundes „lesen“ lernt. Nur dann kann er dem Hund vermitteln, dass er ihn versteht, und angemessen auf ihn reagieren. Wenn der Hund erlebt, dass auf seine Signale eingegangen wird, wird er diese auch weiterhin zeigen, weil er sie als wirksam erlebt hat. Unwirksames Verhalten wird von Hunden relativ schnell verlernt. In der Ausbildung entsteht ein Mensch-Hund-Team, das sich aufeinander bezieht, aufeinander achtet und miteinander kommuniziert. So ausgebildet, kann sich der Hund frei im Therapieraum bewegen, den Kontakt zu den Patienten gestalten und dem Psychotherapeuten Rückmeldungen geben, wie sie eben nur ein Hund geben kann. Der Psychotherapeut wiederum kann die Rückmeldungen

des Hundes lesen, sie für die Psychotherapie nutzen und darauf achten, dass der Hund Freude am Tun hat und nicht in Stress gerät.

Mentalisieren

In der hier beschriebenen hundegestützten Psychotherapie werden keine speziellen Übungen mit dem Hund durchgeführt, vielmehr werden die vorhandenen Interaktionen zwischen Kind und Hund mentalisierend aufgegriffen. Das Mentalisierungskonzept wurde von der Arbeitsgruppe um den Psychoanalytiker Fonagy (s. Allen, Fonagy & Bateman, 2011) entwickelt und führt aus, dass alle (analytisch-tiefenpsychologischen) Psychotherapien mentalisieren, das heißt die Gefühle und Gedanken des Patienten erforschen, aber auch die Gefühle und Gedanken von den anderen zu verstehen versuchen. In einer mentalisierungsorientierten Psychotherapie geht es gezielt darum, die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten zu fördern. Zum einen geht es darum, eigene Wünsche, Gefühle, Überzeugungen etc. wahrzunehmen, in Worte zu fassen und seine eigenen Handlungen auch reflexiv zu verstehen. Das heißt, sich selbst sowohl von innen zu spüren als auch von außen betrachten zu können. Des Weiteren geht es darum, andere Menschen zu verstehen. Dazu muss man ihren Handlungen und ihrem Verhalten bestimmte Absichten, Ziele, Wünsche etc. unterstellen. Wichtig ist, sich darüber bewusst zu sein, dass es sich um Interpretationen handelt, da man nicht wirklich wissen kann, was im Kopf des anderen vor sich geht.

In der hundegestützten Psychotherapie wird nun einerseits gemeinsam mit dem Patienten versucht zu interpretieren, was im Hund vor sich geht. Man muss zum Beispiel Hypothesen entwickeln, ob sein Bellen gefährlich oder Ausdruck von Freude ist. Andererseits kann der Patient sich selbst neu verstehen, weil die im Mensch-Mensch-Kontakt entstandenen Strukturen und Verhaltensweisen im Mensch-Hund-Kontakt anders erlebt und bewertet werden können.

Was auch immer im Therapieraum passiert, kann mentalisierend aufgegriffen werden. Die Begegnungen mit dem Hund

bieten eine Reihe von Erfahrungen, die ohne Hund so nicht möglich wären, etwa Füttern, Streicheln, Spiele/Kunststücke beibringen, Befehle erteilen usw. Sie bereichern den „Stoff“, das „Material“, mit dem gearbeitet werden kann. Der Hund bietet die Möglichkeit, dass der Psychotherapeut laut überlegt, wie es wohl gerade dem Hund und wie es dem Patienten vermutlich gehe. Er kann das innere Erleben des Patienten und das Geschehen im Raum in Worte fassen, wenn und wo der Patient seine Ausdrucksfähigkeit und Introspektionsfähigkeit noch nicht entwickelt hat. Im Sinne von Rudolf kann er „dem Patienten voran gehen“. Fonagy et al. führen aus, dass durch das Mentalisieren des Psychotherapeuten die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten angeregt und gefördert wird. Nach meiner Erfahrung ist es für Kinder naheliegend und interessant, sich über den Hund und die Interaktionen Gedanken zu machen, und das erfolgreiche Interpretieren des Verhaltens des Hundes zeigt einen sofortigen, sichtbaren, spürbaren, erlebbaren Erfolg, indem der Hund dann zum Beispiel den klar geäußerten Befehl des Kindes, „Sitz“ zu machen, auch ausführt. Das sofortige, unmittelbare Feedback darüber, ob der Psychotherapeut und das Kind beim gemeinsamen Verstehen richtig lagen, ist motivierend für weiteres Mentalisieren.

Szenisches Verstehen

Mehr noch als in der Psychotherapie mit Erwachsenen ist man als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut darauf angewiesen, das Handeln des Patienten, die Inszenierung im therapeutischen Raum, die Szene zu beachten und zu verstehen, weil die Sprache bzw. Mentalisierungsfähigkeit (noch) nicht ausreichend vorhanden ist. Deshalb rückt das Spiel des Kindes, seine Art und Weise, die Interaktion zu gestalten, in den Fokus der psychotherapeutischen Arbeit. Auch wenn der Psychotherapeut teilweise nonverbale Antworten

4 Ziel der Zuchtlinie sind Eigenschaften und Wesensmerkmale, die sich positiv auf die Eignung zur Therapiehundausbildung auswirken (www.wikkegaard.de).

5 Für die Eignung des Hundes spielen einige Faktoren eine Rolle (Rasse, der Charakter der Elterntiere, frühe Aufzucht und Sozialisation, Bindungsfähigkeit etc.), die hier nicht näher erläutert werden können.

im Spiel geben kann, ist das Versprachlichen des Geschehens essenziell. Eine bekannte und oft eingesetzte therapeutische Technik ist es, zum Beispiel ein Kuscheltier zum Kommentator der Szene zu machen. Bei eher älteren Kindern kann es auch ein imaginärer Reporter oder Fernsehjournalist sein. Der Psychotherapeut wendet sich dann an diesen imaginativen „Dritten“ und erklärt ihm die Situation bzw. schlüpft in die Rolle etwa des Journalisten und „spielt“ die Live-Übertragung des Ereignisses. Dadurch kann der Psychotherapeut die unausgesprochenen Gefühle, Befindlichkeiten, Wünsche etc. in Worte fassen. Kinder können diese Verbalisierungen häufig leichter akzeptieren als direkte Deutungen oder Fragen – und gegebenenfalls bestätigen, ergänzen oder korrigieren sie die Annahmen, indem sie dem Kuscheltier oder dem Reporter ihre Sicht weiter erklären. Manche Kinder akzeptieren die erfundenen „Dritten“ allerdings nicht. Nach meiner Erfahrung akzeptieren es aber sogar ältere Kinder und Jugendliche, wenn ich den Therapiehund im o. g. Sinn einsetze und die im Raum vorhandene Szene mit den Gefühlen und Bedeutungen erkläre und dadurch mentalisiere.

Der sechsjährige Jonas (Name geändert) schmeißt wütend das Mensch-ärgere-dich-nicht-Brett vom Tisch, schreit „gemein!“ und sitzt mit verschränkten Armen, zusammengepresstem Lippen und hochrotem Kopf am Spieltisch. Eine direkte Versprachlichung des Psychotherapeuten, wie zum Beispiel „Du bist jetzt wohl wirklich wütend, weil Du verloren hast“, kann eher Widerstand und Trotz hervorrufen. Aufgrund des Lärmes kam meine Hündin Danka zu uns herüber gelaufen, und ich konnte ihr erklären, dass Jonas gerade sehr wütend sei und dass dies bei Menschen passieren könne, wenn sie ein Spiel verlieren. Das sei ja gar nicht so, beschwert sich Jonas. Er sei so sauer, weil er es nie richtig mache und immer versage, und außerdem sei es jetzt hier genau wie zu Hause, wo immer sein älterer Bruder gewinne. Natürlich freue ich mich über die „Korrektur“ meines „falschen“ Verständnisses. In dieser Situation war es sehr hilfreich, dass ich Danka diese Szene erklären

konnte und nicht einen „Dritten“ zuerst „erfinden“ musste. Diese Intervention hat eine Reihe von Optionen eröffnet, über sein „ständiges Scheitern“ oder auch über seinen Bruder zu sprechen. Dass Danka dann zu Jonas ging und sich den Kopf streicheln ließ, entspannte die Situation zusätzlich.

Therapiethemen

Aggression: Der Raubtiercharakter des Hundes, die Möglichkeit zu beißen, erfordert eine Stellungnahme, eine Antwort auf die potenzielle Gefahr. Die Reaktionen der Kinder reichen von ängstlichen Gefühlen über Ignoranz bis zu Allmachtphantasien. Entsprechende Bewältigungsmechanismen (z. B. mit Futter locken, mit Befehl kontrollieren etc.) werden sichtbar.

Libido: Der Hund fordert offen Zuwendung, Streicheln und versorgt zu werden. Für manche Kinder ist dies ein Beweis, dass der Hund sie mag; manche können sich nicht gegen die Aufforderung des Hundes wehren, manche wollen unendlich versorgen, streicheln, und manche müssen sich verweigern, enttäuschen, ignorieren usw. Positive Gefühle zur Psychotherapie oder zum Psychotherapeuten sind leichter auszudrücken, da sie auf den Hund übertragen werden können. Eine 17-jährige Patientin kam zum Beispiel zur zweiten Therapiestunde mit den Worten: *„Ich habe mich ja so gefreut Dich [also Danka] wieder zu sehen.“*

Erziehung/Anpassung: Kinder sind selbst Ziel von Erziehung. Auch Hunde werden erzogen, oft sogar dressiert, konditioniert und trainiert. Im Kontakt mit dem Hund eröffnet sich ganz natürlich eine Vielzahl von Möglichkeiten, diese Themen anzusprechen und zu bearbeiten. Manche Kinder haben erfahren, dass das Ziel ihrer Erziehung die Anpassung und Unterwerfung ist; manche Kinder erleben Erziehung als positive Aufmerksamkeit; Erziehung kann selbstverständlich sein oder eine bittere Zumutung etc. Was Kinder über Erziehung denken und erleben, offenbart sich im Hundekontakt in der Regel sehr schnell und kann dann mentalisierend untersucht werden. Es fällt dem Kind meiner Erfahrung nach viel leichter, darüber zunächst in

Bezug auf den Hund zu reden als in Bezug auf die Eltern oder gar den Psychotherapeuten. Nach der Frage „Muss denn der Hund kommen, wenn Du ihn rufst?“, fällt die Überleitung zu „Möchtest du denn immer machen, was Deine Eltern von Dir wollen?“ leichter. Wie auch immer die Antwort ausfällt, das Thema ist zur Sprache gebracht.

Diese Themen sind in jeder Psychotherapie präsent und zu bearbeiten, wobei die Interaktion mit dem Hund einige Themen leichter zur Sprache bringen lässt und bestimmte Aspekte anstoßen kann. In der Psychotherapie mit Hund sind diese Themen außerdem nicht nur symbolisch im Raum, etwa durch das Erzählen, Malen, Rollenspiel, sondern ganz real in der gegenwärtigen Situation mit realen Reaktionen eines „Dritten“. Diese reale gegenwärtige Beziehung ist ansonsten nur in der Übertragungsbeziehung zum Psychotherapeuten präsent und wird ja auch in den Psychotherapien bearbeitet. Mit dem Hund ist eine weitere Beziehung im Therapieraum, in der die Themen ebenfalls und manchmal auch leichter bearbeitet werden können.

Implizites Unbewusstes/ Stimmung

Der Psychoanalytiker Bollas (2005) fordert die Psychotherapeuten auf, mehr auf die nonverbalen Verhaltensweisen, auf die vom Patienten erzeugte Atmosphäre/Stimmung zu achten, weil diese auf die frühen Lebenserfahrungen weisen. Diese tiefen, wortlosen, aber strukturbildenden Beziehungserfahrungen (lt. Bollas das „ungedachte Bekannte“) sind Grundlage für spätere psychische Konflikte und den Aufbau der Persönlichkeit (siehe auch Rudolf, 2013, S.132 ff). Die frühen Erfahrungen sind zwar unbewusst, aber im Körper gespeichert, präsent, verleblicht. Sie sind „embodied“ (siehe auch Leuzinger-Bohleber, Emde & Pfeifer, 2013). Ein Hund kann dem Psychotherapeuten helfen, diese nonverbalen, noch ungedachten und nicht symbolisierten Haltungen und Stimmungen des Patienten zu bemerken. Der Hund reagiert auf die Energie, die Atmosphäre, die nonverbale Haltung, die „embodied person“ des Patienten und nicht auf die

oftmals im Vordergrund stehenden verbalen Aussagen des Kindes. So reagiert meine Hündin zum Beispiel auf laute, impulsive, an ADHS erkrankte Jungen mal ängstlich und mal total entspannt. Bei ängstlichen, schüchternen Patienten verhält sich meine Hündin manchmal unterstützend, pflegend, und leckt etwa den Handrücken des Kindes, aber manchmal warnt sie mich auch durch ein leises Knurren, als ob sie sagen würde, dass dieses Kind „gefährlich“ ist, zum Beispiel bei massiv unterdrückten Aggressionen. Oft sind diese Reaktionen des Hundes zu Beginn der Psychotherapie nicht zu verstehen, sondern erst in ihrem Verlauf wird deutlich, was der Hund spontan erfasst. Dabei muss man berücksichtigen, dass der Hund uns Menschen in bestimmten Bereichen sensorisch weit überlegen ist. Die Reaktion des Hundes kann dem Psychotherapeuten so Hinweise geben auf gut versteckte, frühe, basale Strukturen und Konflikte. Allerdings kann der Hund nur auf etwas aufmerksam machen. So wie es keine direkte Eins-zu-Eins-Übersetzung von Traumsymbolen gibt, so kann man auch nicht die Reaktion des Hundes einfach linear als Übersetzung verstehen. Es ist die Aufgabe des Psychotherapeuten, sich von der Reaktion irritieren und anregen zu lassen, Fragen zu stellen und einen sprachlichen Ausdruck dafür zu finden.

Benno hatte sich auf eine Psychotherapie eingelassen und kam einmal in der Woche in meine Praxis. Schon schnell wurde auch Danka für ihn sehr wichtig und er brachte ihr immer Leckerlis mit. Benno wollte in jeder Stunde zuerst etwas mit Danka machen. Wir versteckten z. B. Leckerli, die Danka suchen musste, ließen sie einen Ball apportieren oder auffangen, ließen sie Sitz und Platz machen, legten Leckerli auf ihre Pfoten, die sie aber erst fressen durfte, nachdem wir „frei“ gesagt hatten, und ähnliche Spiele. Obwohl wir scheinbar harmlose Spiele machten, war ich innerlich angespannt und in Hab-Acht-Stellung. Auch Danka war nicht so locker wie sonst, hatte scheinbar keine echte Freude beim Spielen und folgte nur widerwillig den Befehlen von Benno. Diese merkwürdige Atmosphäre/Stimmung im Raum war nur beim

Spiel mit Danka sichtbar und spürbar. Wenn Benno eines der anderen Therapiematerialien nutzte, war die Stimmung zwischen mir und Benno entspannt, und er konnte mich mit seiner netten Art und seinen verbalen Äußerungen für sich gewinnen. Im Spiel mit Danka stolperte er dann einmal ungeschickt auf Danka zu, sodass sie sich erschreckte und bellte. Benno erschrak zutiefst und flüchtete sofort zu mir. Er hatte Angst, große Angst und auf einmal, zum ersten Mal, konnte er dies auch sagen. Er erzählte, wie viel Angst er morgens habe, in die Schule zu gehen, er erzählte von einer Situation, in der er als 3-Jähriger etwas Mutiges habe tun wollen und seine Mutter ihn abgehalten habe, dass die Mutter Kopfschmerzen bekomme, wenn er laut sei, und dass er eigentlich Angst vor Hunden und auch vor Danka habe. Es war wie eine große Befreiung und Erleichterung. Die Atmosphäre im Raum hatte sich total geändert. Die immer schon vorhandene, im Hintergrund gespürte, aber verleugnete Angst war verbalisiert. Für die Psychotherapie war dies ein entscheidender Punkt und das Thema Angst konnte nun offen besprochen werden, anstatt im Hintergrund die Atmosphäre zu bestimmen. Auch der Kontakt mit Danka veränderte sich allmählich und wir konnten an seinem nonverbalen Auftreten arbeiten. Wir entdeckten, dass Danka seine Befehle mal ausführte und mal nicht und dass dies davon abhing, wie er sich innerlich zu Danka ausrichtete. Jetzt konnte auch besprochen werden, wie er sich auf seine Mitschüler ausrichtete und welche Rolle dabei die verleugnete Angst spielte. Dies war für den Patienten, aber auch für mich eine interessante Arbeit und die untergründige Spannung wich einer entspannten, neugierigen Atmosphäre. Benno und Danka kamen sich mit der Zeit näher, und weil die alles blockierende Angst gelockert war, konnten neue Themenfelder erscheinen. Benno traute sich mehr und mehr, Danka auch zu streicheln und liebevolle, zärtliche Gefühle zuzulassen. Parallel zur Veränderung in der Psychotherapie entwickelten sich auch die schulische und die Freizeitsitu-

ation positiv. Damit die Entwicklung so positiv verlaufen konnte, war neben der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Kind die Arbeit mit den Eltern wichtig. So konnte der Vater für eine intensivere Beziehungsgestaltung mit Benno gewonnen werden, die Mutter konnte von Schuldgefühlen entlastet werden und in der Schule wurde eine Beratungslehrerin eingeschaltet. Trotz dieser ebenfalls wichtigen flankierenden Maßnahmen, war die Befreiung und Bewusstwerdung der Angst ein notwendiger Schritt, der durch den Einsatz des Therapiehundes möglich wurde. Sicherlich hätte man die abgewehrte Angst auch zum Beispiel im Rollenspiel oder der Übertragungsbeziehung entdecken und bearbeiten können, aber wenigstens in diesem Fall war es doch sehr hilfreich, Danka mit ihren tierischen „Antennen“ und ihren unmittelbaren, lebendigen Reaktionen im Raum zu haben.

Fazit/Ausblick

Die Anwesenheit eines Hundes kann die Motivation des Kindes für die Psychotherapie verbessern, blockierende/hemmende Gefühle schneller abbauen, den Psychotherapieprozess unterstützen und die Lebendigkeit in der Therapiestunde erhöhen. Durch den „Dritten“ im Raum eröffnen sich zusätzliche psychotherapeutische Möglichkeiten. Einige wichtige psychotherapeutische Themen können durch die Interaktion mit dem Hund mentalisierend aufgegriffen werden. Die Reaktionen des Hundes weisen auf nonverbale frühe Strukturen, die vom Psychotherapeuten bemerkt und verbalisiert werden können.

Die Kinderpsychotherapie mit einem Hund ist nicht auf eine bestimmte Richtung oder psychotherapeutische Schule beschränkt. Die Art und Weise, wie der Psychotherapeut die Hund-Kind-Interaktion aufgreift, wie er sie versteht, deutet und in Worte fasst, ist nicht vorgegeben. Ein tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapeut wird vielleicht die Reaktion des Patienten auf den Hund so verstehen, dass der Patient in der Übertragung den Psychotherapeuten meint, wenn er den Hund strei-

chelt oder zu kontrollieren versucht. Ein anderer Kollege könnte eher die Kompensation der eigenen Bedürfnisse im Streicheln oder Kontrollieren sehen. Der Verhaltenstherapeut sieht z. B. die mangelnde Selbstwirksamkeit. Unabhängig von der therapeutischen Orientierung des Psychotherapeuten sind vor allem die fundierte Ausbildung sowohl des Hundes als auch des Psychotherapeuten in der Führung und im Verstehen des Hundes sowie der Interaktion zwischen Kind und Hund bedeutsam. So muss zum Beispiel sichergestellt sein, dass die Bedürfnisse des Hundes angemessen berücksichtigt werden (u. a. das Erkennen von Stressanzeichen), damit insbesondere Beißunfälle mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können. Die Ausführungen wollen zeigen, dass der Einsatz eines Hundes in der Kinderpsychotherapie faszinierende Möglichkeiten eröffnet, wenn der Hund fachlich fundiert und gezielt eingesetzt wird.

Persönliche Anmerkung

Ich möchte noch anmerken, dass sich nicht nur für die Patienten, sondern auch für mich die Arbeitssituation durch Dankas Mitwirkung geändert hat. Die vielen Stunden, die ich vorher alleine in der Praxis verbracht habe, sind wesentlich interessanter und lebendiger geworden und ich habe immer eine „Freundin“ an meiner Seite, mit der ich zusammen die oft schwierigen Begegnungen teile. Wenn mich Danka dann auch noch „zwingt“, regelmäßig mit ihr Gassi zu gehen, Luft zu holen, Natur zu erleben und andere Hun-

dehalter zu treffen, dann ist auch dies ein Beitrag zur notwendigen, aber oft vernachlässigten eigenen Psychohygiene. Selbstverständlich sind die positiven Wirkungen auf die Psychotherapie und den Psychotherapeuten nur möglich, wenn dieser auch privat einen Hund halten will, da die Anschaffung eines Hundes das gesamte Leben auch außerhalb der Arbeit beeinflusst. Wenn man aber einen Hund will oder schon hat, dann möchte ich Mut machen, den Hund bei charakterlicher Eignung und nach entsprechender gemeinsamer Ausbildung auch in der Psychotherapie einzusetzen.

Literatur

- Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, W. (2011). *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bollas, C. (2005). *Der Schatten des Objekts* (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kotrschal, K. & Ortbauer, B. (2003). Kurzeinflüsse von Hunden auf das Sozialverhalten von Grundschulern. In E. Olbrich & C. Otterstedt (Hrsg.), *Menschen brauchen Tiere* (S. 267-272). Stuttgart: Franckh-Kosmos.
- Leuzinger-Bohleber, M., Emde, R. & Pfeifer, R. (Hrsg.). (2013). *Embodiment. Ein innovatives Konzept für Entwicklungsfor-schung und Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Prothmann, A. (2008). *Tiergestützte Kinderpsychotherapie* (2. ergänzte Auflage). Frankfurt a. M.: Peter Lang Verlag.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Wohlfahrt, R., Mutschler, B. & Bitzer, E. (2013). Wirkmechanismen tiergestützte Therapie. *FITT-Forschungsbericht, Freiburger Institut für Tiergestützte Therapie*. Verfügbar unter: www.tiere-begleiten-leben.de/fileadmin/medien/tiere-begleiten-leben/Forschung/Forschungsbericht_4_Wirkmechanismend_Tgt.pdf [14.12.2013].



Gerd Ganser arbeitet als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis. Er ist Ausbilder und Supervisor am deutschsprachigen Institut Wikkegaard – tiergestützte Therapie und Pädagogik in Dänemark.

Gerd Ganser

Ebertplatz 8
78467 Konstanz
praxis.ganser@t-online.de

Psychotherapie älterer Patienten – Auf dem Weg zu neuen Ufern

Meinolf Peters

Zusammenfassung: Die wachsende Bedeutung der Psychotherapie Älterer erfolgt vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels des Alters und der vorherrschenden Altersbilder, die sich zunehmend von defizitorientierten Stereotypen lösen. Auch der Kohortenwandel trägt zu diesem Wandel bei. Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend erforderlich, auch die wissenschaftliche Forschung zu diesem Thema zu intensivieren. Während im ersten Teil des Artikels einige Grundlagen der Alterspsychotherapie dargestellt werden, wird im zweiten Teil zusammenfassend über die Ergebnisse einer Befragung Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹ berichtet, in der diese über ihre Einstellung zur Behandlung Älterer, ihre therapeutische Haltung und ihre Erfahrungen in der Psychotherapie dieser Patientengruppe Auskunft gaben.

Vom Stiefkind zum wachsenden klinischen Feld

Die Psychotherapie Älterer wurde lange stiefmütterlich behandelt, was sowohl für die psychotherapeutische Versorgung Älterer galt, die sich eher auf Ausnahmen beschränkte (zus. Heuft, Radebold & Kruse, 2006), als auch die Vernachlässigung dieses Themas in der wissenschaftlichen und klinischen Literatur zur Folge hatte. Innerhalb der Psychoanalyse finden sich vereinzelt Arbeiten aus den 1950er-Jahren, innerhalb der sich entwickelnden Verhaltenstherapie aus den 1960er-Jahren. Während in der Psychoanalyse das Bild vom Alter als zweiter Kindheit, geprägt durch Regression und Involution gezeichnet wurde, ging es in der Verhaltenstherapie um die Erprobung von Münzverstärkersystemen in Pflegeheimen. Beide Psychotherapierichtungen, so lässt sich unschwer erkennen, orientierten sich an einem damals dominierenden Defizitmodell des Alters (zur Übersicht siehe Peters, 2006).

Ein Umdenken ist im amerikanischen Sprachraum ab den 1960er-Jahren (Nemiroff & Colarusso, 1985), hierzulande seit den 1970er-Jahren zu erkennen, eng verbunden mit dem Namen Radebold, der

heute als Nestor der Alterspsychotherapie gilt (Radebold, 1992). Seitdem etablierten sich regelmäßig stattfindende Symposien – in Kassel zweijährig das Symposium Psychoanalyse und Alter, in Münster zweijährig die Tagung Gerontopsychosomatik –, auch die seit 2004 erscheinende schulenübergreifende Zeitschrift *Psychotherapie im Alter* hat sich zum anerkannten Organ entwickelt, in dem sich die Entwicklung des Faches verfolgen lässt. Das Anliegen der folgenden Arbeit ist es, den Entwicklungsstand der Alterspsychotherapie sichtbar zu machen.

Rahmenbedingungen und Grundlagen

Gesellschaftlicher Wandel und Alterspsychotherapie

Alter ist nicht nur biologisch, sondern auch gesellschaftlich bestimmt. Als eigenständige, durch die Rentengesetzgebung sozial abgesicherte Lebensphase gewann sie in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts allmählich Konturen. In den 1950er- und 1960er-Jahren setzte sich das Leitbild vom wohlverdienten Ruhestand durch, der als Gratifikation einen in Ruhe

verbrachten Lebensabend versprach. Dieses Bild wurde in den 1980er-Jahren vom neuen Leitbild des aktiven Seniors abgelöst (Göckenjan, 2000), der mobil ist, seine Freizeit aktiv gestaltet und sich ehrenamtlich engagiert. Der Wandel vom Defizitbild des Alters hin zu einem kompetenzorientierten Bild, der erst jüngst im Sechsten Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ, 2010) dokumentiert wurde, schlägt sich besonders auch in der medialen und belletristischen Abhandlung des Themas nieder. Eine manchmal einseitig positiv gefärbte Darstellung suggeriert, die „Fesseln des chronologischen Alters“ könnten abgestreift werden. Das Alter wird heute zunehmend zu einem neuen Möglichkeitsraum umgedeutet, in dem die „Zumutungen“ dieses Lebensabschnittes getilgt zu sein scheinen (kritisch hierzu Biggs, 2004; van Dyk & Lessenich, 2010; Peters, 2013).

Nun ist kaum zu übersehen, dass sich älteren Menschen heute wesentlich größere Entfaltungsmöglichkeiten bieten als früher. Sie brechen zu neuen Ufern auf, verschaffen sich neue Betätigungsfelder und entwickeln kreative Potenziale, die bislang kaum vorstellbar waren (Kruse, 2011). Von dieser Entwicklung profitiert auch die Alterspsychotherapie. Der Diskurs über das Potenzial Älterer ist allerdings sehr von diesem positiven Duktus inspiriert, weniger davon, das Alter in seinen Eigenarten anzuerkennen. Vielmehr werden die Normen des mittleren Erwachsenenalters in immer stärkerem Maße auch auf das junge Alter ausgedehnt, was dazu führt, dass zuneh-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Artikel nicht durchgängig beide Geschlechtsformen genannt – im Folgenden sind selbstverständlich Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

mend Leistungs-, Selbstständigkeits- und Aktivitätserwartungen gestellt werden, als ob es sich um eine Fortsetzung oder gar Vollendung des mittleren Lebensabschnittes handele. Die Kehrseite dieser Entwicklung wird in dem – vornehmlich in der Soziologie geführten – kritischen Altersdiskurs thematisiert. So beschreibt das Konzept der „Maske des Alters“, wie infolge dieser Entwicklung eine Identität unterstützt wird, in der die Zeichen des Alters als etwas Fremdes, ja Pathologisches gedeutet werden (Öberg, 2009). Das Alter wird als nicht zur Person gehörig erlebt, das alterslose Selbst bleibt unverändert. Die Probleme eines solchen Identitätswurfs liegen auf der Hand: Es wird ein Alter ohne altern postuliert, Letzteres wird zum persönlichen Versagen. Das als bedrohlich erlebte Alter wird auf die betagten Alten projiziert, sodass Alterssoziologen bereits von einem neuen Generationenkonflikt zwischen den jungen, zunehmend gesellschaftlich anerkannten Alten und den betagten Alten sprechen, die weiterhin marginalisiert werden.

Die derzeitige Entwicklung weist also durchaus ambivalente Merkmale auf. Einerseits lösen sich negative Bilder auf, die bislang älteren Menschen die Entwicklung ihrer Möglichkeiten erschwert haben, andererseits entstehen bisher nur eingeschränkt neue, substantielle Altersbilder, die eine differenzierte Identitätsentwicklung erleichtern würden. Diese müssten die Komplexität heutigen Alters widerspiegeln und sowohl die Chancen auf eine „späte Freiheit“ umfassen wie auch die unvermeidlich mit dem Altern eintretenden Beschränkungen. Ein solches Altersbild würde den Einzelnen unterstützen, die Ambivalenz dieser Lebensphase auszuhalten und sie sich allmählich anzueignen (Peters, 2011). In diesen Prozess einzutreten gelingt Älteren auf höchst unterschiedliche Art und Weise, manche ergreifen die Chance, die eigene Individualität stärker zu betonen, andere ziehen sich frühzeitig in ein resignatives Altern zurück. Altwerden ist heute durch ein hohes Maß an Pluralität und Individualität geprägt. Ohne Frage handelt es sich dabei aber um eine prekäre Erfahrung, die zu therapierelevanten Problemen führen kann.

Vom Wechsel der Kohorten und den Folgen

Der gesellschaftliche Wandel des Alters ist eng verbunden mit dem Kohortenwechsel. Noch bis in die Gegenwart hinein war das Bild des Alters geprägt von einer Kohorte, die in der Wilhelminischen Zeit und der Weimarer Republik aufgewachsen war, in der die Sozialisation Härte, Disziplin und Unnachgiebigkeit beinhaltete. Diese autoritäre Erziehung verband sich mit den nationalsozialistischen Erziehungsidealen, wie sie in dem in vielen Auflagen erschienenen Erziehungsratgeber der Kinderärztin Johanna Harrer verbreitet wurde, den Chamberlain (1997) kritisch analysiert hat. Die frühen Erfahrungen dieser Kohorte wirkten auch im Alter weiter und schränkten oftmals den selbstfürsorglichen Umgang mit dem eigenen Körper, die Wahrnehmung von Konflikten und die Kommunikation von Gefühlen ein. Dadurch bedingt hatte diese Kohorte eine große Distanz zur Psychotherapie, wie auch umgekehrt die Psychotherapeuten zu ihr. Hinzu kam, dass diese Generation in die deutsche Katastrophe verwickelt oder sogar dafür verantwortlich war, ein Umstand, der Psychotherapeuten einen Zugang zu dieser Patientengruppe erschwerte.

Inzwischen wird diese Kohorte abgelöst von denen, die den Nationalsozialismus und den Zweiten Weltkrieg als Kinder und Jugendliche erlebt haben. Sie haben noch eine überwiegend autoritär ausgerichtete Erziehung erfahren und ihr Leben war in besonderer Weise durch die Zeit des Krieges und die damit verbundenen oftmals traumatischen und Verlusterfahrungen geprägt. So wies erst jüngst Franz (2011) die negativen Folgen früher, kriegsbedingter Vaterlosigkeit im Alter nach. Auch liegen inzwischen ausreichend empirische Befunde vor, die die negativen Folgen früher traumatischer Erfahrungen infolge von Kriegshandlungen, Ausbombung, Hunger und Not oder Flucht und Vertreibung nachweisen (Radebold, 2006). Dieser Umstand verleiht der Alterspsychotherapie heute eine ganz besondere zeitgeschichtliche Prägung.

Der Kohortenwandel schreitet voran, und gegenwärtig altert die Generation, die den

Aufbruch der 1960er-Jahre nicht nur erlebt, sondern mit vollzogen und gestaltet hat. Die neue Alterskohorte hat zwar noch die Nachwirkungen der Kriegszeit erfahren, weist aber dennoch eine andere soziokulturelle Prägung auf, die durch die Aufbruchstimmung der 1960er-Jahre gekennzeichnet ist. Damit hatten die Mitglieder dieser Kohorte eher die Chance, einen veränderten Umgang mit eigenen Konflikten, Gefühlen und zwischenmenschlichen Problemen zu erlernen, der ihnen einen leichteren Zugang zur Psychotherapie ermöglicht. Ebenso finden Psychotherapeuten, oftmals selbst dieser Kohorte angehörend, zu diesen „neuen“ Alten einen leichteren Zugang. Infolge dieser Veränderungen wird zweifellos die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch diese Gruppe weiter ansteigen.

Noch in anderer Hinsicht bringen Angehörige dieser Kohorte bessere Voraussetzungen mit, die neuen Möglichkeiten des Alters für sich zu nutzen: Sie verfügen über eine bessere Gesundheit, können in sehr viel höherem Maße auf eine bessere Bildung zurückgreifen, sie verfügen – jedenfalls derzeit noch – weitgehend über gute finanzielle Ressourcen und haben in der Regel Mobilitätserfahrungen, die sie im Alter nutzen können (Höpflinger, 2008). Eines jedoch haben sie kaum: Erfahrungen im Umgang mit Leid, mit Grenzen und mit Verlusten. Somit könnte es ihnen schwerfallen, die Grenzen des Alters zu akzeptieren und mit ihnen leben zu lernen. Die bereits erwähnten neuen Altersnormen unterstützen eine Tendenz in Richtung auf ein „jüngeres Verhalten“, und zweifellos werden diese Älteren kaum noch bereit sein, sich mit konventionellen Altersbildern zu identifizieren. Möglicherweise wird jedoch ihre Erwartungshaltung mit der Realität des Alters kollidieren. Ein Hinweis darauf ist der Erhebung von Eichhorn, Spanenberg, Henrich und Brähler (2012) zu entnehmen. Bei einem Vergleich zweier Kohorten älterer Männer, nämlich 1991 und 2010, wurde bei der jüngeren Kohorte eine geringere Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit deutlich, obwohl die objektive Gesundheit sich in diesem Zeitraum nachweislich verbessert hat (Wurm & Tesch-Römer, 2006). Erschwert die ein Leben lang aufgebaute Erwartungshaltung

die Anpassung an die Einschränkungen des Alters? Hatten es Vorgängerkohorten aufgrund ihrer größeren Bereitschaft zur Identifikation mit einem negativen Altersstereotyp leichter, sich mit den Grenzen des Alters abzufinden? Auch hier deuten sich neue Aufgaben für die Alterspsychotherapie an.

Gerontopsychologie und Alterspsychotherapie

Parallel zur Entwicklung der Alterspsychotherapie hat sich die Gerontopsychologie als Grundlagenfach weiter entwickelt und stellt heute wichtige Konzepte und Modelle bereit, die die Basis für die Alterspsychotherapie erweitert haben (Martin & Kliegel, 2010). Die kognitive Entwicklung im Alter hat dabei zunächst das größte Interesse gefunden, doch die neuere Entwicklungspsychologie des Alters hat längst auch andere Schwerpunkte gebildet. Während sich Verhaltenstherapeuten vornehmlich auf die von Baltes (vgl. Martin & Kliegel, 2010) entwickelte S-O-K-Theorie (Selektion und Optimierung mit Kompensation) stützen, hat die Theorie der sozioemotionalen Selektivität in neuerer Zeit ein besonderes Interesse gefunden. Während erstere den Prozess der Umstrukturierung des Alters rationalistisch verkürzt, fokussiert Letztere auf die motivationalen und emotionalen Prozesse und wird dadurch auch für psychodynamische Psychotherapeuten interessant. Indem diese Theorie nicht auf das Lebensalter, sondern auf die Erfahrung von Zeit und Vergänglichkeit rekurriert, nimmt sie eine fundamentale Akzentverschiebung vor. Im Laufe des Älterwerdens werde das Ticken der „inneren Uhr“ immer lauter, das Vergehen der Zeit mit dem inneren Ohr immer deutlicher wahrgenommen. Schon zuvor wurde von renommierten Gerontologen wie Kastenbaum, Neugarten oder Thomae ein sogenannter „*time shift*“ postuliert, der besagt, dass nicht mehr die gelebte Lebenszeit, sondern jetzt mehr die noch verbleibende Lebenszeit das Bewusstsein der Menschen prägt. Dies aber, so Laura Carstensen (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999; Carstensen, 2006), die Begründerin der Theorie, führe zu einer Veränderung der primären Motivationslage. Da jüngere Menschen die Zukunft als unbegrenzt wahrnehmen, sind sie eher bereit, neue Beziehun-

gen einzugehen, bzw. bevorzugen solche Beziehungen, die der Informationsgewinnung und Wissensaneignung dienen, die ihren Horizont erweitern und es ihnen ermöglichen, sich auf die Zukunft vorzubereiten. Menschen in der zweiten Lebenshälfte nehmen hingegen Zeit als zunehmend begrenzt wahr. Infolge dessen richte sich ihre primäre Motivation mehr auf das emotionale Wohlbefinden im Hier und Jetzt sowie auf das Gefühl von Wertschätzung, Verbundenheit und Sicherheit. Dies führe zur Umgestaltung der sozialen Welt, insbesondere eine Reduktion auf diejenigen Beziehungen, die im Hinblick auf diese Bedürfnislage als besonders bedeutsam eingeschätzt werden (Lang & Carstensen, 1994).

Die Theorie der sozioemotionalen Selektivität hat inzwischen eine breite empirische Bestätigung gefunden und bietet Erklärungen für Phänomene, die auch für die Psychotherapie bedeutsam sind. Nicht nur soziale Beziehungen werden im Hinblick auf eine stärkere Gewichtung emotionaler Ziele wahrgenommen und bewertet. Ein ganz ähnlicher Effekt konnte in so unterschiedlichen Zusammenhängen wie der Werbung, bei gesundheitlichen Entscheidungen, ehelichen Auseinandersetzungen oder der positiven Umdeutung der eigenen Biografie nachgewiesen werden (Carstensen, 2006, 2007). In all diesen Bereichen lässt sich ein sogenannter „Positivitätseffekt“ zeigen (Reed & Carstensen, 2012), das heißt die bevorzugte Aufnahme positiver emotionaler Informationen und deren bessere Speicherung. Diese Tendenz trägt maßgeblich zur emotionalen Stabilität im Alter bei. Während Carstensen dies nun als Ausdruck einer emotionalen Kompetenz Älterer versteht, bieten Labouvie-Vief, Grünh & Studer (2010) eine andere, ebenfalls empirisch überprüfte Erklärung an. Sie konnten zwar die Fähigkeit zur Affektoptimierung Älterer bestätigen, gleichzeitig zeigte sich jedoch, dass die kognitiv-affektive Komplexität bei einem erheblichen Teil der Älteren absinkt. In ihrer Theorie geht Labouvie-Vief davon aus, dass sich Affekte von einer biologischen Basis ausgehend im Leben immer mehr kognitiv „anreichern“ und differenzierter werden. Unter hoher kognitiv-affektiver Komplexität versteht sie, über eine Sprache für Affekte zu verfügen und diese in komplexer, nicht stereotyper und nicht polarisierender Form zum Ausdruck bringen zu

können, zwischen Selbst und anderen differenzieren, intra- und interindividuelle Konflikte tolerieren und die Einzigartigkeit individueller Erfahrungen anerkennen zu können (Labouvie-Vief et al., 2010). Vorläufer dieser Überlegungen sind bereits in älteren psychoanalytischen Arbeiten zur Psychotherapie Älterer zu finden, in denen eine Zunahme früher Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Projektion oder Spaltung postuliert wurde (Speidel, 1985). Die Tendenz zur Affektoptimierung interpretiert Labouvie-Vief nun als Kompensationsversuch für die nachlassende kognitiv-affektive Komplexität, gewissermaßen als protektiver Mechanismus angesichts nachlassender Ressourcen. Gleichzeitig können negative Affekte weniger gut integriert werden, was vor allem in besonderen Anforderungssituationen spürbar wird. Labouvie-Vief zufolge erfolgt besonders im hohen Alter eine Regression auf eine mehr hedonistische Motivationslage, das Lust-Unlust-Prinzip gewinne in diesem Lebensabschnitt wieder an Gewicht.

Überlegungen, wie diese grundlagenwissenschaftlichen Befunde der Psychotherapie Älterer zugutekommen können, werden gerade erst entwickelt (v. a. Kessler, 2014), wobei Modifikationen vornehmlich bei der Gruppe der Hochaltrigen erforderlich werden. Da das Bedürfnis nach Wohlbefinden und Sicherheit in diesem Lebensabschnitt an Bedeutung gewinnt, favorisiert die Verhaltenstherapie besonders ressourcenorientierte, aktivierende und achtsamkeitsbasierte Ansätze. In der psychodynamischen Psychotherapie unterstützen die Befunde zur kognitiv-affektiven Komplexität Überlegungen zur strukturbestimmten Psychotherapie bei Hochaltrigen (Peters, 2014c), ein konfliktorientiertes Arbeiten erscheint in diesem Lebensabschnitt nur noch eingeschränkt möglich.

Worin bestehen die Spezifika der Alterspsychotherapie?

Brauchen wir eine Alterspsychotherapie?

Während Ältere in der Vergangenheit oftmals als ungeeignet für eine Psychotherapie gesehen wurden, gehen Psychothera-

peuten heute manchmal davon aus, sie seien zu behandeln wie andere Patienten auch. Tatsächlich hat diese Position zunächst mal einiges für sich, trägt sie doch zur Normalisierung der Psychotherapie Älterer bei. Die Bedeutung des kalendarischen Alters, das in der Vergangenheit wie eine „Indikationszensur“ wirkte (Heuft et al., 2006), zu relativieren – was im Übrigen auch der Relativierung von Altersgrenzen im gesellschaftlichen Kontext entspricht –, erleichtert die Akzeptanz und Integration Älterer in die psychotherapeutische Versorgung. Tatsächlich entspricht die Psychotherapie Älterer zunächst einmal der anderer Patientengruppen, es kommen die psychotherapeutischen Vorgehensweisen zum Tragen, derer sich der Psychotherapeut auch sonst bedient. Aber so wichtig der Schritt hin zur Normalisierung der Psychotherapie Älterer ist, so kann doch nicht über die Notwendigkeit einer lebenslaufsensiblen Psychotherapie, wie sie für andere Lebensphasen wie Kindheit und Jugend selbstverständlich ist, hinweggegangen werden.

Aus verhaltenstherapeutischer wie aus psychodynamischer Perspektive wurde für eine Doppelstrategie plädiert, das heißt einerseits auf die etablierten diagnostischen und psychotherapeutischen Strategien zurückzugreifen, andererseits aber Altersfragen zu berücksichtigen, sich mithin im Sinne eines doppelten Blickes auf ein alters- und störungsspezifisches Rahmenmodell zu stützen (Maercker, Nitsche, Schuster & Boos, 2004; Zank, Peters & Wilz, 2010). Worin die altersspezifischen Besonderheiten bestehen, wird im Weiteren ausgeführt. Dabei wird immer wieder auf Ergebnisse der Studie „*Therapeutischer Stil in der Psychotherapie Älterer*“² (im Folgenden *TPÄ-Studie*) Bezug genommen, in der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Berlin zu ihren Einstellungen und Erfahrungen mit älteren Patienten befragt wurden (n=173).

Sind Psychotherapeuten bereit, ältere Patienten zu behandeln?

Zivian, Gekoski, Larsen und Hatchette (1994) fragten Personen allen Alters danach, für wie sinnvoll sie Psychotherapie bei verschiedenen Altersgruppen halten.

Die überwiegende Mehrheit schätzte dieses Verfahren bei Älteren als weniger sinnvoll ein, und auch die Älteren selbst identifizierten sich mit dieser Einstellung, das heißt, sie internalisieren ein Altersfremdbild, das ihnen Behandlungschancen vorenthält. Hier spiegelte sich der Zeitgeist, der das Alter eher mit Defiziten als mit neuen Entwicklungsmöglichkeiten verband. Auch die Psychotherapeuten waren keineswegs frei von negativen Vorstellungen, zumal schon Freud Ältere als nicht geeignet für Psychotherapie einschätzte (Radebold, 1994), da sie seiner Ansicht nach nicht mehr über die ausreichende Plastizität verfügten. Ray, McKinney & Ford berichteten 1987, dass in einer Befragung 80% der Psychotherapeuten angaben, lieber keine Älteren behandeln zu wollen. Und Shmotkin, Eyal und Lomranz hatten noch 1992 in einer israelischen Studie gefunden, dass über 90% angaben, jüngere Erwachsene gern oder sehr gern zu behandeln, aber nur ca. 15% dies bei über 60-Jährigen äußerten. Die Ergebnisse der *TÄP-Studie* (es wurden die gleichen Fragen gestellt wie bei Shmotkin et al., 1992) unterschieden sich davon erheblich, immerhin gaben 53% an, Ältere gern oder sehr gern zu behandeln. Hier bestätigte sich zunächst einmal die positive Haltung von mehr als der Hälfte der Psychotherapeuten. Nur 18% gaben an, Ältere ungern oder sehr ungern zu behandeln; bei Shmotkin et al. (1992) waren es noch 55% gewesen.

Der Wandel des Alters in der heutigen Zeit schlägt sich somit auch bei den Psychotherapeuten nieder. Damit dürfte sich die Schwelle, Ältere zu behandeln, verringert und die Chance Älterer, einen Behandlungsplatz zu finden, vergrößert haben. Die Entwicklung scheint noch einen Schritt weiter zu gehen, wurde doch auch die Frage nach der Sinnhaftigkeit bzw. nach zu erwartenden Erfolgen der Behandlung Älterer von einer Mehrheit der Psychotherapeuten positiv oder sogar sehr positiv beantwortet. Dieses Ergebnis kann nicht allein auf einen Selektionseffekt zurückgeführt werden, da im Aufbau des Fragebogens zunächst nicht zu erkennen war, dass es sich um eine Befragung zur Behandlung Älterer handelte. Vielmehr liegt eine andere Erklärung nahe: Aus der

sozialpsychologischen Forschung zu Stereotypen ist das Phänomen der Überkompensation bekannt, das zum Tragen kommt, wenn ein Negativstereotyp vermieden werden soll. Es ist also nicht auszuschließen, dass es angesichts des öffentlichen Positivdiskurses zum Alter nicht mehr opportun erscheint, sich bei entsprechenden Fragen negativ zu äußern, und eher ein dem Stereotyp gegenläufiges Bild präsentiert wird. Dies würde sich durchaus mit Erfahrungen in Supervisionen und Fortbildungen decken, in denen manchmal geradezu eine Idealisierung der Behandlung Älterer spürbar wird. Dass eine solche Idealisierung auch als Abwehr zu verstehen ist, wurde in einigen anderen Ergebnissen sichtbar (s. u.).

Was macht einen „guten“ Alterspsychotherapeuten aus?

Neben fachlichen Kompetenzen (v. a. entwicklungspsychologischen, gerontopsychiatrischen und geriatrischen Kenntnissen) ist die Person des Psychotherapeuten in der Behandlung Älterer in besonderer Weise involviert. Altwerden ist ein Thema, das alle betrifft, und – unabhängig vom gesellschaftlichen Altersbild – ist ein Unbehagen damit verbunden. In der Vergangenheit wurden nun ausschließlich die Widerstände des Psychotherapeuten thematisiert, Ältere in Behandlung zu nehmen (Zank et al., 2010):

- die Angst vor der Konfrontation mit körperlichem Abbau, vor den „Zumutungen“ des Alters, vor Tod und Sterben,
- die Angst vor der umgekehrten Übertragung, also davor, vom Patienten in die Rolle des Sohnes oder der Tochter gedrängt zu werden,
- die Angst vor geringen therapeutischen Erfolgen oder gar Misserfolgen, damit verbundenem Ansehensverlust, oder auch verbunden mit der unbewussten Angst, vor den Eltern zu versagen.
- Radebold (2002) wies darauf hin, dass es bereits im Alten Testament verboten

2 Die Studie wurde vom Institut für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Berlin und der Klinik am Hainberg in Bad Hersfeld durchgeführt und finanziell unterstützt von der Heidehof Stiftung.

ist, die „Blöße der Älteren“ aufzudecken, es als Tabuverletzung empfunden werden kann, Älteren ein Therapieangebot zu unterbreiten.

- Auch fehlende Kenntnisse und damit die Angst vor Überforderung wurden in der Vergangenheit als behindernde Faktoren gesehen.

Angesichts wachsender Behandlungszahlen (s. u.) und der veränderten Einstellung der Psychotherapeuten stellt sich die Frage, ob diese defizitorientierte nicht durch eine kompetenzorientierte Sicht ergänzt werden sollte. Obwohl die oben genannten Faktoren – die nur eine Auswahl darstellen – auch weiterhin wirksam sein können, scheint allein durch sie die Haltung der Psychotherapeuten nicht mehr angemessen beschrieben zu sein. Aus den Ergebnissen der *TÄP-Studie* ergaben sich Hinweise darauf, welche Psychotherapeuteneigenschaften die Bereitschaft erhöhen, sich auf Alterspsychotherapie einzulassen (definiert durch eine positive Einstellung zu älteren Patienten, Kenntnissen in Alterspsychotherapie und höherem Anteil Älterer in der Praxis) (Peters, 2014b).

Den größten Einfluss hat danach das Alter des Psychotherapeuten, ältere Therapeuten haben eher einen Zugang zur Alterspsychotherapie: Sie legen die positivere Einstellung an den Tag, verfügen über mehr Kenntnisse in Alterspsychotherapie und behandeln mehr Ältere. Des Weiteren wurde das Konzept der *filialen Angst* bzw. *filialen Reife* herangezogen. Es beschreibt die innere Haltung erwachsener Kinder zur Pflege ihrer alten Eltern in den Dimensionen „innere Unabhängigkeit, Begrenzung von Schuldgefühlen und liebevolle Grenzsetzung“ (Stiens, Maeck & Stoppe, 2006). In der *TÄP-Studie* wurde dieses Konzept erstmals auf Psychotherapie angewandt und es zeigte sich, dass *filiale Angst* einen Einfluss auf die Bereitschaft zur Behandlung Älterer hat. Die Angst davor, der Pflege der alten Eltern nicht gewachsen zu sein bzw. die Angst angesichts des Pflichtgefühls, für die alten Eltern da sein zu müssen, geht mit einer größeren Distanz zur Behandlung Älterer einher, ein Befund, der mit dem Konzept der Eigenübertragung (Heuft, 1990) erklärt werden kann. Diese Psychotherapeuten nehmen ältere

Patienten ähnlich wahr wie die eigenen alten Eltern und distanzieren sich von ihnen aus der Angst vor Gefühlen von Überforderung und mangelnder Abgrenzungsfähigkeit. Die Ergebnisse zeigen, dass die Entwicklung von innerer Unabhängigkeit von den eigenen alten Eltern im Sinne einer *filialen Reife* mit einer positiveren Haltung zur Alterspsychotherapie einhergeht. Schließlich zeigte sich, dass ein traditionelles *Altersbild*, in dem Ältere als erstarrt und rigide gesehen werden, ein hemmender Faktor ist, während ein *Altersbild*, das Kompetenz und Aktivität betont, sich positiv auswirkt. Schließlich wurde deutlich, dass die *Reflexion des eigenen Älterwerdens* als Voraussetzung, das Unbehagen am Alter zu überwinden und sich dieses anzueignen (Peters, 2011), einen positiven Einfluss darauf hatte, Alterspsychotherapie in die eigene Berufspraxis zu integrieren.

Allerdings können diese Zusammenhänge nicht kausal interpretiert werden, vielmehr ist auch ein gegenläufiger Einfluss zu erwarten. Es liegen empirische Bestätigungen dafür vor, dass die Tatsache, bereits Ältere behandelt zu haben, einen erheblichen Einfluss auf die Bereitschaft hat, dies weiterhin zu tun, Erfahrungen mit älteren Patienten regen Psychotherapeuten also an, sich dieser Gruppe mehr zu öffnen (Zank, 2002; Peters et al., 2013). Schließlich ist der positive Einfluss des Lebensalters des Psychotherapeuten vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass ältere Patienten eher ältere Psychotherapeuten aufsuchen, da sie sich von diesen mehr Verständnis für ihre Themen versprechen. Die dadurch bedingte Konfrontation mit dem eigenen Älterwerden bedingt nicht automatisch die Ablehnung ihrer Behandlung, wie in der Vergangenheit vermutet, sondern wird häufig offenbar als Anregung empfunden, sich auf dieses Thema und damit möglicherweise auch einen persönlichen Erfahrungsprozess einzulassen. Kommt ein solcher Prozess wechselseitiger Anregung zustande, befördert dies die Passung in der therapeutischen Beziehung, die, so die Befunde der Therapieforschung, wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung ist. Zwar kann aufgrund der hier berichteten Ergebnisse nicht geschlossen werden, dass das Vorliegen der genannten Merkmale einen „gu-

ten“ Alterspsychotherapeuten ausmacht, aus klinischer Sicht liegt dieser Schluss dennoch nahe.

Therapeutische Haltung und therapeutischer Stil bei Jüngeren und Älteren

Die Frage, ob in der Behandlung Älterer technische Modifikationen erforderlich sind, beschäftigt die Alterspsychotherapie von Beginn an. In der Verhaltenstherapie wird häufiger auf notwendige Modifikationen hingewiesen, die sich aus dem veränderten Lernverhalten im Alter bzw. aus kognitiven Veränderungen ableiten lassen (Hautzinger, 2000). In der psychoanalytischen Literatur wird hingegen weniger über technische Veränderungen diskutiert als vielmehr über die Bedeutung der umgekehrten Übertragung, in der der Ältere den Psychotherapeuten in der Rolle des Kindes wahrnimmt (Radebold, 1992). Auch zahlreiche Befunde der Kommunikationsforschung beschreiben ein spezifisches Kommunikationsverhalten zwischen Älteren und Jüngeren (Thimm, 2000). Ausgehend von diesen Überlegungen wurde in der *TPÄ-Studie* der Frage nachgegangen, ob Psychotherapeuten in der Behandlung Älterer andere Überzeugungen an den Tag legen bzw. einen anderen Stil praktizieren als in der Behandlung Jüngerer. Mithilfe des Fragebogens zum therapeutischen Stil von Sandell, Carlsson und Schubert (2004) konnten deutliche Unterschiede gefunden werden. In der Skala *Einsicht* fanden sich signifikant niedrigere Werte bei Älteren, d. h. die befragten Psychotherapeuten waren der Auffassung, dass ältere Patienten weniger als jüngere von der Einsicht in Zusammenhänge und unbewusste Bedeutungen profitieren können (Peters, Jeschke, Lindner & Peters, 2014). Dass die Erarbeitung von Einsicht – ein ja gerade für Psychodynamische Psychotherapeuten zentrales Anliegen – bei Älteren für weniger bedeutsam gehalten wird, kann durchaus auf ein keineswegs gänzlich obsolet gewordenes negatives Altersstereotyp zurückgeführt werden, in dem Älteren weniger Flexibilität und Introspektionsfähigkeit zugetraut wird. Dass dies Konsequenzen hat, zeigt sich an dem Befund, dem zufolge *Einsicht* mit der Anzahl behandelter Älterer korrelierte, das heißt,

eine diesbezüglich skeptische Haltung geht mit einer geringeren Anzahl Älterer in der eigenen Praxis einher. In einer zweiten, insbesondere für Verhaltenstherapeuten charakteristischen Skala, nämlich *Anpassung*, die erfasst, wie wichtig es dem Psychotherapeuten ist, Patienten Hilfestellungen im Umgang mit Problemen oder Symptomen zu geben, zeigten sich hingegen keine Unterschiede zwischen Älteren und Jüngeren. Dies bedeutet, dass insbesondere Verhaltenstherapeuten überzeugt sind, dass die von ihnen bevorzugte Strategie bei Älteren ebenso wirksam ist wie bei Jüngeren, während psychodynamische Psychotherapeuten von der Wirksamkeit ihres zentralen Anliegen, nämlich Einsicht zu erarbeiten, bei Älteren weniger überzeugt sind.

Ein zweiter, bedeutsamer Befund dieses Teils der *TÄP-Studie* bezieht sich auf die persönliche Distanz, gemessen mit der Skala *Neutralität*. Es zeigte sich, dass Psychotherapeuten in der Behandlung Älterer mehr persönliche Nähe zulassen als bei Jüngeren (Peters et al., 2014); dies war bei Psychotherapeuten beider Therapierichtungen zu beobachten, stärker allerdings bei Verhaltenstherapeuten. Diese größere Nähe kann vor dem Hintergrund der gerontopsychologischen Forschung als eine Reaktion auf die veränderten sozialen Bedürfnisse Älterer verstanden werden (s. o.). Während jüngere Menschen in sozialen Beziehungen stärker nach Anerkennung und Status suchen, streben ältere Menschen bevorzugt nach emotionaler Nähe, Fürsorge oder generativen Erfahrungen (Lang, 2004). Eine empathische Haltung des Psychotherapeuten sollte diese Wünsche des Patienten berücksichtigen, um ein Behandlungsbündnis entwickeln zu können. Psychotherapeuten scheinen sich intuitiv auf diese veränderte Bedürfnislage einzustellen, indem sie die persönliche Distanz zum Patienten verringern. Versäumt ein Psychotherapeut eine solche Modifikation – z. B. wegen zu großer *fillieller Angst* –, wird er Ältere nur schwer erreichen können. Andererseits macht das Konzept der umgekehrten Übertragung aber auf die Notwendigkeit aufmerksam, diese Modifikationen reflexiv zu handhaben, können sie doch auch in eine allzu persönliche Beziehung münden, die die

Professionalität gefährdet. Es entsteht in der Regel ein Druck, entsprechend der Position des Sohnes oder der Tochter zu handeln. Dabei ist auch eine bei Jüngeren wirksame Über-Ich-Norm von Bedeutung, sich Älteren gegenüber zuvorkommend, höflich und etwas submissiv zu verhalten. Fühlt sich der Psychotherapeut nun seinerseits narzisstisch aufgewertet, weil der ältere Patient mit Dankbarkeit auf die ihm angebotene persönliche Beziehung reagiert – auch hier kann der Positivitätseffekt wirksam werden –, läuft er Gefahr, eine „narzisstische Kollusion“ einzugehen, die seine professionelle Kompetenz infrage stellt. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Behandlung Älterer erfordert somit eine spezifische Reflexionskompetenz.

Psychotherapeutische Aufgaben und Themen bei Älteren

Die klinische Entwicklungspsychologie hat mit dem Konzept der Entwicklungsaufgaben eine Taxonomie an Themen entworfen, mit denen sich ältere Menschen auseinandersetzen müssen und die sie, wenn sie daran scheitern, auch in eine Psychotherapie führen können (Peters, 2004). Zu klären, inwieweit sich diese Themen in der klinischen Praxis wiederfinden oder sich andere Themenschwerpunkte in den Vordergrund schieben, war ebenfalls Anliegen der *TPÄ-Studie* (Peters, 2014a). Die Psychotherapeuten wurden gebeten, drei wichtige Themen aus der Psychotherapie mit einem zu erinnernden Patienten zu benennen. Dabei zeigten sich nur wenige Unterschiede zwischen Jüngeren und Älteren in den Themenbereichen personale Dimension (Selbst, Affekte u. a.), soziale Dimension (Familie, Partnerschaft u. a.) sowie dem Themenbereich Krankheit und Therapie, all diese Themen wurden bei beiden Altersgruppen gleich häufig behandelt. Deutliche thematische Verschiebungen mit einer Zunahme in der Behandlung Älterer fanden sich bei den lebensgeschichtlichen Themen Biografie und Kriegserlebnisse – Letztere allerdings nur mit einer sehr geringen Häufigkeit – und den existenziellen Themen Krankheit/Pflege, Lebenssinn und Tod/Trauer, mithin Themen, die an die tragische Trias nach V. Frankl erinnern (vgl. Noyon & Heidenreich, 2012).

Die Bedeutung der Biografie gehört seit Erikson (1973) zu den etablierten Grundannahmen der Alterspsychotherapie. Dieser hatte die Aussöhnung mit dem eigenen Leben und die Integration der Lebenserfahrungen als Voraussetzung für eine stabile Identität im Alter betrachtet. Lebensrückblicksinterventionen und Biografiearbeit gehen von dieser Annahme aus (Maercker & Forstmeier, 2012). Indem Lebensrückblick aber vornehmlich der Selbstvergewisserung und Sinnfindung dient, besteht ein enger Zusammenhang zu existenziellen Themen, die aus der Konfrontation mit den Grundfragen unserer Existenz resultieren. Der Philosoph Karl Jaspers hat in diesem Zusammenhang von Grenzerfahrungen gesprochen, womit er Situationen meint, die wie „eine Wand erfahren werden, an die wir stoßen, an der wir scheitern“ (Jaspers 1932/1956, S. 203). Mit der Zunahme existenzieller Themen im Alter gewinnt die Alterspsychotherapie eine Nähe zur existenziellen Psychotherapie, wie sie v. a. von Yalom (1989), aber auch anderen entwickelt wurde. Diese hat zwar vornehmlich in der psychoanalytischen und humanistischen Tradition ihre Wurzeln, wird aber neuerdings auch von verhaltenstherapeutischer Seite rezipiert (Noyon & Heidenreich, 2012). Sie versteht sich nicht als eigene Therapieform, sondern als eine besondere Betrachtung der Dimensionen des menschlichen Lebens, die die Grundfragen unserer Existenz betreffen und in den Kontext von Zeit und Vergänglichkeit eingebettet sind. Übereinstimmend wird dabei eine modifizierte therapeutische Aufgabenstellung und Zielsetzung betont, die schon von Jaspers vorweggenommen wurde. „Auf Grenzsituationen reagieren wir daher sinnvoll nicht durch Plan und Berechnung, um sie zu überwinden, sondern durch eine ganz andere Aktivität, das Werden der in uns möglichen Existenz; wir werden wir selbst, indem wir in die Grenzsituationen offenen Auges eintreten.“ (Jaspers 1932/1956, S. 204). Das psychoanalytische Konzept des „Containers“ scheint hier von besonderem Wert zu sein, verweist es doch auf eine therapeutische Haltung, die nicht auf Lösungen aus ist, sondern gemeinsam mit dem Patienten nach einem Weg sucht, die Fragilität und Zerbrechlichkeit des Seins tragen und dem Leben dennoch einen

Sinn abgewinnen zu können. Die Alterspsychotherapie gewinnt durch die Betonung existenzieller Themen, bei denen auch der Psychotherapeut in besonderer Weise gefordert ist, ein spezifisches thematisches Profil.

Ist Alterspsychotherapie erfolgreich?

Lange Zeit wurde der Erfolg der Psychotherapie älterer Menschen bezweifelt. Inzwischen liegen jedoch ausreichend empirische Befunde vor, die die Wirksamkeit zweifelsfrei nachweisen. Mehrere Meta-Analysen belegen die Effektivität der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung Älterer, wobei vornehmlich die Behandlung von Depressionen untersucht wurde (z. B. Pinquart, Duberstein & Lyness, 2007; Karel & Hinrichsen, 2000). Cuijpers, van Straten und Smit (2006) berichten eine durchschnittliche Effektstärke von .72, was bedeutet, dass mehr als 75% der behandelten Patienten besser abschneiden als die Kontrollgruppe. Neben dieser globalen Einschätzung lassen sich folgende differenzierende Feststellungen treffen:

- In mehreren älteren Übersichten werden bessere Effektstärken für die kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zur Psychodynamischen Psychotherapie berichtet (Engels & Vermey, 1997; Karel & Hinrichsen, 2000), neuere Meta-Analysen berichten jedoch vergleichbar gute Ergebnisse (O'Rourke & Hadjistavropoulos, 1997; Cuijpers, van Straten & Smit 2006; Driessen, Cuijpers, de Maat & Abbass, 2010).
- Im Hinblick auf einzeltherapeutische Behandlungen ist kein Unterschied in den Effektstärken bei Älteren und Jüngeren festzustellen, für Gruppentherapien werden meist geringere Effektstärken bei Älteren berichtet (Pinquart et al., 2007).
- Bei Vorliegen multipler Beschwerden und gemischter Diagnosen sind die Ergebnisse deutlich schlechter (Engels & Vermey, 1997).
- Im Hinblick auf das Alter der Patienten wurde kein Zusammenhang festgestellt. Allerdings wurde fast ausschließ-

lich die Behandlung 60- bis 80-Jähriger untersucht, Behandlungen über 80-Jähriger wurden bisher praktisch nicht überprüft (Engels & Vermey, 1997).

Zur stationären Psychotherapie liegen bisher nur wenige Studien vor (Peters, Radebold & Hübner, 2002). Die Ergebnisse von Schulz et al. (2012) bei über 60-Jährigen, die in einer Psychosomatischen Klinik behandelt wurden, zeigen in der Verbesserung der Lebenszufriedenheit keinen Unterschied zu Jüngeren (Effektstärke .90), in der Symptombesserung ist hingegen ein geringfügiger Unterschied zu erkennen (Jüngere .69, Ältere .55). Dieses Ergebnis erscheint noch einmal in einem besonderen Licht, wenn berücksichtigt wird, dass die Älteren im Durchschnitt eine Woche kürzer behandelt wurden. Eine solch kürzere Behandlungsdauer bei Älteren konnte auch für ambulante Psychotherapien nachgewiesen werden (Gallas, Puschner, Kühn & Kordy, 2010) und wird von Maercker et al. (2004) auf ein höheres psychisches Funktionsniveau Älterer zurückgeführt. Allerdings passt der von Schulz und seiner Arbeitsgruppe berichtete Befund, dass Ältere nicht nur eine geringere Psychotherapiedosis bekamen – auch wenn die kürzere Behandlungsdauer berücksichtigt wird –, sondern adjuvanttherapeutische Maßnahmen (Massagen u. a.) nicht häufiger verordnet wurden, obwohl von einer höheren körperlichen Symptombelastung auszugehen war, nicht ins Bild. Hier liegt die Vermutung nahe, dass für die geringere Therapiedosis, die Ältere erhalten, auch andere Einflüsse verantwortlich sind.

Zur weiteren Entwicklung

Befindet sich also die Alterspsychotherapie auf neuen Wegen? Vieles spricht dafür. Die wissenschaftliche Basis erweitert sich, Psychotherapeuten zeigen mehr Interesse an der Thematik und Patienten sind eher bereit, Psychotherapieangebote nachzufragen. Dieser Wandel schlägt sich in der Zunahme von Behandlungszahlen nieder. Peters et al. (2013) berichten von ca. 9% über 60-Jähriger in den Praxen niedergelassener Psychologischer Psychotherapeuten in Berlin. Diese Zahlen mögen in einer

Metropole höher liegen als in anderen Regionen, ein deutlicher Anstieg ist aber unbestritten.

Dennoch ist das Bild weniger eindeutig positiv, als es auf den ersten Blick erscheinen mag. Bei genauerer Betrachtung beschränkt sich der Anstieg der Behandlungszahlen fast ausschließlich auf die Gruppe der 60- bis 69-jährigen gut gebildeten Frauen. Auch Problemgruppen sind eindeutig: ältere Männer, weniger gebildete Ältere und Hochaltrige kommen nach wie vor kaum in Psychotherapie. Für diese Gruppen gilt es zukünftig, psychotherapeutische Angebote und Konzepte zu entwickeln, um sie besser erreichen und behandeln zu können (Kessler, 2014; Peters, 2014c).

Literatur

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



Prof. Dr. phil. **Meinolf Peters**, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker, Honorarprofessor an der Universität Marburg, ist niedergelassen in eigener Praxis, Mitinhaber und Geschäftsführer des Instituts für Alternspsychotherapie und Angewandte Gerontologie und leitender Psychologe im Funktionsbereich Gerontopsychosomatik in der Klinik am Hainberg in Bad Hersfeld.

Prof. Dr. Meinolf Peters

Schwanallee 48a
35037 Marburg
Meinolf-Peters@t-online.de

Praxisanteile im Direktstudium Psychotherapie

Redaktionelle Vorbemerkung

Die geplante Reform des Psychotherapeutengesetzes wird auch eine Veränderung der Psychotherapeutenaus- und -weiterbildung umfassen. Verschiedene Varianten werden diskutiert, einige davon haben wir in Ausgabe 4/2013 des PTJ vorgestellt. Die Diskussion darüber und auch über weitere Aspekte der Reform soll in diesem und auch in den nächsten Heften fortgesetzt werden. Von verschiedenen Seiten wird eine sog. Direktausbildung an Universitäten bzw. allgemein an Hochschulen als erste Phase der Qualifizierung (Approbation) vorgeschlagen, der dann notwendiger-

weise noch eine vertiefende zweite Qualifizierungsphase im Rahmen der Weiterbildung (Fachkunde und damit Facharztstatus) folgen muss – analog zur jetzigen ärztlichen Aus- und Weiterbildung. In der Diskussion darüber wird häufig infrage gestellt, ob die Universitäten bzw. Hochschulen – auch unter dem Blickwinkel der vorhandenen Ressourcen bzw. begrenzten Finanzmittel – in der Lage sind, die notwendige Praxisnähe und Anwendungsorientierung sowie die Verfahrensvielfalt in einem zukünftigen Psychotherapiestudium zu gewährleisten und die für eine Ap-

probation notwendigen Kompetenzen und klinischen Erfahrungen der Studierenden im direkten Patientenkontakt und unter geeigneten Rahmenbedingungen (u. a. Kleingruppenarbeit, Praktika, Fallgruppen und engmaschige Supervisionen) zu vermitteln. Im folgenden Beitrag erläutern Rief et al. die bestehenden Voraussetzungen aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, um diese Herausforderungen anzugehen.

Für den Redaktionsbeirat

Heiner Vogel

Auf welche Lehr-Erfahrungen kann aufgebaut werden? Welche Inhalte und Kompetenzen sollten vermittelt werden?

Winfried Rief, Andrea Abele-Brehm, Thomas Fydrich, Silvia Schneider & Dietmar Schulte

Zusammenfassung: Sowohl in der Diskussion von Kompetenzprofilen für die zukünftige Psychotherapeutenausbildung als auch bei einem potenziellen Direktstudium Psychotherapie wird bereits im Studium das Vermitteln praktischer Handlungskompetenzen vorgesehen. Im nachfolgenden Beitrag werden mögliche solcher praxisorientierter Lehrveranstaltungen vorgestellt. Beispiele sind neben Praktika auch diagnostische Übungen durch Fallvorstellungen, praktische Übungen basaler psychotherapeutischer Verhaltensweisen (z. B. Beziehungsaufbau), Vorstellung praktischen Vorgehens unterschiedlicher Psychotherapiemethoden und -verfahren durch fachkompetente Vertreterinnen und Vertreter¹ bei unterschiedlichen Altersgruppen und insbesondere auch Fallseminare. Da an vielen Psychologie-Standorten in den vergangenen zwanzig Jahren mit Teilen dieser Lehrformen schon Erfahrungen gesammelt wurden, wird ausgeführt, welche Entwicklungen sich bewährt haben und welche Änderungen notwendig erscheinen. Der Beitrag versteht sich als Diskussionsanregung, um anhand konkreter Vorstellungen Möglichkeiten und Grenzen eines Ausbildungswegs Direktstudium diskutieren sowie definieren zu können, welche Kompetenzen ggf. besser im Rahmen der Weiterbildung erworben werden könnten.

Auch die aktuelle Diskussion der entsprechenden Kommission des Länderrates der Psychotherapeutenkammern zu Kompetenzprofilen versucht eine Konzeption, bei der theoretische und praktische Ausbildungselemente bereits im Studium vermittelt werden sollen.

Viele Universitäten haben früher im Rahmen des Psychologiestudiums oft nur wenige praktische Lehrelemente angeboten, insbesondere zu der Zeit, als viele der Diskussionsteilnehmer ihr eigenes Studium absolvierten. In den letzten zehn bis zwanzig Jahren konnte die Lehre in Klinischer Psychologie und Psychotherapie jedoch sowohl theoretisch als auch mit ihren Praxisanteilen erweitert werden. An vielen Universitäten werden schon seit vielen Jahren Erfahrungen mit praktischen Ausbil-

Einleitung

In der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals (4/2013, erschienen am 18. Dezember 2013) werden verschiedene zwei- bis dreistufige Modelle einer revidier-

ten Psychotherapeutenaus- und -weiterbildung vorgestellt. Die Mehrzahl dieser Modelle, insbesondere jene, die ein Direktstudium Psychotherapie vorsehen, betonen die Notwendigkeit der Vermittlung praktischer Kompetenzen bereits im Studium.

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

dungsinhalten ermöglicht und die Integration praktischer Elemente wird vor allem im Rahmen der Hochschul- und Ausbildungsambulanzen gefördert. Der vorliegende Beitrag macht deshalb einen Vorschlag für praktische Ausbildungselemente, die in einem Direktstudium Psychotherapie zu integrieren wären, und berichtet über bereits jetzt schon vorliegende Erfahrungen in der Lehre, insbesondere an den psychologischen Universitätsinstituten mit angeschlossenen Hochschul- und Ausbildungsambulanzen. Sicherlich ist vieles davon diskutabel, und es sollte auch in Zukunft eine Variationsbreite zwischen verschiedenen Instituten möglich sein. Umso mehr verfolgt dieser Beitrag das Ziel, zum einen eine Vision der Möglichkeiten zu skizzieren, zum anderen aber auch die bereits jetzt schon bestehenden Erfahrungen ausreichend in die Diskussion einfließen zu lassen.

Vorschlag zu praxisorientierten Ausbildungsinhalten im Psychotherapie-Direktstudium

Die Übersicht (siehe Kasten) zeigt die vorgeschlagenen praxisorientierten Ausbildungsinhalte eines Direktstudiums. Diese werden auf dem Hintergrund von praktischen Erfahrungen mit der Lehre aus psychologischen Studiengängen kommentiert und beschrieben:

a) Übungen zur Verwendung unterschiedlicher Gesprächsführungstechniken

Psychotherapeuten müssen je nach Zielsetzung unterschiedliche Gesprächstechniken beherrschen. Beispiele sind die sachliche, wenig beeinflussende Gesprächsführung in diagnostischen und gutachterlichen Sitzungen, empathische Gesprächsführung zur Festigung der therapeutischen Beziehung, ein eher steuernder Gesprächsstil bei psychoedukativen Maßnahmen, Gesprächsführung in emotionalen Krisensituationen. Daneben bieten Gesprächsübungen die Möglichkeit, eigene Fähigkeiten zur verbesserten Kommunikation und auch zum verbesserten Zuhören zu schulen, sodass

Übersicht über praxisorientierte Ausbildungselemente

- a) Übungen zur Verwendung unterschiedlicher Gesprächsführungstechniken
- b) Praktisches Durchführen psychodiagnostischer Untersuchungen; psychopathologische Befunderstellung; Erstellen von sozialrechtlich-relevanten Gutachten unter Supervision
- c) Praktisches Einüben (weiterer) psychotherapeutischer Basisfertigkeiten einschließlich Selbstreflexion (in Kleingruppen). Übungen zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung, zur Problemdefinition, zum Motivationsaufbau, Psychoedukation, Problemlösung, Problemaktualisierung, Fertigkeiten- und Kompetenzaufbau zur Problembewältigung, Ressourcenaktivierung und -aufbau, Umgang mit schwierigen Interaktionssituationen, Leitung therapeutischer Gruppen
- d) Fallseminare: Begleitung von psychotherapeutischen Behandlungen über einen längeren Zeitraum mit Vor- und Nachbesprechungen und praktischer Beteiligung
- e) Analyse von Fallvignetten bzw. Kasuistiken, Videobeispielen und Rollenspielen zu Patientenverhalten; Teilnahme an Erstgesprächen und diagnostischen Sitzungen in der Lehrambulanz
- f) Kennenlernen praktischen Vorgehens unterschiedlicher wissenschaftlich-anerkannter psychotherapeutischer Verfahren und Methoden in der Ausbildungsambulanz des universitären Studiengangs
- g) Mitarbeit in Forschungsprojekten zur Effektivität psychotherapeutischer Interventionen
- h) Praktikum: Während des Studiums soll zusätzlich ein mindestens viermonatiges Praktikum absolviert werden in Einrichtungen, in denen Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern behandelt werden. Weitere praktische Erfahrungen, insbesondere in der Umsetzung therapeutischen Handelns, sind vor allem in der Weiterbildungszeit zu erwerben. Diese müssen umfassen:
 - Praktische therapeutische Erfahrungen unter Anleitung mit Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern. Hierzu ist eine Liste von Krankheitsbildern zu definieren, von denen eine Mindestanzahl in den praktischen Erfahrungen während der Weiterbildung abgedeckt werden müssen.
 - Praktische therapeutische Erfahrungen unter Anleitung in unterschiedlichen therapeutischen Settings (ambulant, teilstationär, stationär, Rehabilitation).

sowohl die Sender- als auch die Empfängerseite menschlicher Kommunikation berücksichtigt werden.

Bestehende Erfahrungen: Zu Gesprächsführungstechniken liegen Erfahrungen aus fast allen psychologischen Instituten, zum Teil auch aus anderen Instituten vor. Im Rahmen von Rollenspielen werden Übungen in Zweier- oder Dreier-Gruppen durchgeführt. Die Inhalte reichen üblicherweise von einfachen Übungen (z. B. zum Paraphrasieren) bis hin zur empathischen, emotional-geprägten Gesprächsführung im Sinne der non-direktiven Gesprächstherapie. Die Lehrkonzepte wurden in den letzten Jahren systematisch weiterentwickelt und bieten einen guten ersten Baustein der praktischen Ausbildungsteile.

b) Praktisches Durchführen psychodiagnostischer Untersuchungen; psychopathologische Befunderstellung; Erstellen von sozialrechtlich-relevanten Gutachten unter Supervision

Zum ausreichenden Kompetenzerwerb im Bereich Psychodiagnostik (einschließlich Begutachtung) müssen Lehrveranstaltungen zum einen eine breite psychodiagnostische Grundkompetenz vermitteln, die Kenntnisse von Mess- und Testtheorie sowie teststatistischen Gütekriterien umfasst. Zusätzlich muss ein vertieftes Verständnis psychodiagnostischer Methoden und Anwendungen sowohl für die Messung von Personmerkmalen und deren Veränderung, von Kontextmerkmalen als auch für

die (klassifikatorische) Diagnosestellung vermittelt werden. Neben den methodisch-statistischen Aspekten sind sowohl die Möglichkeiten diagnostischer Verfahren als auch die Risiken für Fehldiagnostik ausreichend zu berücksichtigen.

Für das Training bieten sich nach einer ausreichenden theoretischen Ausbildung zahlreiche Übungs- und Einsatzmöglichkeiten an. Dazu gehören für das Erlernen von Diagnosestellungen die Verwendung von Patientenvideos, Fallvorstellungen, Beteiligung an Erstgesprächen in den Ambulanzen etc. Neben Verfahren zur strukturierten oder standardisierten Diagnose psychischer Erkrankungen oder Konflikte sind Methoden der Selbst- und Fremdbeurteilung zur Bewertung der Schwere psychischer Krankheiten, Instrumente zur Beurteilung des therapeutischen Prozesses, der therapeutischen Beziehung und der Therapiemotivation, diagnostische Verfahren zur Bewertung klinisch-psychologisch relevanter Konflikte und Lösungskompetenzen zu vermitteln und zu üben.

Für eine kompetente Diagnostik müssen Studierende auch Methoden und Hintergründe zur Erfassung psychischer Funktionen, wie z. B. Intelligenz, Aufmerksamkeit, Gedächtnis (vgl. Differenzialdiagnostik Depression vs. Demenz im Alter), jedoch auch zur Erfassung von Emotionsregulation, Kommunikationsfähigkeit und Bindungsstilen kennen. Sie müssen lernen, den sozialen Kontext und daraus resultierende spezifische klinisch-relevante Probleme zu erfassen und adäquat im Störungsmodell zu berücksichtigen (z. B. sozialer Status, Gender, Migration und kultursensitive Aspekte).

Bestehende Erfahrungen: Das Training systematischer Verhaltensbeobachtung sowie psychodiagnostischer Testverfahren gehört zur Standardausbildung von Psychologen. Die Entwicklung der standardisierten Diagnostik zur Klassifikation psychischer Erkrankungen der letzten 20 bis 30 Jahre wurde in die Inhalte der Psychodiagnostik-Veranstaltungen integriert genauso wie vielerorts auch neuere, standardisierte Messmethoden für psychodynamische Konstrukte Einzug in die Lehrveranstaltungen fanden und insgesamt die Praxisantei-

le erhöht wurden. Vielerorts werden Studierende im Einsatz standardisierter Verfahren zur Störungsklassifikation (SKID; DIPS u. a.) sowie zur Diagnose von Ausprägung und Schweregrad verschiedener Störungen wie Angststörungen, Depressionen (z. B. HAMD, BDI), Zwangserkrankungen (Y-BOCS) oder Psychosen (z. B. mit der Positive and Negative Symptom Scale PANSS) geschult. Auch psychodynamische Verfahren (z. B. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD) oder Verfahren zur Verlaufsdagnostik, Lebensqualität und anderes werden integriert. An vielen Standorten erstellen Studierende unter Anleitung ein psychodiagnostisches Gutachten nach dem neuesten Stand der diagnostischen Forschung. Die Lehre hinsichtlich sozialrechtlicher Aspekte (z. B. Beurteilung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit) sowie allgemeiner Aspekte des Sozial- und Gesundheitssystems muss demgegenüber noch ausgebaut und integriert werden.

c) Praktisches Einüben (weiterer) psychotherapeutischer Basisfertigkeiten einschließlich Selbstreflexion (in Kleingruppen)

Hierzu zählen Übungen zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung, zur Problemdefinition, zum Motivationsaufbau, Psychoedukation, Problemlösung, Problemaktualisierung, Fertigkeiten- und Kompetenzaufbau zur verbesserten Emotionsregulation und Problembewältigung, Ressourcenaktivierung und -ausbau, Umgang mit schwierigen Interaktionssituationen und Übungen zur Leitung psychotherapeutischer Gruppen. Außerdem können Selbsterfahrungselemente und Prozesse der Selbstreflexion in diese Lehrveranstaltungen integriert werden. Die Studierenden erleben sich in verschiedenen Rollen, üben psychotherapeutisches Verhalten ein (Übernahme der Psychotherapeutenrolle), bringen aber auch eigene Probleme zur Bearbeitung ein (Übernahme der Patientenrolle), geben Rückmeldung über psychotherapeutische Sequenzen (Übernahme der Beobachterrolle) und reflektieren eigene Stärken und Schwächen im interpersonellen Kontext.

Bestehende Erfahrungen: Viele psychologische Institute bieten bereits heute Übungen zum Erwerb von Interventions-

kompetenzen an. Hierzu werden unter Einsatz von klinisch-erfahrenen Veranstaltungsleitern sowie von Tutoren in Kleingruppen von zwei bis fünf Studierenden Übungen durchgeführt, in denen die Teilnehmer sich in der Rolle des Psychotherapeuten, Patienten oder Beobachters erleben. Es war naheliegend, sich in der Vergangenheit neben gesprächspsychotherapeutischen und weiteren humanistischen Interventionen auch an kognitiv-behavioralen Interventionstechniken zu orientieren, da sich diese durch die hohe Strukturierung für eine ökonomische Vermittlung wichtiger diagnostischer und psychotherapeutischer Techniken anbieten. Zunehmend werden auch von Vertretern anderer Verfahren (v. a. psychodynamische, humanistische und systemische) oder neuerer Interventionsansätze (z. B. *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* CBASP oder der mentalisierungsbasierten Psychotherapie) praktische Lehrmethoden entwickelt, die im Rahmen eines Direktstudiums gut integriert werden können. Auch an breit einsetzbare Interventionsmethoden wie Ansätze zur Emotionsregulation, gruppentherapeutisch-kommunikationsorientierte Ansätze, paar- und familientherapeutische Ansätze genauso wie aktuelle Neuentwicklungen der Psychotherapie sollte gedacht werden.

Die systematischen Rückmeldungen durch die Studierenden zu den bestehenden „Interventionsseminaren“ an den psychologischen Instituten belegen, dass diese Veranstaltungsformen für Studierende eine sehr hohe Attraktivität haben, dabei auch der Lernerfolg als sehr hoch bewertet wird. Eine Evaluation der letzten zwölf Ausbildungskohorten an der Universität Marburg bestätigte, dass über 80% der Studierenden den Lernzuwachs in dieser Veranstaltung mit der Top-Bewertung „sehr hoch“ bewerteten, weitere 18% mit „hoch“. Das Sich-Erleben in der aktiven Psychotherapeutenrolle in einem geschützten Rahmen, das Bearbeiten persönlicher Themen bei den Gesprächs- und Interventionsübungen sowie die systematischen Rückmeldungen durch andere Gruppenmitglieder führen dabei nicht nur zu einem substanziellen allgemeinen Kompetenzgewinn, sondern sind in aller Regel auch mit substanziellem „persönlichen Wachstum“ verbunden.

d) Fallseminare: Begleitung von psychotherapeutischen Behandlungen über einen längeren Zeitraum mit Vor- und Nachbesprechungen sowie praktischer Beteiligung

Die besondere Zielsetzung von Fallseminaren ist, Behandlungsverläufe auch über eine längere Zeitspanne oder während besonders intensiver Veränderungsphasen (z. B. während stationärer oder ambulanter Intensivtherapien) zu begleiten und dabei Veränderungsprozesse zu erkennen. Unter der Leitung von approbierten Psychotherapeuten werden Behandlungen durchgeführt und Studierende über die gesamte Zeit systematisch beteiligt. Psychotherapeutische Sitzungen mit den Patienten werden vor- und nachbereitet, sodass Studierende in die Lage versetzt werden, ggf. Teile der geplanten oder durchgeführten Interventionen selbst auszuführen. In Rollenspielen können vorbereitend oder nachbereitend zu den Psychotherapiesitzungen bestimmte Sequenzen der psychotherapeutischen Sitzung ausgearbeitet werden. Auch im Rahmen von Fallseminaren werden Selbsterfahrungs- und -reflexionselemente insbesondere bei den Vor- und Nachbereitungen integriert. Zusätzlich wird anhand konkreter Fälle die Verknüpfung wissenschaftlicher Erkenntnisse mit praktischen Fragen reflektiert und geübt (Reflexion von Lern- und Sozialisationsprozessen, Gedächtnisprozesse, psychobiologische Besonderheiten des Störungsbildes, dyadische Interaktionsmuster, soziales und kulturelles Setting und seine Auswirkungen auf Verhaltens- und Erlebensmuster; Kenntniserwerb zu eingesetzten Psychopharmaka in der Anamnese und ggf. Gegenwart usw.).

Bestehende Erfahrungen: Auch zu Fallseminaren liegen an vielen Standorten Erfahrungen vor. Manche psychologische Institute hatten solche Veranstaltungen bereits in den 1970er- und 1980er-Jahren eingeführt (z. B. Trier, Heidelberg, Bochum, Marburg), bei anderen wurden Fallseminare erst in der Folgezeit der Einrichtung von Hochschulambulanzen nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) implementiert. Zusammen mit den o. g. Interventionsseminaren werden diese Veranstaltungen von Studieren-

den sehr geschätzt, wobei gerade das Üben des Transfers der theoretischen Inhalte in praktisches Handeln und Entscheiden besonders gewürdigt wird. Bemerkenswert erscheint, dass solche „Fallseminare“ bisher nicht fester Bestandteil einer Psychotherapeutenausbildung sind; dies sollte im Rahmen der anstehenden Revisionen geändert werden.

e) Analyse von Fallvignetten bzw. Kasuistiken, Videobeispielen und Rollenspielen zu Patientenverhalten; Teilnahme an Erstgesprächen und diagnostischen Sitzungen in der Lehrambulanz

Durch die Analyse von Fallbeispielen können typische Behandlungsverläufe, aber auch problematische Entwicklungen in Behandlungen veranschaulicht werden. In Erstgesprächen wird deutlich, mit welchen Problemlagen Patienten in der psychotherapeutischen Praxis Behandlung erfragen. In Rollenspielen kann sowohl Psychotherapeuten- als auch Patientenverhalten eingeübt, analysiert und modifiziert werden.

Bestehende Erfahrungen: Bisher wurden solche oder ähnliche praxisorientierten Lehrelemente außer bei den o. g. Beispielen oftmals eher nach Bedarf in einzelnen Vorlesungen und Seminaren eingesetzt. Weiterentwicklungen können diesen Einsatz in spezifischen Lehrveranstaltungen systematisieren, jedoch ist auch denkbar, solche Lehrelemente bei weiteren Lehrveranstaltungen noch stärker einfließen zu lassen (z. B. in Seminaren zu spezifischen Störungen, Grundlagen-Veranstaltungen zur Emotionspsychologie u. a.).

f) Kennenlernen des praktischen Vorgehens unterschiedlicher wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren und Methoden in der Ausbildungsambulanz des universitären Studiengangs

In den praxisorientierten Veranstaltungen sollen Studierende unterschiedliche Behandlungsverfahren und Behandlungsmethoden kennenlernen. Die anzustrebende Vielfalt bezieht sich auf Behandlungsverfahren bzw. -methoden, Altersspannen

(Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen, Menschen höheren Lebensalters) und bestimmte Indikationsgebiete (psychische Erkrankungen allgemein, Psychotherapie bei Psychosen, neuropsychologische Therapien, Interventionen im Bereich Psychosomatik und Verhaltensmedizin). Entsprechend des Auftrags einer Universität müssen auch neue Entwicklungen psychotherapeutischer Ansätze in der Lehre berücksichtigt und vermittelt werden, insbesondere wenn für diese schon ausreichend empirische Evidenz abzusehen ist.

Es wird vorgeschlagen, dass der vertiefende verfahrensspezifische oder altersbezogene Kompetenzerwerb der Weiterbildung vorbehalten sein sollte. Im Rahmen des Direktstudiums ist es demgegenüber u. E. wichtig, einen Einblick in allgemeine Wirkprozesse der Psychotherapie sowie eine Vielfalt verschiedener Behandlungs- und Indikationsstellungen zu vermitteln.

Bestehende Erfahrungen: Praxisorientierte Lehrveranstaltungen spiegeln in der Regel die Schwerpunkte der entsprechenden Professoren wider, sodass hier eine Ausweitung sinnvoll erscheint. Methodenvielfalt kann dadurch erleichtert werden, dass die bisherigen Hochschulambulanzen für Forschung und Lehre in diesem Kontext ausgeweitet bzw. von der Therapieverfahrensbindung im bisherigen Sinne entbunden werden. Damit können dort auch approbierte Psychotherapeuten arbeiten, die unterschiedliche Psychotherapieansätze² und Spezialisierungen vertreten, und diese den Studierenden gegenüber darstellen. Aber auch psychotherapeutische Weiter- und Neuentwicklungen auf wissenschaftlicher Grundlage sollten im Rahmen der Lehre veranschaulicht werden. Für alle diese Spezialisierungen (Methoden- und Verfahrensspezialisierung; Erwachsene versus Kinder und Jugendliche; psychotherapeutische Neuentwicklungen) ist entsprechend fachkompetentes Personal vorzuhalten.

Zusätzlich wird verschiedentlich gefordert, dass Ausbildungserfahrungen auch mit

² Wir danken Prof. Benecke (Kassel), Dr. Munz (Stuttgart) und Prof. Körner (Berlin) für entsprechende Anregungen.

psychisch schwer beeinträchtigten Personen, Personen mit psychotischen Erkrankungen oder erworbenen Hirnschädigungen gesammelt werden sollen. Deshalb wäre auch die Option zu diskutieren, an manchen Standorten (tages-)klinische bzw. teilstationäre Behandlungseinrichtungen zur psychotherapeutischen Intensivversorgung einzurichten („Lehrklinik für Intensiv-Psychotherapie“), nicht nur, um die vorliegenden wissenschaftlich-fundierten Behandlungsansätze zu veranschaulichen, sondern auch psychotherapeutische Ansätze bei diesen Krankheitsbildern weiter zu entwickeln.

g) Mitarbeit in Forschungsprojekten zur Effektivität psychotherapeutischer Interventionen

Die Erforschung der Psychotherapie ist eine vergleichsweise junge Wissenschaft, die sich in hoher Geschwindigkeit weiterentwickelt. Damit ergibt sich für die jetzt und in Zukunft auszubildenden Psychotherapeuten die Notwendigkeit, im späteren Berufsleben wissenschaftliche Erkenntnisse aufzugreifen, zu bewerten und im psychotherapeutischen Handeln zu integrieren. Ohne profunde theoretische Kenntnisse zur empirisch-wissenschaftlichen Psychotherapieforschung mit aller entsprechenden Grundlagen- und Methodenkompetenz und ohne praktische Erfahrung im Umsetzen wissenschaftlicher Erkenntnisse in praktisches Handeln können diese Kompetenzen nicht erworben werden. Eine direkte Beteiligung an Psychotherapiestudien führt zu einem enormen Erkenntnisgewinn und zur Fähigkeit, Psychotherapiestudien selbstständig adäquat bewerten zu können. Es werden neben den eigentlichen wissenschaftlichen Methoden auch Fragen unter anderem zu folgenden Punkten aufgegriffen: Umsetzung einer psychotherapeutischen Idee in einen praktischen Behandlungsleitfaden, bestmögliche diagnostische Vorgehensweise bei der Status- und Prozessdiagnostik, zur Rolle von Therapie-Alliance und Manualtreue, zur kritischen Interpretation dargebotener Psychotherapieergebnisse und vieles mehr. Insbesondere die Beteiligung an systematischen Katamneseerhebungen führt zu einem umfassenden Erkenntnisgewinn, welche langfristigen Effekte durch Psychotherapie möglich sind.

Bestehende Erfahrungen: Obwohl bereits in den 1990er-Jahren Psychotherapieforschung einen hohen Stellenwert an psychologischen Instituten hatte, sind diese Forschungsaktivitäten weiter angestiegen (Fydrich et al., 2013) und führten zu einer deutlichen Steigerung der internationalen Sichtbarkeit deutscher Psychotherapieforschung. Zum anderen trägt die nationale und internationale Psychotherapieforschung wesentlich zu einer nachhaltigen Verankerung von Psychotherapie im Gesundheitswesen bei. Bisherige Erfahrungen der Integration von Studierenden in die Psychotherapieforschung gibt es seit Langem etwa im Rahmen von Abschlussarbeiten oder Forschungspraktika. Um den Kompetenztransfer noch zu verbessern, könnten diese jedoch noch systematischer im Studium integriert werden. Gerade die wissenschaftlich-kritische Auseinandersetzung mit Prozessen der Psychotherapie und Psychotherapieeffekten ermöglicht den zukünftigen Psychotherapeuten, auch die Wirkung des eigenen psychotherapeutischen Handelns zu beurteilen sowie Rückmeldungen von Patienten und ggf. Angehörigen korrekt bewerten zu können.

h) Praktikum

Praktika stellen den traditionellen Ansatz einer praxisorientierten Ausbildung dar und müssen integraler Teil eines Psychotherapiestudiums sein. Die Frage ist dabei die nach Art und sinnvollem Umfang solcher Praktika. Praktika sollten nicht zu einer unnötigen Verlängerung der Studienzzeit führen. Es wird daher vorgeschlagen, in das Studium einschlägige Praktika zu integrieren, die vom Umfang her mindestens dem Stand entsprechen, wie sie ein Arzt bei Erlangen seiner Approbation vor Beginn einer Facharzt-Weiterbildung Psychiatrie oder Psychosomatik nachweisen muss. Zurzeit werden in der ärztlichen Ausbildung vor Approbation zwischen null und vier Monaten im Rahmen des Praktischen Jahres in Bereichen der Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen absolviert. Für Praktika im Rahmen eines Psychotherapiestudiums sollte daher die Zeit von vier Monaten nicht unterschritten werden.

Weitere praktische Erfahrungen, insbesondere in der Umsetzung therapeutischen

Handelns, sind vor allem in der **Weiterbildungszeit, die sich an das Studium anschließt**, zu erwerben. Diese müssen umfassen:

- Praktische psychotherapeutische Erfahrungen unter Anleitung mit Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern. Hierzu ist eine Liste von Krankheitsbildern zu definieren, von denen eine Mindestanzahl in den praktischen Erfahrungen während der Weiterbildung abgedeckt werden müssen.
- Praktische psychotherapeutische Erfahrungen unter Anleitung in unterschiedlichen therapeutischen Settings (ambulant, teilstationär, stationär, Rehabilitation).

Bestehende Erfahrungen: Die bisherigen Erfahrungen mit Praktika im Rahmen des Studiums unterstreichen einerseits deren Notwendigkeit, andererseits gibt es jedoch vielfach Rückmeldungen der Studierenden, die bei Weitem nicht so einhellig positiv sind wie bei den oben beschriebenen Fallseminaren oder Interventionsübungen. Insbesondere wird kritisiert, wenn im Rahmen der Praktika ausschließlich eine Beobachterrolle eingenommen werden musste oder gar lediglich verwaltungstechnische Hilfsdienste geleistet werden mussten, die mit dem eigentlichen Beruf kaum etwas zu tun hatten. Die zusätzlichen Erfahrungen mit der aktuellen Praktischen Tätigkeit in der Psychotherapeutenausbildung („Psychiatriejahr“) belegen ebenso die Gefahr der Ausnutzung von Ausbildungsteilnehmern/Praktikanten als „billige“ (und in der Regel gute) Arbeitskräfte. Die Studiumsabsolventen werden bereits jetzt als ausreichend qualifiziert erachtet, um eigentlich vergütungspflichtige qualifizierte (teilweise sogar psychotherapeutische) Leistungen zu erbringen. Würde man das Psychiatriejahr an das Ende des Studiums vorziehen, hätte man somit dieselbe Konstellation wie heute, mit der gleichen Ausbeutungsgefahr, während ein Schwerpunkt der Praxiszeit im Rahmen der Weiterbildung mit einer adäquaten Vergütung einhergehen kann. Ein viermonatiges Praktikum im Studium hätte im Übrigen auch den Vorteil, dass es kompatibel mit einem üblichen Studienablauf wäre und damit nicht studienzeitverlängernd wirkt. Der Schwerpunkt

der Praxiserfahrungen wäre damit in der Weiterbildung angesiedelt.

Fazit

Sowohl die Diskussion zum Kompetenzprofil als auch zu einem Direktstudium Psychotherapie sieht für praxisorientierte Ausbildungsanteile eine deutlich größere Rolle als in bisherigen Studiengängen der Psychologie vor. Daraus folgt, dass eine Erweiterung oder Neustrukturierung eines Direktstudiums mit notwendigen neuen praxisorientierten Anteilen im Vergleich zum bisherigen Studium nicht ohne „Zusatzkosten“ umgesetzt werden kann. Umso mehr muss eine rationale Abwägung darüber erfolgen, was notwendig und sinnvoll ist, und wie der wahrscheinliche Mehraufwand bewältigt werden kann. Gerade durch die Veränderungen der (Psychologie-)Studiengänge in den vergangenen zwanzig Jahren, die durch eine zunehmende Vernetzung von Studium, praxisorientierter Ausbildung, ambulanter Tätigkeit und Psychotherapieforschung charakterisiert ist, liegen zahlreiche Erfahrungen vor, die bei der Planung zukünftiger Direktstudiengänge berücksichtigt werden müssen.

Zweifelsohne erfordern praxisorientierte Ausbildungselemente einen hohen didaktischen und personellen Aufwand. Dies betrifft nicht nur die Tatsache, dass in der praxisorientierten Lehre kleinere Gruppengrößen notwendig sind, sondern insbesondere auch den Aufwand für Vor- und Nachbereitung sowie für begleitende Betreuung der Studierenden. Um Patienten für Fallseminare zu akquirieren, müssen mehrere Patienten um ihre Bereitschaft gebeten werden, in der Lehre mitzuwirken. Weiterbehandlungen müssen für die beteiligten Patienten nach Abschluss solcher „Lehrtherapien“ geregelt sein, da selbstverständlich die Behandlungsqualität für den Patienten durch Beteiligung an Lehrveranstaltungen nicht leiden darf. Tutoren, die an praxisorientierten Ausbildungsteilen beteiligt werden, brauchen Zusatzschulun-

gen. Studierende brauchen zum Teil Zusatzbetreuung, insbesondere wenn sie selbst in persönliche Krisen durch die Auseinandersetzung mit eigenen Stärken und Schwächen oder biografischen Erfahrungen geraten. In Abhängigkeit davon, wie genau die zukünftige Approbationsordnung gestaltet ist, wird es notwendig sein, die Ressourcen der universitären Institute zu erweitern.

Auch strukturelle Änderungen könnten notwendig werden. Da bereits jetzt an vielen Standorten Hochschulambulanzen für Forschung und Lehre sowie Ausbildungsambulanzen existieren, sind jedoch in den universitären psychologischen Instituten umfassende Rahmenbedingungen für die praxisorientierte Ausbildung schon vorhanden. Allerdings erscheint die oben beschriebene Verfahrensbindung der Lehrambulanzen nicht sinnvoll, weder unter dem Blickwinkel der zu bietenden Vielfalt für die Studierenden noch unter dem Blickwinkel der Weiterentwicklung bestehender Psychotherapien.

Die hier zum Ausdruck gebrachte Position ist stark durch die Situation an den größeren psychologischen Universitätsinstituten geprägt. Für Universitätsinstitute, bei denen die Umsetzung der hier skizzierten Praxisausbildung schwerer fällt, ist jedoch denkbar, dass dort diverse Potenziale der Ambulanzen ausgebaut werden können, um damit praktisch orientierte Ausbildungsinhalte umsetzen zu können. Weiterhin können auch ggf. ortsnahe Einrichtungen (z. B. Kliniken und Ausbildungspraxen) im Rahmen von Kooperationen für diese Lehrinhalte integriert werden.

Die Zielsetzung dieses Beitrags war zu veranschaulichen, wie eine Realisierung von praxisorientierten Ausbildungselementen im Rahmen eines Direktstudiums aussehen könnte. Ausbildungsziel ist u. a. der Kompetenzerwerb, in der nachfolgenden Psychotherapieweiterbildung selbstständig unter Anleitung/Supervision Psychotherapien durchführen zu können, so wie auch

ein approbierter Arzt erst einmal unter Anleitung seine Facharztweiterbildung beginnt. Dies ist zu unterscheiden von dem Qualifikationsstand, der bisher am Abschluss der postgradualen Psychotherapeutenausbildung erreicht wird.

Diese Darstellung soll als Diskussionsanregung verstanden werden. Aber wir wollen auch deutlich machen, dass an psychologischen Instituten mit angeschlossenen Ambulanzen für Forschung und Lehre schon heute zahlreiche Erfahrungen mit praxisorientierten Lehrveranstaltungen vorliegen. Es ist sinnvoll, die dort vorhandenen überaus positiven Erfahrungen bei der Planung dieses Teils einer Approbationsordnung zu berücksichtigen.



Prof. Dr. Winfried Rief, Dipl.-Psych., ist Leiter der AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, der Hochschulambulanz und des Ausbildungsgangs Psychologische Psychotherapie an der Universität Marburg. Nach 15-jähriger Tätigkeit in verschiedenen Kliniken liegen seine wissenschaftlichen Arbeitsschwerpunkte in der Psychologie und Psychotherapie bei somatischen Beschwerden. Er ist Sprecher der Kommission „Psychologie und Psychotherapie“ der DGPs.

Prof. Dr. Winfried Rief

Universität Marburg
Gutenbergstrasse 18
35032 Marburg
rief@uni-marburg.de

Modifizierte psychoanalytische Psychotherapie traumatisierter Patienten

„Psychotherapie geschieht dort, wo zwei Bereiche des Spielens sich überschneiden: der des Patienten und der des Therapeuten. Psychotherapie hat mit zwei Menschen zu tun, die miteinander spielen.“
(Winnicott, 1971b, S. 49)

Mathias Hirsch

Zusammenfassung: Die Grundlage der Symbolisierung wird in der frühen Mutter-Kind-Beziehung gelegt, die Fonagy und Target überzeugend als Funktion der Affektregulierung – zuerst durch die Mutter – verstehen. Traumatische Einwirkung schädigt die Symbolisierungsfunktion, und zwar im Zusammenhang mit den dem Trauma entsprechenden Affekten, die das Ich zu überschwemmen drohen; die Affektregulierung versagt. Psychoanalytische Psychotherapie traumatisierter, also persönlichkeitsgestörter Patientinnen und Patienten¹ hat zum Ziel, das im Wiederholungszwang konkretisierend Agierende auf höhere Symbolstufen zu heben durch Interpretation, Narration und Verwendung von Metaphern – aber auch der kontrollierte Ausdruck von Affekten vonseiten des Psychotherapeuten durchbricht unter Umständen die Abwehr gegen affektives Beziehungserleben, wodurch ein verbales Durcharbeiten, insbesondere auch der Schuldgefühldynamik, erst möglich wird. Psychotherapie wird so zu einer Trennungs- und Trauerarbeit, Trennung vom traumatischen Introjekt und Gewinnung größerer Autonomie.

rung erzeugt lang dauernde, schwere Schuldgefühl- und Selbstwertprobleme (vgl. Hirsch, 1997), Beziehungsstörungen, Depression und Suizidalität, verfehlte Identitätsentwicklung und Lebensläufe, aber auch dissoziales, gewalttätiges Verhalten in einer Täter-Opfer-Umkehr aufgrund einer Täter-Identifikation. „Trauma“ ist also ein Prozess der Abfolge einer Gewalteinwirkung (traumatisches Ereignis), der direkten Abwehrreaktion des Opfers in der Gewaltsituation und schließlich der Langzeitfolgen; den Prozesscharakter gibt besser als die Kurzformel „Trauma“ der Begriff „Traumatisierung“ wieder.

Eigentlich halte ich das Thema *psychoanalytische Psychotherapie traumatisierter Patienten* für problematisch, denn es enthält zwei ziemlich unklare Begriffe: Trauma und psychoanalytische Psychotherapie. Die Definition des Traumas ist so weit oder so eng gefasst, dass sehr viele unserer Patienten unter eine solche Kategorie eingeordnet werden können, und mit dem zweiten Begriff wird man vor das Problem gestellt, die Psychoanalyse definieren zu müssen. Vorstellungen von Traumatisierung und Diagnose der Persönlichkeitsstörung, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung hängen eng zusammen. Eine zeitgenössische Psychotherapie von (familiär) Traumatisierten wird sich einreihen in die schon lange existierenden Kon-

zepte der modifizierten psychoanalytischen Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (z. B. Masterson, 1976; Volkan & Ast, 1992; Hartocollis, 1977).

Der Begriff „Trauma“ ist eigentlich eine Kurzformel für ein immer komplexes *Prozessgeschehen*. Ein überwältigendes Ereignis überrollt den psychischen Apparat, durchbricht den Reizschutz des Ich (Freud), das die Gewalterfahrung nicht integrieren kann. Es ist vielmehr gezwungen, Notmaßnahmen zu ergreifen, insbesondere die der beiden vorherrschenden Bewältigungsversuche: Dissoziation und Internalisierung der Gewalt (Introjektion und Identifikation mit dem Aggressor, wie Ferenczi es als Erster beschrieben hat). Internalisie-

Internalisierung von Gewalterfahrung und Dissoziation markieren auch die beiden Pole, die das Traumaspektrum umgrenzen. Sie lassen sich den beiden grundsätzlich zu unterscheidenden Bereichen im Prinzip zuordnen: lang dauernde komplexe Beziehungstraumata, meist in der Kindheit, also in der Familie, die eher durch Internalisierung zu bewältigen versucht werden, und Extremtraumatisierungen, meist im Erwachsenenalter, durch Gewalteinwirkung von Personen, zu denen keine bedeutsame Beziehung vorher bestanden hatte.

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

Die unmittelbaren Folgen der plötzlichen extremen Gewalteinwirkung sind der *Post-traumatic Stress Disorder* (PTSD) zuzuordnen, sie sind eher der Gegenstand der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Schulen, die sich auch der „neuen Traumatherapietechniken“ bedienen. Die Folgen chronischer familiärer Beziehungstraumata sind ganz andere und beruhen überwiegend auf Internalisierung, insbesondere auf verschiedenen Formen der Identifikation mit dem Täter bzw. dem Gewaltsystem. Psychoanalytische Traumatherapie ist vornehmlich für diese Form der Traumatisierung indiziert.

Nicht nur der Zusammenhang von Trauma und Persönlichkeitsstörung ist heute evident, sondern auch die Parallelen zwischen der frühkindlichen Mutter-Kind-Interaktion und der Psychotherapie von Trauma-Patienten. Die Vorstellung des Versagens der Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit im affektiven Rapport des Kindes zur Mutter (*container/contained-Modell* nach Bion, 1962a) und damit der Unmöglichkeit, archaische Affekte zu regulieren (vgl. Ferro, 2002a, 2002b; Fonagy & Target, 2000) werfen Fragen nach ihrer (Wieder-)Gewinnung in der psychoanalytischen Therapie auf bzw. auch des Versagens und damit Misserfolgs und einer Retraumatisierung dort. Auch die Mentalisierungsfunktion ist gehemmt, es ist für ein Opfer unmöglich, über das Mentale des Täters nachzudenken, „denn es würde bei dieser Erforschung nichts Angenehmes entdecken“ (Dornes, 2004, S. 191).

Auch spätere Traumatisierungen in einem Alter, in dem Ich-Strukturen schon weitgehend ausgebildet sind, beeinträchtigen oder zerstören die Symbolbildung bzw. Mentalisierung (z. B. Selbstbeschädigung als Folge sexuellen Missbrauchs; vgl. Hirsch, 1987), sodass auch in diesen Fällen eine Haltung des Psychotherapeuten angebracht ist, die eher einem wirkungsvollen mütterlichen Container entspricht, als dass psychoanalytische Techniken zur Entschlüsselung unbewusster Bedeutungen indiziert wären.

Eine übertriebene Neutralität, überwiegendes Schweigen und die strenge Beschränkung auf Deutung kann offenbar zu einer

virtuellen Abbildung des Analytikers führen und läuft unter Umständen Gefahr, die damals traumatisierenden Beziehungsverhältnisse wieder anzutreffen, also den Patienten zu retraumatisieren. Die Kunst wäre eben, eine gewisse gebotene Aktivität, persönlichen Stil, individuelle Kreativität im psychotherapeutischen Dialog mit einer grundlegenden Haltung der Abstinenz zu verbinden.

Die Psychoanalyse gibt es nicht, aber sie ist inzwischen intersubjektiv, interaktiv und interpersonell! Konstrukte von psychotherapeutischen Modellen lassen sich in der Praxis nie in so reiner Form durchführen, wie es die Theorie fordert: Wallerstein (1986) zieht als Fazit der Menninger-Studie, in der psychotherapeutische und psychoanalytische Verfahren auf ihre Wirksamkeit bei neurotischen und Borderline-Patienten geprüft wurden, dass *alle* Psychotherapien eine Mischung aus supportiven und expressiven Interventionen enthalten. In dem Maße übrigens, wie die *Beziehung* zwischen Patient und Analytiker, an deren Entwicklung beide gleichermaßen, wenn auch asymmetrisch mitwirken, anerkannt wird, wird auch die Relevanz der Beziehungs- und gegebenenfalls traumatischen Erfahrungen des Patienten berücksichtigt.

Ein zentraler Begriff einer solchen neuen Psychoanalyse ist das *enactment*, das eigentlich das Handeln in der Analyse oder der psychoanalytischen Therapie bezeichnet, ein Handeln, an dem beide, Analytiker und Analysand, beteiligt sind, wahrlich eine „Zwei-Personen-Psychologie“. Von Irwin Hirsch (1996) gibt es einen umfassenden Überblick, aus dem auch deutlich hervorgeht, ein wie umfangreiches Spektrum der Begriff abdeckt: Handeln jenseits der Sprache bzw. *jede* Aktivität, auch die Sprache eingeschlossen, dann aber auch, wie von verschiedenen Autoren verschiedene Grade von Asymmetrie konzipiert werden. Einig sind sich alle, dass *enactment* etwas von beiden Geschaffenes ist, die Frage ist nur, wieweit beide symmetrisch Einstellungen, Persönlichkeitszüge und Affekte einfließen lassen, oder ob in einer Asymmetrie der Patient mit den genannten Parametern der stärkere Initiator des interpersonellen Geschehens ist, der Analytiker mehr

auf ihn reagiert. Alexanders (Alexander & French, 1946) „korrigierende emotionale Erfahrung“ kommt wieder mehr zu ihrem Recht, Loewald (1960) verstand die Analyse bereits als neue Beziehungserfahrung und auffallend viele Autoren beziehen sich in dieser Hinsicht auf Winnicotts Modell des *holding* (Modell, 1976), des gemeinsamen Spielraums (Ogden, 1997) und der mütterlichen Reverie, mit der die Mutter die Affekte des Säuglings erkennt und ihm benennt (in der Weiterentwicklung des Gedankens Winnicotts durch Bion (1962a, S. 84, 1962b, S. 116, auch durch Fonagy & Target, 2000).

Es gibt meines Erachtens neben der übertriebenen Neutralität noch eine Abwehrstrategie, um nicht allzu sehr in die Beziehungsdynamik von traumatisierten bzw. von borderline-persönlichkeitsgestörten Patienten hineingezogen und ihr Opfer zu werden. Ich meine die Neigung, den „Umgang“ mit diesen Patienten in feste, vorhersagbare Strukturen zu zwingen. 1989 bereits erschien ein *Handbuch der psychodynamischen Therapie bei Borderline-Patienten* (Kernberg, 1989), das „Empfehlungen für die Durchführung einer auf Borderline-Patienten zugeschnittenen Psychotherapie“ (S. 7) gibt (auch wenn Kernberg selbst vermerkt, dass ein solches Handbuch problematisch sei). Es gibt heute Bestrebungen der Manualisierung der Psychotherapie von persönlichkeitsgestörten Patienten (z. B. Lohmer, 2002). Eine solche Haltung der Machbarkeit, der Strukturierung des Beziehungsgeschehens, schlägt sich z. B. in der Wortwahl in einer neuen Veröffentlichung (Eckert, Dulz & Makowski, 2000, S. 275) nieder: Man „eruiert [...] untersucht und bearbeitet [...], Schweigepausen (sollten) alsbald unterbrochen werden [...], zur freien Assoziation wird [...] nicht aufgefordert [...], (es) sollten keine genetischen Deutungen gegeben werden [...], (es sollte) nachdrücklich konfrontiert werden [...], die positive Übertragung sollte [...] gefördert [...] (aber) nicht gedeutet werden [...] Dem Patienten sollte immer wieder bestätigt werden [...] (ihm) sollte immer wieder versichert werden [...] Gegenübertragungsgefühle sollten nach Möglichkeit mitgeteilt werden“. Den Grund für das Bedürfnis nach Beherrschbarkeit und Vorhersehbarkeit sehe ich multifaktori-

ell: Immer mehr schwerer gestörte Patienten begeben sich in Psychotherapie, der gesellschaftliche Trend erfordert klare Definitionen von Krankheitsbildern und Aussagen über die Behandelbarkeit, und außerdem scheinen mir immer mehr junge Kollegen in den Institutionen mit der Aufgabe konfrontiert zu sein, mit diesen Patienten in Einzel- und Gruppenpsychotherapie zu arbeiten, ohne genügend ausgebildet zu sein – was für mich besonders bedeutet, ohne genügende Selbsterfahrung arbeiten zu müssen, Selbsterfahrung, die so weit in die Tiefe gegangen wäre, dass das eigene relative Trauma mit allen Affekten hätte an die Oberfläche kommen können.

Man sollte sich aber auch des Privilegs bewusst sein, in der etablierten ambulanten Praxis die Patienten auswählen zu können, mit denen man arbeiten kann und möchte in dem Sinne, dass man das Gefühl hat, in den Vorgesprächen in eine emotionale Beziehung getreten zu sein, eine Beziehung, deren vorläufige Bedeutung klar wurde und über die auch eine Verständigung mit dem Patienten möglich war. Das hat nichts mit „schwerer“ oder „leichter“ krank oder gestört zu tun, auch nicht unbedingt mit Bildung und Sprachfähigkeit, sondern vielmehr mit dem Gefühl von gegenseitigem Sich-verstehen-Können/-Werden. Und ganz bestimmt sind viele meiner Patienten, die sich oft lange Jahre in Einzel- und Gruppenpsychotherapie (auch kombiniert) befinden, in der Kindheit schwer traumatisiert worden (manchmal auch im Erwachsenenalter), wie übrigens auch die Patienten, über die z. B. Ogden (1997), Fonagy und Target (2000) und Volkan und Ast (1992) berichten; schließlich sind in den Anfängen der Psychoanalyse auch einige von Freuds (1895) Patientinnen sämtlich keineswegs „neurotisch“ gewesen, sondern durchaus zur Gruppe der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu rechnen.

Wiederherstellung der Symbolisierungsfähigkeit

Das Prinzip der Psychotherapie von Traumatisierten – ich möchte betonen, dass es hier um familiäre, also chronische Beziehungstraumata geht (s. o.) – liegt in der

Förderung bzw. Wiederherstellung der Symbolisierungsfähigkeit und damit einhergehend in der Förderung der Entwicklung von Ich-Strukturen, die sich an der Grenze zwischen getrennten Objekten bilden. Weil aber die Sprache dabei zu wenig verstanden wird, muss erst einmal auch der Psychotherapeut in gewissem Sinne mitagieren. Es folgen nun Beispiele methodischen Vorgehens, das einerseits zum Ziel hat, an den Ich-Grenzen zu arbeiten, die Selbst-Objekt-Grenzen zu stärken, und andererseits, die zu deutenden Inhalte so zu formulieren, dass sie nicht gleich wieder vor Angst abgewehrt werden müssen, sondern vom Patienten zur Bereicherung seines Ichs, aber auch zur Abgrenzung gegen die traumatischen Introjekte verwendet werden können.

Die *metaphorische Deutung* hat den Zweck, dem Patienten durch gleichnishafte Formulierungen Bilder zu liefern, die er entweder von sich zu weisen oder aber auf sich selbst anzuwenden die Freiheit behält. Man verwendet z. B. bei einem völlig blockierten Patienten die „Kind-Metapher“: „Ich könnte mir ein hilfloses, trotziges Kind vorstellen, das ähnlich reagieren würde, das in seiner Hilflosigkeit von der eigenen Wut überschwemmt nicht einmal das von den Eltern annehmen kann, was es eigentlich selbst möchte ...“, sodass der Patient sagen kann: „Nein, das sehe ich ganz anders ...“, oder aber sich derart mit einem solchen Bild identifiziert, dass er Situationen aus der eigenen Kindheit erinnert und die entsprechenden Affekte entstehen lassen kann. Anstatt jemandem direkt zu deuten, er habe massive Schuldgefühle entwickelt, wenn die Mutter Anzeichen der Autonomiebestrebungen des Kindes behinderte, sagt man vielleicht eher: „Mir fällt ein Bild von einer jungen Mutter auf einer Frühlingswiese ein, vielleicht in einer Picknickgesellschaft, die sich mit der Mutter über ihr vielleicht zweijähriges, herumtollendes Kind freut. Es hatte sich von der Mutter entfernt und nimmt jetzt wieder Kontakt zu ihr auf, läuft auf sie zu, die sich über die Liebe des Kindes freut, das nun aber mit einem Jauchzen im Winkel von 90 Grad abbiegt mit einer großen Lust an der Macht, die es empfindet, der Mutter „Nein“ zu sagen. Ich kann mir vorstellen, wie wichtig es ist für das Kind, dass die

Mutter sich nun selbst freut über die eigene Entscheidung des Kindes, und wie zerstörerisch es ist, wenn die Mutter nun gekränkt und enttäuscht ist und das Kind abweist, wenn es sich wieder nähern will.“

Sogar Szenen aus Psychotherapien anderer Patienten kann man verwenden: Eine bulimische Patientin hat noch keine Ahnung von der Abgrenzungsfunktion ihres Symptoms gegen eine Mutter-Imago. Ich erzähle die Geschichte einer anderen bulimischen Patientin, die den Kontakt zur Mutter abgebrochen hatte, nach drei Jahren Psychotherapie das Symptom endlich aufgeben konnte und riskiert hatte, sich mit der Mutter an einem neutralen Ort, in einem Café, erstmalig wieder zu treffen. Die Patientin war etwas früher gekommen, dann sah sie die korpulente Mutter zur Tür herein kommen, die mehrere große Plastiktüten trug, in denen für die Tochter vorgekochte Nahrung in Plastikdosen untergebracht war. Die Patientin war erstarrt, konnte sich nicht abgrenzen, nahm all das Essen mit nach Hause und musste natürlich wieder mit dem bulimischen Symptom beginnen ... Jetzt kann sich die Patientin aussuchen, ob sie sagt: „So etwas würde meine Mutter nie fertigbringen!“, dann behielte sie die Verbindung zur Mutter noch so, wie sie es nötig hat, oder aber sagen kann: „Ja, ganz genau, so ähnlich hat mich meine Mutter einmal nach einem Urlaub überfallen ...“ Oder: „Das ist ja furchtbar, wenn meine Mutter so etwas machen würde, würde ich ihr an den Hals springen und sie mit ihrem ganzen Essen nach Hause schicken!“, wenn die Patientin sich innerlich schon viel mehr trennen konnte.

Nützlich ist es auch, das abgespaltene traumatische Introjekt, ein archaisches Über-Ich im Selbst des Patienten, als solches, auch personifiziert, zu benennen: „Es ist, als ob ein Teil von Ihnen in die Abhängigkeit zurück will, während ein anderer Teil, der Sie ja auch hierher in die Psychotherapie geführt hat, sich endlich befreien möchte ...“ Den Über-Ich-Charakter kann man auch wie Gutwinski-Jeggle (2001, S. 51), die hier eine Deutung *in der Übertragung* gibt, benennen: „Der Diktator in Ihnen mag jetzt triumphieren, dass er mich überwältigt und in die Knie gezwun-

gen hat... Es gibt aber noch einen anderen Teil in Ihnen, der selbst unter dem terroristischen Diktator leidet, weil er von ihm in Gefangenschaft gehalten wird, und der dringend meine Hilfe braucht, in der Hoffnung, befreit zu werden und sich entwickeln zu können.“ Schon Fairbairn (1952) hatte vom „inneren Saboteur“ gesprochen, Wurmser vom „inneren Richter“, sogar vom „inneren Henker“.

Nicht nur solche Bilder werden also entschlüsselt, die der Patient in die Psychotherapie bringt und die man gemeinsam übersetzt, sondern der Psychotherapeut entwickelt aufgrund der Gegenübertragung phantasmatische Vorstellungen, die er dem Patienten anbietet. Dadurch leistet man als Hilfs-Ich eine Symbolisierungsarbeit, zu der der Patient noch nicht in der Lage ist, man verbalisiert und bebildert unbewusste Affekte, Konflikte, traumatische Situationen. Die Phantasie des Psychotherapeuten übernimmt die symbolisierende Funktion, die sonst ein Traum haben kann; Borderline-Patienten träumen umso seltener, je mehr sie ihre unbewussten Szenen in der Realität agieren müssen. Solche Bilder sind nicht etwa Rekonstruktionen einer Wirklichkeit, sondern *Konstruktionen* des Psychotherapeuten aufgrund seiner Gegenübertragung, die die Phantasietätigkeit des Patienten übernehmen, zu der dieser noch nicht in der Lage ist.

Psychodramatische Elemente

Eine Möglichkeit, Szenen, die unbewusste relevante Beziehungsaspekte enthalten, dem Patienten vor Augen zu führen, ist ein kontrolliertes psychodramatisches Mitagieren, indem man aufgrund der Gegenübertragung die Rolle des inneren Objekts, das dem äußeren, unter Umständen traumatisierenden von damals entspricht, übernimmt. Die Ursprünge eines solchen Vorgehens liegen wieder einmal bei Ferenczi (1931), der in seiner Arbeit *Kinderanalysen mit Erwachsenen* den Versuch beschreibt, eine kühle, teilnahmslose Haltung des Analytikers zu überwinden, um die Assoziationsbereitschaft des Patienten anzuregen. „Auf einmal schlingt er [der Patient]

seinen Arm um meinen Hals und flüstert mir ins Ohr: ‚Du, Großpapa, ich fürchte, ich werde ein kleines Kind bekommen!‘ Da verfiel ich auf die, wie mir scheint, glückliche Idee, ihm zunächst nichts von Übertragung und dergleichen zu sagen, sondern im gleichen Flüsterton die Rückfrage an ihn zu richten: ‚Ja, warum glaubst du denn das?‘ Wie Sie sehen, habe ich mich da in ein Spiel eingelassen, das man Frage- und Antwortspiel nennen könnte, durchaus den Vorgängen analog, die uns die Kinderanalytiker berichten.“ Ein solches psychodramatisches Spiel ist ein Dialog, der der Weiterentwicklung von Gedanken dienen soll und genau dem „Schnörkelspiel“ Winnicotts (1971a) entspricht, also den Dialog zwischen Kind und Psychotherapeut mithilfe des abwechselnden Zeichnens von Schnörkeln in der Kindertherapie, die schließlich einen Sinn ergeben. Boyer (1997) spricht von „verbalem Schnörkelspiel“ in der Behandlung schwer gestörter Patienten.

Wieweit soll man Aggressivität in der Gegenübertragung zurückhalten, umwandeln oder aber in gewissem Maße dem Patienten zurückgeben? Am Anfang der Psychotherapie ist es angezeigt, wie bereits erwähnt, übermäßige aggressive Affekte im Sinne des Containers aufzubewahren, aber nach Jahren der Psychotherapie kann es nicht mehr darum gehen, den Patient sozusagen zu schonen und ihn so zu begleiten, dass er das Bild, mit dem er *sich selbst* schon, unbefragt weiter aufrechterhalten kann. Wenn zu einem solchen Zeitpunkt die Aggression durch projektive Identifikation im Analytiker erzeugt und abgelagert wird, sollte man sie vielleicht doch *als Böses* zurückgeben, damit sich der Patient überhaupt abgrenzen kann gegen das Böse und seinen „guten“ Anteil entwickeln und schützen lernen kann? Es ist wohl immer eine Gratwanderung: Wird man als zu böse erlebt, droht der Abbruch, ist man zu gewährend und bricht die oft jahrelange Abwehr der negativen Affekte nicht auf, verhindert man die Loslösung von den entsprechenden inneren Objekten. Wenn ich „böse“ bin und es der Patientin zeige, kann sie sich besser gegen mich abgrenzen; wäre ich „gut“, würde ich in sie eindringen und ihr das „Gute“, das verborgen in ihr ist, rauben können. Ich

darf nicht „zu gut“ sein. Den vielleicht ketzerischen Gedanken, den ich zu zeigen versuche, sehe ich darin, dass man Patienten unter Umständen zu Entwicklungsfortschritten verhelfen kann, indem man ihnen in bestimmten Phasen zeigt, dass man sie in großen Teilen *nicht* akzeptiert und nicht mit ihnen einverstanden sein kann, sie nicht einmal mag, während man gleichzeitig selbstverständlich verlässlich das Setting aufrechterhält. So kann es gelingen, dass der Patient sich gegen das externalisierte Böse erstmalig abgrenzen kann, ohne die Situation zu verlassen, weil er gleichzeitig auch „das Gute“ der Beziehung spüren kann.

Grenzen setzen

Obwohl in einer ersten Phase eine gewährende Haltung des Psychotherapeuten gefordert ist, ist es von Anfang an unbedingt notwendig, das einmal vereinbarte Setting aufrechtzuerhalten und auch alle Versuche, die Struktur des Settings zu verwässern oder zu unterminieren, abzuwehren, auch wenn ein solches Grenzen-Setzen Wut erzeugt. Schon an diesen basalen Grenzen können Ängste – z. B. vor zu großer Abhängigkeit, vor Freiheitseinschränkung, Ängste, beherrscht und kontrolliert zu werden etc. – und entsprechende Aggressionen entstehen; manchmal wird eine Psychotherapie aus diesen Gründen gar nicht zustande kommen. In der zweiten Phase der archaischen Aggression ist das Mittel des Begrenzens vorwiegend die Deutung der Basisunsicherheit des damals unwillkommenen Kindes, des Basis-Schuldgefühls (Hirsch, 1997), der Paranoia und der Trennungsangst. In einer dritten Phase des Durcharbeitens der eingefrorenen Charakter- und Persönlichkeitszüge, die in Beziehungen agiert werden, wird das Grenzen-Setzen auch durch direkte Forderungen des Analytikers ein wichtiges Mittel, Strukturen zu bilden. Die Angst ist jetzt nicht mehr so groß, dass nicht auch eine Auseinandersetzung über diese Grenzsetzungen möglich wäre; der Patient erlebt so ein festes Gegenüber, von dem er in seinen konstruktiven, entwicklungsfördernden Aspekten ernst genommen wird. Die Grenzsetzung betrifft jedes destruktive Symptomverhalten, insbesondere autodestruktives Agieren, sei es

sexualisiert, gegen den eigenen Körper oder gegen Beziehungen gerichtet; Selbstdestruktion stellt immer ein provozierendes Attentat auf die Psychotherapie dar.

Benennung der Realität – Supervisionsaspekt der Therapie

Es ist heute ein Kunstfehler auch in der analytischen Psychotherapie, die Realität des Traumas nicht zu benennen und so den Patienten mit der Unterscheidung, wie ein traumatisches Einwirken zu beurteilen sei, ob es Realität sei oder der Phantasie entsprungen, ob es sich innen oder außen befand, allein lässt (vgl. Kogan, 1993; Hirsch, 2000a). Aber nicht nur das Trauma der Kindheit, sondern auch aktuelle verwirrende beziehungs- und gruppendynamische Situationen („Mobbing“), die der Patient nicht einschätzen kann, sollen unter Umständen vom Psychotherapeuten erklärt und benannt werden, bevor ein eventueller irrationaler Anteil und irrationale Ängste des Patienten bearbeitet werden. Dadurch werden Grenzen zwischen innen und außen *aufgerichtet* (Grenzen *setzen* bezieht sich auf die Begrenzung destruktiven Agierens). Dazu ein Beispiel:

Frau C., die ihre Arbeit immer sehr gewissenhaft verrichtete, hatte ihren Chef um Urlaub gebeten, das heißt, sie hatte ihren legitimen Anspruch auf Urlaub angemeldet, und es war eigentlich schon klar, dass sie ab Montag gehen könne. Der Chef aber sagte, sie dürfe nicht gehen, sie müsse ihre Vertreterin einweisen, sie müsse am Montag noch kommen – basta! Die Patientin war völlig verwirrt, ging ohne Widerstand am Montag zur Arbeit, aber auch die Kollegin schüttelte den Kopf, weil die Einarbeitung gar nicht nötig war. Frau C. versteht den Chef nicht, denn der hat sie doch immer über den grünen Klee gelobt, wenn sie ihm ihre guten Arbeiten gezeigt hat, er war immer überschwänglich freundlich gewesen, sodass sie den Kontrast zu seinem autoritären Verhalten kaum verkraften kann. Ich kläre die Situation, ohne der Patientin weiter Raum zu geben, ihren Ängsten nachzugehen, um die Verwirrung zu beenden, indem ich das Verhalten des

Chefs interpretiere: Es scheint sich um eine narzisstische Persönlichkeit zu handeln; der Chef hat gute Arbeit, die Frau C. ihm gebracht hat, immer als Geschenk und als Beweis, was für ein guter Chef er ist, verstanden. Will sie dagegen Urlaub, hat er das Gefühl, sie lasse ihn im Stich, fühlt sich entwertet, verlassen und muss autoritäre Maßnahmen ergreifen, um sein Selbst wieder aufzurichten.

Hier werden Hilfs-Ich-Funktionen übernommen; erst eine Beruhigung diffuser Ängste und eine Klärung der Verwirrung ermöglichen es der Patientin, eventuelle eigene Anteile zu bearbeiten. Das ist das, was ich den Supervisionsaspekt der Therapie (Hirsch, 2000b) genannt habe (heute sagt man auch „Coaching“).

Zum Aufrichten von Grenzen und zur Benennung und Klärung von Realitäten – inneren des Opfers und äußeren des Täters – gehört auch die minutiöse Schuldgefühl-Bearbeitung schwerer gestörter Patienten (Hirsch, 1993b, 1997). Sehr wichtig ist es, die verschiedenen Schuldgefühlkomponenten in der Bearbeitung zu trennen: Das *Basisschuldgefühl* aufgrund des Nicht-Gewolltseins der bloßen Existenz; das *Trennungsschuldgefühl* aufgrund der Behinderung der Autonomie, auch das *Vitalitätsschuldgefühl* (inklusive des ödipalen), weil die Eltern mit der Lebendigkeit des Kindes Schwierigkeiten hatten, vor allem aber das introjierte *traumatische Schuldgefühl*, das ja eigentlich die Schuld des Täters ist, die das Opfer ihm abgenommen hat, wie es uns Ferenczi (1933) gelehrt hat. Insbesondere aber sollte ein Anteil *realer Schuld* auch des Opfers, hervorgerufen durch sekundäre Identifikation mit dem Täter, wodurch dieser tragischerweise imitiert werden musste, sorgfältig von den irrationalen Schuldgefühlen getrennt werden, damit durch Schuldanerkennung und Reueeffekt eine Trennung ermöglicht wird (Hirsch, 1997). Auch das ist eine Arbeit an Grenzen und dient letztlich der Lösung vom traumatischen Introjekt.

Schlussbemerkung

Ich bin mit Kernberg (1999b, 2000) und Bohleber (2000), auch Sellschopp (1999),

letztlich Ferenczi (1938, S. 294) der Meinung, dass in der psychoanalytischen Therapie – in welchem Setting auch immer, Einzel-, Gruppen- oder kombinierte Psychotherapie – das Trauma, das heißt die traumatisierende Situation in entsprechenden Beziehungen, abgeschwächt immer wieder erlebt werden muss. Das trifft insbesondere für chronische, lang dauernde Traumata in der Kindheit zu, die die bestehenden, für das Kind lebensnotwendigen Beziehungen zerstören, immer mit Verlassenheitsdrohung und mit Verwirrung über die widersprüchlichen Botschaften der Erwachsenen verbunden sind. Ein solches Trauma wird ganz anders in die Psyche des sich entwickelnden Kindes eingearbeitet als Extremtraumata im Erwachsenenalter durch Täter, zu denen keine Beziehung vorher bestand, jedenfalls keine so enge und lebensnotwendige wie für das Kind in der Familie. Eigenschaften des Täters, der Verrat eines Versprechens, kindgerecht zu sorgen, Übergriffe als Trauma-Äquivalente und natürlich die Abwehr insbesondere projektiver Art, sollen in der Beziehung zum Psychotherapeuten bzw. zur Gruppe, auch in der Übertragung auf die Psychotherapie als Institution, wiederbelebt werden. Dabei wird natürlich nicht das ganze Ausmaß der Affekte, die dem Trauma entsprechen, frei werden können, fragmentiert wird das dem Trauma entsprechende Beziehungsgeschehen immer wieder erlebt und durchgearbeitet werden müssen. Und nicht jeder Patient wird für eine langjährige Beziehungstherapie auf analytischer Grundlage, das heißt für ein letztlich die frühen Beziehungserfahrungen aufdeckendes Verfahren geeignet sein. Viele Patienten werden mehr von übenden und suggestiven Verfahren profitieren, in denen die Bearbeitung der Beziehung und also auch die Übertragungsbeziehung eine geringe oder keine Rolle spielt. Das wäre die Frage der Differentialindikation für jeden einzelnen Patienten. Dementsprechend möchte ich nicht von einer speziellen psychoanalytischen Technik der Psychotherapie von Traumatisierten sprechen, sondern vielmehr von spezifischen Besonderheiten einer psychoanalytisch-psychodynamischen Beziehungstherapie. Nicht so sehr technische Regeln als vielmehr Intuition und Erfahrung sowie ein bei aller Abstinenz aktives Vorgehen, das auch das

Risiko von Fehlern enthält – aber auch das Vermeiden von Risiken ist oft ein Fehler –, bestimmen die Psychotherapie. Ich denke, es kommt nicht so sehr darauf an, was der Psychotherapeut *tut*, sondern wer er *ist*; deshalb werden meine Auffassungen auch viel mit meiner Person zu tun haben. Im Grunde kann man die analytische Therapie traumatisierter Patienten als Prozess der Loslösung von den inneren Objekten, die der erlittenen traumatischen Gewalt entsprechen, verstehen, als einen Trennungs- und Trauerprozess, der in Gang kommt, wenn die asymbolischen „gefrorenen Introjekte“ (Giovacchini, 1967) in der therapeutischen Beziehung „aufgetaut“, zusammen mit den adäquaten Affekten entäußert und nun überlebt werden können.

Literatur

- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.
- Arlow, J. (1985). The structural hypothesis. In A. Rothstein (ed.), *Models of the mind. Their relationship to clinical work*. New York: International Universities Press.
- Bion, W. R. (1962a). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bion, W. R. (1962b). A theory of thinking. In Ders. *Second Thoughts: Selected papers on psychoanalysis*. New York: Aronson.
- Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 54, 797-839.
- Boyer, L. B. (1997). The verbal squiggle game in treating the seriously disturbed patient. *Psychoanalysis*, 66, 62-81.
- Dornes, M. (2004). Über Mentalisierung, Affektspiegelung und die Entwicklung des Selbst. *Forum Psychoanalyse*, 20, 175-199.
- Eckert, J., Dulz, B. & Makowski, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 45, 271-285.
- Fairbairn, W. R. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Routledge & Kegan Paul. (Deutsche Auflage: (2000). *Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ferenczi, S. (1931). Kinderanalysen mit Erwachsenen. In Ders. *Bausteine der Psychoanalyse III* (2. Auflage) (S. 490-510). Bern: Huber.
- Ferenczi, S. (1933). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (2. Auflage, S. 511-525). Bern: Huber.
- Ferenczi, S. (1938). Bausteine zur Psychoanalyse Band IV (2. Auflage, S. 294). Bern: Huber.
- Ferro, A. (2002a). Interpretation, Dekonstruktion, Erzählung, oder die Beweggründe von Jaques. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 56, 1-19.
- Ferro, A. (2002b). Super-ego transformations through the analyst's capacity for reverie. *Psychoanalysis*, 71, 477-501.
- Fonagy, P. & Target, M. (2000). Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 55, 961-995.
- Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie*. G. W. I.
- Giovacchini, P. L. (1967). The frozen introject. *Journal of Analytical Psychology*, 48, 61-67.
- Gutwinski-Jeggle, J. (2001). Sich begegnen und sich verfehlen im Sprachraum des psychoanalytischen Prozesses. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 16, 37-56.
- Hartocollis, P. (ed.). (1977). *Borderline personality disorders*. New York: International Universities Press.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *Journal of Analytical Psychology*, 31, 81-84.
- Hirsch, I. (1996). Observing participation, mutual enactment, and the new classical models. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 359-383.
- Hirsch, M. (1987). *Realer Inzest. Psychodynamik sexueller Mißbrauchs in der Familie* (3. überarbeitete Neuauflage). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hirsch, M. (1993b). Schuld und Schuldgefühl des weiblichen Inzestopfers – Introjektions- und Identifikationsschicksale traumatischer Gewalt. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 8, 289-304.
- Hirsch, M. (1993d). Zur narzisstischen Dynamik sexueller Beziehung in der Therapie. *Forum Psychoanalyse*, 9, 303-317.
- Hirsch, M. (1997). *Schuld und Schuldgefühl – Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hirsch, M. (2000a). Arbeitsstörung und Prüfungsangst. In M. Hirsch. (Hrsg.), *Psychoanalyse und Arbeit. Psychoanalytische Blätter*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hirsch, M. (2000b). Transgenerationale Weitergabe von Schuld und Schuldgefühl. In L. Opher-Cohn (Hrsg.), *Das Ende der Sprachlosigkeit? Auswirkungen traumatischer Holocaust-Erfahrungen über mehrere Generationen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hirsch, M. (2012). *Goldmine und Minenfeld – Liebe und sexueller Machtmissbrauch in der analytischen Psychotherapie und in anderen Abhängigkeitsverhältnissen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kernberg, O. F. (1989). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber.
- Kernberg, O. F. (1999b). Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 5-15.
- Kernberg, O. F. (2000). Die übertragungsfokussierte (oder psychodynamische) Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Kogan, I. (1993). Kurative Faktoren in Psychoanalysen mit Kindern von Überlebenden des Holocaust vor und während des Golfkrieges. *Jahrbuch Psychoanalyse*, 34, 181-205.
- Krutzenbichler, S. & Essers, H. (1991). Muss denn Liebe Sünde sein? Über das Begehren des Analytikers (Neuauflage). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Loewald, H. W. (1960). Zur therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse. In H. W. Loewald (1980), *Psychoanalyse. Aufsätze aus den Jahren 1951-1979*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lohmer, M. (2002). *Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings*. Stuttgart: Schattauer.

- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapie bei Borderline-Patienten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Modell, A. H. (1976). The holding environment and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 285-307.
- Ogden, T. H. (1997). *Analytische Träume und Deutung. Zur Kunst der Psychoanalyse*. Wien, New York: Springer.
- Panel (2002). The problems of technique with severely ill patients. *Journal of Analytical Psychology*, 83, 704-707.
- Segal, H. (1985). The Klein-Bion-model. In A. Rothstein (ed.), *Models of the mind. Their relationships to clinical work*. New York: International Universities Press.
- Sellschopp, A. (1999). Das Traumakonzepth im Spannungsfeld zwischen Geschichte, Klinik und Forschung. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 64-74.
- Volkan, V. D. & Ast, G. (1992). *Eine Borderline-Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford.
- Winnicott, D. W. (1971a). *Die therapeutische Arbeit mit Kindern*. München: Kindler.
- Winnicott, D. W. (1971b). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.



Dr. med. **Mathias Hirsch** ist Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker und Gruppenanalytiker in eigener Praxis. Sein Forschungsschwerpunkt ist die psychoanalytische Psychotraumatologie.

Dr. med. Mathias Hirsch

mathias.hirsch@t-online.de

Aktuelles aus der Forschung

Zur psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker im ambulanten und stationären Rahmen

Rüdiger Nübling

Im Folgenden werden drei Beiträge – einer aus der ambulanten Versorgung und zwei aus der stationären medizinischen Rehabilitation – vorgestellt, die alle mehr oder weniger eng der (psychotherapeutischen) Versorgungsforschung zugerechnet werden können. Sie sind somit sowohl für niedergelassene oder in Institutionen ambulant tätige Psychotherapeuten als auch für Kolleginnen und Kollegen, die in Rehabilitationseinrichtungen (vor allem mit primär somatischem Schwerpunkt) arbeiten, interessant.

Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund

Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). *Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. Deutsches Ärzteblatt, 110 (47), 799-808.*

Hintergrund: Seit Jahren steigen aufgrund psychischer Störungen Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung, aber auch die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. Angesichts langer Wartezeiten vor allem im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erscheint der Ausbau sektoren- und disziplinenübergreifender Versorgung und der Implementierung neuer Versorgungsstrukturen und neuer Vergütungssysteme notwendig. Das komplexe bundesdeutsche Versorgungssystem wird in Studien zur Versorgungssituation häufig nicht abgebildet, meist umfassen sie nur einzelne Bereiche wie z. B. die ambulante Versorgung. Der Artikel von Gae-

bel et al. stellt die Inanspruchnahme von ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2007 dar. Exemplarisch wird für schwere depressive Erkrankungen analysiert, welche Fachdisziplinen und Versorgungssektoren im Verlauf der Versorgung (im Sinne von Versorgungspfaden) in Anspruch genommen wurden.

Methodik: Es wurden erstmalig Daten von drei Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund über einen dreijährigen Beobachtungszeitraum in einem Datensatz mit knapp 3,3 Mio. Versicherten mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen zusammengeführt. Im Rahmen des Projektes erfolgte eine überwiegend deskriptive Sekundärdatenanalyse. Die beteiligten Ersatzkassen überprüften zunächst die Daten von insgesamt ca. 10 Mio. Versicherten hinsichtlich der Kodierung einer psychischen Störung der ICD-

10-Gruppen F0.x-F5.x im o. g. Zeitraum und stellten die vollständig anonymisierten Datensätze der Versicherten, die dieses Auswahlkriterium erfüllten, für die Analysen zur Verfügung.

Ergebnisse: 3,275 Mio. Versicherte (entsprechend 33%) der beteiligten Ersatzkassen erfüllten das Diagnose-Kriterium einer psychischen Störung, davon wiesen 50,4% im Quer- oder im Längsschnitt mehrere Diagnosen auf. Für nahezu alle Versicherten mit einer F-Diagnose wurde zusätzlich mindestens eine somatische Diagnose kodiert. Fast drei Viertel der ambulant behandelten Versicherten wurden ausschließlich durch Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für somatische Medizin, also fachfremd versorgt. Auch im stationären Bereich wurde ein relativ hoher Anteil (27-64%) an Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose durch Fachabteilungen für somatische Medizin versorgt. Einzig in der stationär-rehabilitativen Ver-

sorgung entfiel der Großteil der Behandlungsfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose auf psychosomatische Fachabteilungen (67%).

Am Beispiel der Diagnose einer schweren Depression (ICD-10-Ziffern F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) wurden die Versorgungsverläufe der Versicherten nachvollzogen. Insgesamt 110.462 Versicherte erhielten diese Diagnose im Beobachtungszeitraum, dies entspricht ca. 1% der Gesamtstichprobe. Bei 25% hiervon ($n=26.412$) wur-

de die Diagnose bereits im 1. Quartal 2005 gestellt; diese Gruppe bildete die Index-Population für Versorgungsverlaufsanalysen. Die initiale Versorgung zu Beginn des Beobachtungszeitraums erfolgte auch hier in etwa drei Vierteln der Fälle ambulant bei einem Arzt für Allgemeinmedizin oder einem Facharzt einer Fachrichtung für somatische Medizin. Dabei lag die Wahrscheinlichkeit, nicht mehr in einen anderen Versorgungsbereich oder zu einer anderen Fachdisziplin zu wechseln, bei 53%, die zu einem Facharzt für Psychiatrie und

Psychotherapie zu wechseln hingegen nur bei 36%. Lediglich 2,5% dieser an einer schweren Depression erkrankten Versicherten begannen die Behandlung ambulant bei einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und nur 0,7% bei einem Psychologischen Psychotherapeuten.

Insgesamt fanden sich in den Routinedaten 89 unterschiedliche Versorgungsverläufe, die fünf häufigsten umfassen dabei ca. 78% aller Verläufe (vgl. Tabelle):

Tabelle: Versorgungsverläufe bzw. -pfade bei der Diagnose „schwere Depression“; $n_{ges}=26.412$.

Rang	Versorgungsverlauf/-pfad	Anteil in %
1.	Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für somatische Medizin (ohne weiteren Arztwechsel)	39,2
2.	Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für somatische Medizin ð Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	20,7
3.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ð Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für somatische Medizin	10,1
4.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (ohne weiteren Arztwechsel)	6,2
5.	Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für somatische Medizin ⇔ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ⇔ Psychiatrische Fachabteilung	2,3

Kritische Bewertung: Es wurden Versichertendaten von ca. 10 Mio. GKV-Versicherten untersucht, dies entspricht ca. einem Siebtel aller gesetzlich Versicherten in Deutschland. Demzufolge kann eine hohe Repräsentativität und Generalisierbarkeit für Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen vorausgesetzt werden, das heißt, die Daten sind deutlich „belastbar“. Die Studie ist ein hervorragendes Beispiel dafür, wie mit Routinedaten der Leistungsträger vernünftige und aussagekräftige Versorgungsforschung geleistet werden kann. Die Analyse der Versichertendaten bestätigt die Ergebnisse diverser epidemiologischer Studien (z. B. des aktuellen Bundesgesundheits-surveys DGE, Jacobi et al., 2014), wonach die Prävalenz für psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 30% liegt. Hinsichtlich der Versorgung psychisch erkrankter Menschen kann allerdings von einer mehr oder weniger eklatanten Fehlversorgung ge-

sprochen werden. Ca. 75% der Versicherten werden hausärztlich oder somatisch fachärztlich, also in der Regel fachfremd, behandelt, und die meisten bleiben auch bei dem Arzt der Erstversorgung. Weder in der Erstversorgung noch in den Behandlungsverläufen bzw. Behandlungspfaden spielt die Fachpsychotherapie eine größere Rolle. Nur ca. 4% der Versicherten mit einer psychischen Erkrankung und nur ca. 2,5% der Versicherten mit einer schweren Depression finden den Weg direkt zu einem Psychotherapeuten. Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass heute viele Allgemein- und auch somatische Fachärzte in der psychosomatischen Grundversorgung ausgebildet sind, erscheinen die hier ermittelten Versorgungswege für psychisch kranke Menschen einer nicht geringen Fehlallokation der Mittel zu entsprechen. Nur ein verschwindend kleiner Teil der Versicherten, bei denen eine psychische Erkrankung festgestellt wurde, er-

hält eine fachpsychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten. Einzig im Versorgungszweig der medizinischen Rehabilitation scheint die indikative Zuweisung einigermaßen zu funktionieren: Dort landen immerhin 2/3 der psychisch erkrankten Patienten in einer fachlich dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtung mit psychosomatischem oder psychotherapeutischem Schwerpunkt. Bezieht man die nach wie vor gültige Vorlaufzeit von fünf bis sieben Jahren, die ein psychisch Kranker benötigt, um in eine adäquate psychotherapeutische Behandlung zu gelangen, sowie die in der Psychotherapieforschung ermittelten Effektstärken psychotherapeutischer Behandlungen mit ein, so kann – werden entsprechende Kosten-Nutzen-Analysen zugrunde gelegt – gut auch von einem erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden ausgegangen werden (s. u.).

Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom in psychosomatischen und somatischen Rehabilitationseinrichtungen – eine Studie über die Zugangswege und Unterschiede in den Patientenmerkmalen

Ullrich, A., Glattacker, M., Sibold, M., Egle, U. T., Ehlebracht-König, I., Geiges, W., Köllner, V., Kruse, M. & Jäckel, W. H. (2013).

Fibromyalgiesyndrom-Patientinnen in psychosomatischen und somatischen Rehabilitationseinrichtungen – eine explorative

Studie zu Zugangswegen und Unterschieden in Patientenmerkmalen. *Rehabilitation* 52, 307-313.

Hintergrund und Fragestellung: Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) ist gekennzeichnet durch chronische, an unterschiedlichen Stellen lokalisierte Schmerzen, Müdigkeit, Schlafschwierigkeiten, kognitive Einschränkungen und psychische Auffälligkeiten. Die Prävalenz liegt bei Erwachsenen bei ca. 2%, ca. 80% der Erkrankten sind Frauen. Das FMS führt zum einen bei den Patienten zu gravierenden Einschränkungen, zum anderen zu erheblichen Gesundheitskosten sowie zu häufigen Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühverrentung. FMS-Patienten werden im Bereich der medizinischen Rehabilitation sowohl in somatischen als auch psychosomatischen Rehakliniken behandelt. Diese Studie von Ullrich et al. untersucht die unterschiedlichen Zugangswege sowie die Patientenmerkmale bei Patienten, die in somatischen oder psychosomatischen Rehakliniken behandelt wurden. Sie gehen folgenden beiden Fragestellungen nach: 1. Welche strukturellen, äußeren Bedingungen (zum Beispiel Antragstellung behandelnder Arzt) können die Zuweisung zu einer somatischen bzw. psychosomatischen Rehabilitation erklären? 2. Inwieweit unterscheiden sich FMS-Rehabilitanden in diesen beiden Indikationsformen bezüglich krankheitsbezogener, psychosozialer und soziodemografischer Merkmale voneinander?

Methodik: Die Datenerhebung erfolgte zwischen Januar 2010 und April 2011 zum Aufnahmezeitpunkt an einer Stichprobe von n=420 weiblichen Patienten, die in sechs Kliniken (drei somatische, n=223, und drei psychosomatische, n=197) behandelt wurden. Den Patientinnen wurde eine umfangreiche Fragebogen-Batterie vorgelegt, neben einem speziell konstruierten Fragebogen für die Abbildung der Zugangswege wurden eine Reihe gängiger Assessment-Verfahren einbezogen, u. a. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Gießener Beschwerdebogen (GEB-23), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Indikatoren des Reha-Status

(IRES), Patientenfragebogen zur Erfassung der Rehabilitations-Motivation (PAREMO).

Ergebnisse: Während sich keine Unterschiede in der ausgeprägten psychischen Belastung der beiden Patientengruppen zum Beispiel hinsichtlich Angst und Depression (HADS) zeigten, waren die Zugangswege zur Rehabilitation deutlich unterschiedlich: Jenen Patientinnen, die einer psychosomatischen Rehaklinik zugewiesen wurden, wurde davor deutlich häufiger ein Rehabilitationsantrag abgelehnt; zudem war sowohl die Zeit zwischen der Antragstellung und Bewilligung als auch zwischen Antragstellung und Beginn der Rehabilitationsmaßnahme deutlich länger als bei der Patientengruppe, die somatischen Kliniken zugewiesen wurden. Die Empfehlung für eine Rehabilitationsmaßnahme kam dabei bei den Psychosomatik-Patientinnen am häufigsten von der Krankenkasse oder von einem Facharzt für Neurologie/Psychiatrie bzw. Psychotherapie/psychosomatischen Medizin, für die Somatik-Patientinnen am häufigsten von einem Facharzt für Orthopädie, Innere Medizin, Rheumatologie. Als Indikatoren für die Zuordnung zur Indikationsgruppe wurden aus der Vielzahl der erhobenen Parameter insgesamt sechs Variablen identifiziert, die ca. 32% der Gesamtvarianz der Indikationsgruppe aufklären können. Die psychosomatischen Patientinnen hatten dabei eine höhere Erwartung, in der Rehabilitation psychologische Unterstützung zu erhalten, und häufiger Vorerfahrungen mit ambulanten psychotherapeutischen Maßnahmen. Die somatischen Patientinnen wiesen eine höhere Ausprägung in der PAREMO-Skala „Soziale Unterstützung und sekundärer Krankheitsgewinn“ auf und erwarteten eher einen Austausch mit anderen FMS-Patientinnen sowie eine Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen zeigten sich hinsichtlich des Wissensstandes der Patientinnen über die Alternativen im Rehabilitationssystem. Allerdings ist ein überraschend hoher Anteil

(ca. 50%) der FMS-Rehabilitandinnen nicht darüber informiert, dass sie entweder somatisch oder psychosomatisch behandelt werden können.

Kritische Bewertung: Die Zuweisung der an FMS erkrankten Patientinnen zur Rehabilitation scheint deutlich unterschiedlich zu erfolgen. Patienten kommen schneller in eine somatische Rehaklinik als in eine psychosomatische Klinik, in Erstere über Orthopäden und in Letztere über Fachärzte für Psychiatrie oder Psychosomatische Medizin. Für die Indikation für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation gilt offensichtlich auch hier, dass diese Behandlungsmöglichkeit am Ende einer längeren Behandlungskette zu stehen scheint. Möglicherweise ist, wie auch die Autoren diskutieren, die Zuweisung abhängig vom unterschiedlichen Krankheitsverständnis der Patienten (somatisch versus psychosoziales Verständnis) sowie von den damit zusammenhängenden unterschiedlichen subjektiven Erwartungen. Hier und auch bezüglich des Wissensstandes über die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten sollte oder könnte im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme mehr Wissen über Alternativen vermittelt werden, ggf. auch bei den überweisenden Ärzten. Nicht untersucht wurde, in welchem Zusammenhang die eine oder andere Zuweisung mit dem Rehabilitationserfolg steht, dies kann nur in einer prospektiv angelegten Verlaufsstudie mit mehreren Messzeitpunkten erfolgen. Interessant wäre auch der Bezug zu den entsprechenden Rehabilitationskonzepten der hier betrachteten somatischen Rehakliniken sowie deren zugrunde liegenden Stellenplänen vor allem im Bereich der Psychologie – hier kann eine Schnittstelle zu den Arbeiten von Mittag und Reese (siehe im nächsten Abschnitt) hergestellt werden, und zwar derart, dass in den Kliniken somatischer Indikationsbereiche eine deutlich geringere Versorgungsintensität hinsichtlich psychologischer und/oder psychotherapeutischer Leistungen realisiert werden kann.

Psychologische und psychotherapeutische Kompetenz in der medizinischen Rehabilitation somatischer Indikationsbereiche

Hintergrund: Psychologische und psychotherapeutische Interventionen sind seit vielen Jahren fester Bestandteil im Behandlungsspektrum der medizinischen Rehabilitation Deutschlands. Nicht zuletzt aufgrund der recht eindeutigen Studienlage zur psychischen Komorbidität bei chronisch somatischen Erkrankungen spielen sie eine zunehmend bedeutende Rolle, wengleich die gängige Rehabilitationspraxis dem sowohl konzeptionell als auch personell noch häufig hinterherhinkt. Ausgangspunkt für die hier besprochenen Arbeiten um Oskar Mittag und Christina Reese (Mittag, Reese, Gülich & Jäckel, 2012; Mittag & Reese, 2012; Reese et al., 2012a, 2012b, 2012c) waren die vorliegenden Reha-Leitlinien der Fachgesellschaften sowie die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (DRV), die psychologische und psychotherapeutische Leistungen zwar explizit einschließen, aber aus Sicht der Autoren nicht differenziert genug sind, um praktisches psychologisch-therapeutisches Handeln im Einzelfall leiten zu können. Darüber hinaus liegen trotz externem Qualitätssicherungsprogramm der DRV, in dem auch Strukturdaten der Kliniken dokumentiert sind, kaum aktuelle Vergleichsdaten zum Stellenumfang der Psychologischen Dienste/Abteilungen vor.

Methodik: Es wurde eine Befragung von Psychologen in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt (Reese et al., 2012a; Mittag et al., 2012) und Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit (Reese et al., 2012b) sowie für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (Reese et al., 2012c) formuliert. Im Rahmen der Befragung wurden Psychologen aller Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (n=1461 Einrichtungen, ambulant und stationär, alle Indikationen) angeschrieben. Insgesamt beteiligten sich n=623 Psychologen. Neben dem beruflichen Selbstverständnis und der Arbeitszufriedenheit wurden v. a. auch Strukturmerkmale der Psychologie in der Rehabilitation erfasst. Die Praxisempfeh-

lungen wurden auf der Grundlage eines mehrstufigen Prozesses mit Rehabilitationsexperten entwickelt.

Ergebnisse: Aus der Befragung ergaben sich zum einen konkrete Hinweise darauf, welche Ressourcen gestärkt werden sollten, um die Arbeitszufriedenheit der Psychologen in der medizinischen Rehabilitation zu fördern, z. B. die Schaffung besserer Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten für Psychologen in rehabilitativen Einrichtungen. Zum anderen zeigte sich, wie heterogen die personelle Ausstattung der Kliniken zu sein scheint. Das Verhältnis von Psychologen zu Patienten variiert dabei in der orthopädischen Rehabilitation zwischen 0,12:100 bis 3,57:100 (Mittelwert $M=0,98:100$), in der kardiologischen Rehabilitation zwischen 0,19:100 bis 3,59:100 (Mittelwert $M=1,05:100$). Darüber hinaus verfügte nur knapp die Hälfte (48%) der Psychologen über eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut.

Die aus den Befragungsergebnissen sowie auf der Grundlage des expertenbasierten Prozesses entwickelten Empfehlungen für psychologische Interventionen entsprechen einem zweistufigen Vorgehen. Zunächst sollen für eine gezielte Zuweisung zu den entsprechenden Angeboten diagnostische Screeningverfahren zur Erfassung psychologisch relevanter Problemlagen (z. B. Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten PHQ-9; Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) bei allen Rehabilitanden eingesetzt werden. Bei positivem Screeningergebnis wird eine vertiefende psychologische Diagnostik vorgeschlagen, die unter Approbationsvorbehalt fällt. In ihr soll eine vertiefende Exploration mit ergänzender Testdiagnostik (z. B. Beck-Depressions-Inventar BDI) stattfinden. Bei erneut positivem Ergebnis werden u. a. folgende Maßnahmen vorgeschlagen: Einleitung einer für die Störung geeigneten, evidenzbasierten psychologischen Behandlung, Thematisierung in Teambesprechung/Visite, Psychoedukation/Beratung, Psychotherapeutisches Ein-

zelgespräch (Approbationsvorbehalt), Motivierung für eine weiterführende Psychotherapie, evtl. Vorbereitung einer weiterführenden Behandlung, wiederholte Kontrolle der depressiven Symptomatik. Darüber hinaus sollen vom gesamten Reha-Team psychologische Techniken wie z. B. „Motivierende Gesprächsführung“ erlernt und angewandt werden können.

Kommentar: Mit den Praxisempfehlungen liegen erstmals evidenzbasierte, breit durch Rehabilitationsexperten konsentrierte Orientierungshilfen für psychologische Diagnostik und psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen in der somatischen Rehabilitation vor. Es ist als ein großes Verdienst der Autoren (und der in den Prozess der Entwicklung der Praxisempfehlungen mit einbezogenen Experten) anzusehen, dass hiermit das fachspezifische Wissen aus Psychologie und Psychotherapie deutlich stärker und systematischer als bislang in die somatischen Indikationsbereiche der „medizinischen“ Rehabilitation Eingang finden kann. Durch die zweistufige Diagnostik können Patienten mit vorliegender psychischer Komorbidität gezielt erfasst und entsprechenden Behandlungsangeboten zugewiesen werden. Allerdings stehen diese Praxisempfehlungen erstmal nur auf dem Papier, wie viele andere Konzepte und Ansätze. Entscheidend wird auch hier sein, inwieweit sowohl die Kliniken als Leistungserbringer als auch die Leistungsträger die konkrete Umsetzung vorantreiben werden. Angesichts der bestehenden strukturellen Voraussetzungen in den Kliniken dürfte das noch ein weiter Weg werden. Nach den Strukturanforderungen der DRV für die stationäre Rehabilitation (DRV, 2010) wird für die somatischen Indikationsgebiete ein Psychologenschlüssel von 1,25 auf 100 Rehabilitanden als Standard vorgegeben (Ausnahme Neurologische Rehabilitation, Phase D: 4,0 auf 100). Die o. g. Untergrenze, die sich aus der Befragung ergab (Mittag et al., 2012), entspricht einem Schlüssel von einem Psychologen für ca. 500 bis ca. 800 Patienten (!!!). Obwohl solche Zahlen die Ausnahme darstellen, dürfen

sie getrost als skandalös gewertet werden. Selbst die Mittelwerte der Psychologenstellen liegen noch unter den Vorgaben der DRV, zumal nur etwa die Hälfte über eine Approbation als Psychologischer Psy-

chotherapeut verfügt. Für die Umsetzung der von den Autoren entwickelten und vorgestellten Praxisempfehlungen sind eher die empirisch ermittelten Obergrenzen von 3,5 Psychologen zu 100 Patienten

(d. h. ca. 1:30) nötig, zumal der Anteil psychisch komorbider Patienten je nach Indikationsbereich zwischen 30% und zum Teil deutlich über 50% liegt.

Diskussion

Die Studie von Gaebel et al. (2013) aus der ambulanten Versorgung zeigt – wiederholt und im Einklang mit den einschlägigen epidemiologischen Studien (z. B. Jacobi et al., 2014; Wittchen et al., 2010) –, dass in der Bevölkerung ein hoher Anteil von ca. 30% psychisch Erkrankter vorliegt bzw. angenommen werden muss. Wie sich an einer sehr großen und aller Wahrscheinlichkeit nach hoch repräsentativen Stichprobe darstellt, sind die Wege der Versorgung psychisch Kranker sehr geprägt von der Allgemeinmedizin und somatischen Fachdisziplinen, erst mit Abstand von psychiatrischer und/oder psychosomatischer und zuallerletzt von psychotherapeutischer Fachkompetenz. Es muss, was in dieser Studie nicht untersucht wurde, darüber hinaus angenommen werden, dass der Behandlung durch fachfremde Ärzte eine vorwiegend psychopharmakologische Ausrichtung zugrunde liegt. Nach wie vor werden Psychopharmaka überwiegend von Allgemeinmedizinern sowie von nicht-psychiatrischen bzw. -psychosomatischen Fachärzten, also von fachfremden Ärzten verschrieben (vgl. z. B. Fritze, 2011). Die Ausgaben für Psychopharmaka übersteigen dabei deutlich die Kosten für ambulante Psychotherapie (2010: 2,6 vs. 1,5 Mrd. €; vgl. BPTK, 2013). Demgegenüber werden nach wie vor lange Wartezeiten (z. B. BPTK-Wartezeiten-Studie, BPTK, 2011) und zu geringe Zulassungsraten (Kassenarztsitze, v. a. für Psychologische Psychotherapeuten) beklagt. Nicht nur unter Berücksichtigung der erheblichen, auch gesundheitsökonomischen Bedeutung von Psychotherapie (vgl. z. B. Wittmann & Steffanowski, 2011) müsste angesichts dieser Datenlage eine Umstrukturierung bzw. Umleitung der Behandlungswege für psychisch kranke Menschen anvisiert werden. Das Verhältnis zwischen Pharmako- und Psychotherapie bzw. zwischen allgemeinmedizinischer/somatischer und psycho-

therapeutischer Behandlung müsste mindestens ausgeglichen, besser in die genau umgekehrte Richtung weisen. Hierfür sind solche Versorgungsdaten von hohem Wert – die hierfür notwendigen gesundheitspolitischen Entscheidungen stehen allerdings auf einem anderen Blatt.

Ähnliches kann auch für die beiden hier besprochenen Arbeiten aus dem Bereich der stationären Rehabilitation angemerkt werden. Durch die großen Forschungsinitiativen der vergangenen zwei Jahrzehnte, v. a. der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR, heute DRV) finanzierte Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, gilt die Medizinische Rehabilitation als gut erforscht, ihre Effektivität und Effizienz als gut belegt. Als Beispiele hierfür sind die Meta-Analyse psychosomatischer Rehabilitation (MESTA-Studie, Steffanowski et al., 2007) oder die PROGNOSE-Studie (Steiner et al., 2009) zu nennen. Trotz dieser Nutzenbelege besteht Weiterentwicklungsbedarf, v. a. bezüglich Konzepten, die der hohen psychischen Komorbidität bei Patienten in den somatischen Rehakliniken gerecht werden können. Dringend erforderlich ist eine konzeptionelle Neuorientierung in Richtung einer spürbaren Verringerung der in der somatischen Rehabilitation nach wie vor vorherrschenden Medizinentzerrtheit bzw. Medizinlastigkeit (vgl. Nübling, 2011). Die Praxisempfehlungen von Mittag und Reese stellen einen wichtigen Schritt in diese Richtung dar, Klinik- und Leistungsträger stehen nun in der Pflicht, günstige Rahmenbedingungen für die Umsetzung in die Versorgungspraxis zu schaffen, was u. a. einer deutlichen Stärkung psychologischer, psychotherapeutischer und auch pädagogischer Kompetenzen entspricht, wie z. B. auch von der Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stär-

kung der Selbsthilfe“ im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg (Seiter et al., 2012) gefordert wurde. Dies müsste sowohl mit angepassten Stellenplänen für Psychologen bzw. approbierten Psychotherapeuten als auch mit entsprechenden Besetzungen der Leitungspositionen (sowohl in Kliniken als auch bei den Trägern) einhergehen.

Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2013). *10 Tatsachen zur Psychotherapie. BPTK-Standpunkt*. Berlin: BPTK.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2011). *BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie*. Berlin: BPTK.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2010). *Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen. DRV Bund*. Verfügbar unter: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208182/publicationFile/11642/2010_Broschüre_Strukturanforderungen.pdf [17.12.2013].
- Fritze, J. (2011). *Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2011. Psychopharmakotherapie, 18, 245-256*.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt, 85, 77-87*.
- Mittag, O. & Reese, C. (2012). *Die Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit: Methoden und Ergebnisse. Die Rehabilitation [Online first 11.12.2012]. DOI: 10.1055/s-0032-1323 648*.

- Mittag, O., Reese, C., Gülich, M. & Jäckel, W. H. (2012). Strukturen und Praxis der Psychologischen Abteilungen in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation: Vergleich zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 74 (12), 778-783.
- Nübling, R. (2011). Die Rehabilitation hat kein Imageproblem! Zur kritischen Auseinandersetzung mit der Rehabilitationsforschung. *Spektrum, Fachzeitschrift der DRV Baden-Württemberg*, 1/2011, 38-41.
- Reese, C. & Mittag, O. (2013). Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: Methoden und Ergebnisse. *Das Gesundheitswesen* [Online first 06.03.2013]. DOI: 10.1055/s-0033-1333738.
- Reese, C., Mittag, O., Bengel, J., Deck, R., Ehlebracht-König, I., Faller, H., Fleig, L., Geigges, W., Glombiewski, J., Grande, G., Hautzinger, M., Höder, J., Jäckel, W. H., Kortenhaus, H., Lüking, M., Mai, B., Niebling, W., Pflingsten, M., Pomp, S., Rink, M., Schmucker, D., Wörner, S. & Worringer, U. (2012b). *Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen*. Verfügbar unter: www.uniklinik-freiburg.de/aqms/live/Praxisempfehlungen.html [30.10.2013].
- Reese, C., Mittag, O., Bengel, J., Boll-Klatt, A., Cordes, C., Deck, R., Dräger-Recktenwald, R., Faller, H., Fleig, L., Guggel, S., Geigges, W., Grande, G., Hautzinger, M., Herrmann-Lingen, C., Langosch, W., Mai, B., Niebling, W., Pomp, S., Schmucker, D., Wörner, S. & Worringer, U. (2012c). *Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Koronare Herzerkrankung*. Verfügbar unter: www.uniklinikfreiburg.de/aqms/live/Praxisempfehlungen.html [30.10.2013].
- Reese, C., Jäckel, W. H. & Mittag, O. (2012a). Die somatische Rehabilitation als Arbeitsfeld für Psychologen: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zu Strukturen und Praxis in der stationären orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 51 (03), 142-150.
- Seiter, H., Kissling, F., Bauer, K., Biechele, U., Boller, G., Breuninger, R., Daake, L., Di Pasquale, V., Forcher, R., Grom, E., Gross, M., Hartl, V., Hartschuh, U., Heise, C., Hellstern, H., Hoffmann, U., Kalkbrenner, K.-M., Nübling, R., Paulsen, M., Pfeil, S., Probst, J., Reuss-Borst, M., Schmöller, A., Seltenreich, R., Silber, D., Steinkemper, R., Votteler, M., Wagner, R., von Wartenberg, M., Winkler, F., Wirth, K. & Würfel, A. M. (2012). *AG Standortfaktor Gesundheit – Bericht der Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“*. *Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg*. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Verfügbar unter: www.lpk-bw.de/fachportal/fp_vn/pdf/pg_reha_selbsthilfe_abschlussbericht_2012.pdf [30.01.2014].
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Steiner, M., Zwingmann, C., Riedel, W., Schüssler, R. & Zweers, U. (2009). *Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum*. Basel: Prognos AG.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J. et al. (2010). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *EurNeuropsychopharmacol.*, 21, 655-679.
- Wittmann, W. W. & Steffanowski, A. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojekts. *Psychotherapie Aktuell, Heft 3/2011*, 6-12.



Dr. Rüdiger Nübling, Dipl.-Psych., ist Referent für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Er ist darüber hinaus Mitgesellschafter der Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG) Karlsruhe. Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Dr. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de

Buchrezension

Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, E. A. (2012). *Imaginationstechniken in der kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz. 288 Seiten. 39,95 €.

Juliana Matt

Der Beltz-Verlag legt hier die Übersetzung des Buchs mit dem englischen Titel „Imagery in Cognitive Therapy“ aus der renommierten „Oxford Guide“-Reihe vor. In dem vorliegenden Band werden Imaginationsstechniken in der Kognitiven Therapie (KT) aus den vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren zusammengestellt. Das Buch beginnt mit einem Gastessay von David Edwards, der die Bedeutung von Imaginationsmethoden zur Herbeiführung psychischer Veränderungen darstellt, von den alten schamanischen Heiltraditionen bis zur Psychotherapie des 21. Jahrhunderts.

Im ersten Hauptteil werden die Imagination im Kontext von Aron Becks frühem Ansatz, die Phänomenologie mentaler Bilder in der klinischen Praxis und die experimentelle Forschung und wirksame Komponenten der Imaginationsinterventionen vorgestellt. Im zweiten Teil geht es um die Grundlagen der Imaginationsinterventionen, das Erheben mentaler Bilder und um die Formulierung von Mikro-Fallkonzepten mentaler Bilder. Im dritten Teil wird gezeigt, wie negative Bilder mit Imaginationsinterventionen gelöscht, überschrieben oder transformiert werden können. Es werden intrusive Tagbilder, Erinnerungen und Nachtbilder inklusive Alpträume bearbeitet und die Arbeit mit Metaphern, Geschichten und Filmen dargestellt. Der vierte Teil widmet sich der Gestaltung positiver Bilder; es wird gezeigt, wie positive Bilder

konstruiert werden, wie durch mentale Stimulation und Übung Probleme gelöst, „neue Seinsweisen“ gestaltet werden und das „alte System“ in ein „neues System“ transformiert werden kann. Auch Mitgefühl (*Compassion*) sensu Gilbert wird mental eingeübt. An Fallbeispielen und Mikrokonzepten wird das Vorgehen illustriert, die Bedeutung der Übung hervorgehoben und auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung eingegangen. Der Stand der wissenschaftlichen Fundierung wird erläutert und auf notwendigen Forschungsbedarf hingewiesen. Der letzte Teil des Buchs resümiert die Perspektiven für die Imaginationsarbeit in der KT. Das Buch ist durchgängig gut lesbar, hat eine sehr übersichtliche Struktur, die durch das Layout unterstützt wird, sodass man sich schnell orientieren und spezifische Themen eines Kapitels leicht finden kann. Der Ablauf des psychotherapeutischen Vorgehens wird gezeigt, es finden sich zahlreiche Mikro-Fallkonzepte, Hinweise zur Psychoedukation, Fragen an die Patienten, Tabellen, Zusammenstellungen von Imaginationsaufgaben und Zusammenfassungen; Fallbeispiele sind optisch hervorgehoben und erhöhen die Effizienz.

Als kleinere Kritikpunkte seien erwähnt, dass die Bedeutung des Akronymes COMET nicht erläutert wird (*Competitive Memory Training*); der in der Übersetzung direkt aus dem Englischen übernommene und sehr häufig verwendete Begriff „imaginal“

ist im Deutschen ausschließlich ein Begriff aus der Entwicklungsbiologie der Insekten (gemeint ist natürlich „imaginativ“).

Das Buch ist für Klinische Psychologen und Psychotherapeuten, vor allem Verhaltenstherapeuten geeignet, aber auch Therapeuten mit anderem Hintergrund können von den Ansätzen profitieren.

Fazit: Die Autorinnen und Autoren zeigen, dass Imaginationsarbeit, also die Arbeit mit inneren mentalen Bildern, eine kreative Herausforderung der KT ist, und sie zeigen das reiche Potenzial imaginationsbasierter Interventionen auf. Sie legen ein praxistaugliches Buch vor, das die Arbeit mit Imaginationsinterventionen im psychotherapeutischen Prozess anregt, systematisiert und unterstützt. Besonders spannend ist der einleitende Gastessay von Edwards, der die über 20.000 jährige Geschichte der Imagination in der Heilkunst darstellt. Psychotherapeuten werden von diesem Buch profitieren. In den nächsten Jahren können wir sicher mit einer Erweiterung dieses Werkes rechnen, weil sich dieses Feld sehr dynamisch entwickelt. Auch stehen Wirksamkeitsnachweise teilweise noch aus, worauf die Autoren hinweisen und auf welche man gespannt sein darf.

Dr. Juliana Matt,
Berlin

Leserbriefe und Zuschriften

Liebe Leserinnen und Leser,
die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Briefen und Beiträgen zu den Artikeln und Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leserinnen und Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht unbedingt die der Redaktion wiedergeben..

Zu J. Hardt: „Zur aktuellen Berufsbilddiskussion von ‚Psychologischen Psychotherapeuten‘ und ‚Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten‘. Eine besorgte Polemik“. Psychotherapeutenjournal 3/2013, S. 252-255.

und

R. Richter: „Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“. Psychotherapeutenjournal 2/2013, S. 118-120.

Kritische Gesellschaftstheorie ist auch für die Psychotherapie relevant

Der Artikel von Jürgen Hardt spricht mir aus meiner PP-Seele. Dabei hat mir die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen Problemen der Konstruktion eines angemessenen Berufsbildes für die „Heilberufe“ (PP und KJP), deren Neu-Konstruktion als „Gesundheitsberufe“ im Gesundheitssystem, die Einordnung dieser Probleme in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext und dessen Veränderungen besonders gut gefallen, vor allem die Heranziehung der Analysekatoren „System“ und „Lebenswelt“ kritischer Gesellschaftstheorie nach Habermas, um die strukturelle Gewaltförmigkeit der (neoliberalen) gesellschafts- und gesundheitspolitischen Veränderungen aufzuzeigen. Ziel dieser kritischen Gesellschaftstheorie ist es, eine Kritik der unter diesen Bedingungen herrschenden Verständigungsverhältnisse zu begründen und die normativen Ermögligungsbedingungen auszuweisen, unter denen ein gerechtes und freies Leben aller Bürger möglich wäre; dies ist auch für Psychotherapie relevant.

Rainer Richter konstatiert in seinem Artikel, dass sich durch den raschen gesellschaftlichen Wandel, der neue Leiden und Volkskrankheiten produziere, neue Herausforderungen für die Gesundheits- und Heilberufe ergeben, die wiederum neue Herausforderungen für die berufliche Identitätsbildung und Berufsbilder von PP und

KJP im gesundheitlichen Versorgungsbe- reich darstellen.

Über die von außen zugeordneten Aufga- ben und Versorgungsaufträge würden sich Zuständigkeitsbereiche abstecken lassen, über die sich ein Berufsbild ergebe. Richter fragt, wie und wo sich die PP und KJP in diesen Feldern und Prozessen selbst verorten können. Ihre derzeit geltenden Berufsbilder seien nie von PP und KJP („von innen“) selbst bestimmt worden, sondern eher durch das Sozialrecht bzw. das Psychotherapeutengesetz („von außen“), das sich am vorher geltenden, ärztlich dominierten Delegationsverfahren orientiert. Dieses vom Psychotherapeutengesetz dominierte Berufsbild bestimme bis heute das Selbst- und Fremdbild der PP und KJP sowie deren berufliche Identität. Dies schränke die Aner- kennung ihres Beitrages in psychosozialen und gesundheitlichen Bereichen sehr ein. Vor allem werde die berufsrechtliche Aner- kennung durch Approbation von Institutio- nen nicht angemessen honoriert, insbeson- dere finanziell. Richter hebt den gesell- schaftlichen Nutzen der beiden Heilberufe hervor bei der Behandlung psychischer Er- krankungen und fordert, dass die Psycho- therapie-Profession selbst und selbstbe- wusst ihr Berufsbild und ihre berufliche Identität gleichsam von innen bestimmen solle. Den Kern dieses Berufsbildes sieht er dabei auch zukünftig in ihren Kernkompe-

tenzen, nämlich in der Gestaltung psycho- therapeutischer Prozesse.

Hardt stimmt den Argumenten von Richter weitgehend zu, kritisiert aber daran, dass diese zu kurz greifen würden und über grundsätzlichere, damit zusammenhän- gende gesellschaftliche Fragen hinweg ge- he – grundsätzliche Fragen, mit denen es die neuen Heilberufe (PP und KJP) von Anfang an zu tun hatten und die sich im Laufe des gesellschaftlichen Wandels noch verschärft hätten. In diesem Sinne wirft Hardt die Frage auf, ob ein noch zu entwik- kelndes autonomes Berufsbild („von in- nen“) nicht in einem gesamtgesellschaftli- chen Kontext und dessen gravierenden Veränderungen gesehen werden müsste und ob nicht dieselben Analysekatoren, die für die Analyse der Gesamtgesellschaft und deren Veränderungsdynamik herange- zogen werden, nicht auch für die Analyse der gesellschaftlichen Situation der neuen Heilberufe taugen. Hardt zieht dazu die Analysekatoren „System“ vs. „Lebens- welt“ von Habermas heran, einschließlich deren konflikthafte Spannungsverhältnis, in dem sich auch die beiden neuen Heil- berufe (PP und KJP) positionieren müs- sen. Im Kontext dieser beiden Analyseka- toren prognostizierte Habermas ja, dass im Zuge der gesellschaftlichen Dynamik von System vs. Lebenswelt die Systemim- perative, vor allem die des ökonomischen

Systems, die Lebenswelt der Menschen durchdringen und kolonialisieren werden. Diese Kolonialisierungsthese könnte man heute evident bestätigt sehen, wenn man bedenkt, dass fast alle Lebensbereiche von den Systemimperativen des ökonomischen Systems durchdrungen und dominiert werden, dass große Banken als systemrelevant erachtet und gerettet werden, während Menschen, ihre Würde und Menschenrechte, kaum als systemrelevant erachtet werden; wer sich in der von Systemimperativen dominierten Welt nicht behaupten kann – selber schuld; Systeme kennen weder Moral noch Sittlichkeit. Durch den Verweis auf die Kolonialisierungsthese wird auch die strukturelle Gewaltförmigkeit der Systemimperative bei ihrer Durchsetzung in der Lebenswelt angedeutet.

Hardt kritisiert zurecht, dass das Gesundheitssystem, im Zuge dieser gesamtgesellschaftlichen Veränderungen, immer mehr zu einem Gesundheits-Wirtschaftssystem mutiert, in dem nicht mehr Kranke behandelt, sondern Gesundheit – wirtschaftlich und effektiv – produziert werden soll. Die neuen Heilberufe sollen sich als „neue Gesundheitsberufe“ in die Logik der Gesund-

heitswirtschaft reibungslos einfügen – freie und selbstbewusste „Professionsberufler“ stellen da ein Einföhrungshindernis dar für die Absolutheitsansprüche der Systemimperative; Heilberufler werden zu Leistungserbringern reduziert auf dem Markt der Gesundheitsökonomie – eine neoliberale Vision lässt grüßen. Ich fühle mich bei dieser Gesellschaftsdiagnose an die empirischen Untersuchungen von Bourdieu et al. (1998) zu den lebensweltlichen Auswirkungen der neoliberalen Globalisierung erinnert, dem „Elend der (neoliberalen) Welt“ mit Deregulierung und Rückzug des Staates aus der sozialen Verantwortung für Bildung, Krankheitsversorgung und solidarische Daseinsvorsorge.

Hardt gibt zu bedenken, dass PP und KJP auf einem solchen durchökonomisierten Gesundheitsmarkt schwache und wenig wettbewerbsfähige Akteure sind. „Sie können nur ihre eigene Leistung einbringen“ und werden als lästige Kostenverursacher betrachtet auf einem Gesundheitsmarkt, wo andere das große Geld einstreichen – spontan fallen mir da sofort Krankenhauskonzerne und Pharmaindustrie ein. Es ist Hardt zuzustimmen, dass PP und KJP trotzdem – oder gerade deswegen – eine

kritische Haltung einnehmen sollten gegenüber solchen Entwicklungen im Allgemeinen, dem Gesundheitssystem im Besonderen, und dass sie in ihrer Ausbildung dazu angeregt werden sollten.

Hilfreich für die berufliche Identitätsbildung und für die Schärfung des Berufsbildes von PP und KJP wären vielleicht auch Untersuchungen zur (inneren) „Logik der Psychotherapie“ (Fischer, 2008) sowie sozialwissenschaftliche Untersuchungen (von außen) nach dem Modell der wegweisenden Vorarbeit von Buchholz (1999), „Psychotherapie als Profession“, die empirisch das untersuchen, was Psychotherapeuten praktisch tun in ihren verschiedenen Tätigkeitsfeldern, um darauf aufbauend eine praxeologischen Theorie psychotherapeutischer Profession zu entwickeln – nach dem Grundsatz: „Theorie ohne Praxis wäre leer, Praxis ohne Theorie wäre blind.“

Der Artikel von J. Thom & M. Ochs im PTJ 4/2013 zum PP als Typus postmoderner Profession passt hierzu recht gut.

*Rolf Schumacher, PP,
Freiburg*

Zu W. Ströhm, U. Schweiger, J. Tripp: „Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie“. *Psychotherapeutenjournal* 3/2013, S. 262-268. und

T. Unger & T. Fydrich: „Im Rahmen eines ‚Ein-Beruf-Modells‘ wäre der Weiterbildungsschwerpunkt ‚Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie‘ stark gefragt“. *Psychotherapeutenjournal* 3/2013. S. 272-274.

Thema verfehlt. Oder: Schwache Argumentation gegen ein bewährtes System

(...) Ströhm et al. legen ein Konzept einer psychotherapeutischen Weiterbildung vor, welches zahlreiche Fragen aufwirft und eher einer Hypothesenformulierung statt einer Weiterbildungsordnung gleicht. Zur Erinnerung: Die Reformdiskussion kam aufgrund zweier Themen auf: gesetzlich ungeregelte Finanzierung der Praktischen Tätigkeit und Zugangsvoraussetzungen aufgrund des Bologna-Prozesses. Beide Punkte müssen (und können) geklärt werden. Aber auch weiterhin schließen über 2.000 Absolventen jährlich die beiden

Psychotherapie-Ausbildungen ab und tragen zur psychotherapeutischen Versorgung erfolgreich bei. Auf einige Unklarheiten möchte ich nachfolgend hinweisen:

- Um im Angestelltenverhältnis tätig zu werden, müssten Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer auf dem offenen Markt konkurrieren. Was wird mit denen, die als Psychotherapeuten geeignet sind und keine Weiterbildungsstelle finden? Werden die Weiterbildungsbilder monatlich bis zu 3.200 Euro für

einen Assistenten zahlen wollen? Wer sich noch an die Ärzteschwemme der 1980-/1990er-Jahre erinnert, weiß, was es bedeutet, jahrelang nach abgeschlossenem Studium auf einen Weiterbildungsplatz warten zu müssen. Derzeit kümmert sich sozusagen das Ausbildungsinstitut hierum und jeder Ausbildungsteilnehmer kann in Kooperationskliniken die Ausbildung in planbaren fünf Jahren abschließen.

- Weiter heißt es, dass „[es wahrscheinlich wäre], dass die Kliniken dann ent-

sprechende finanzielle Kapazitäten wie bisher ... zur Verfügung haben würden“, dass „die Kliniken wahrscheinlich weniger Stellen für Weiterbildungsteilnehmer anbieten [könnten]“, „dass die Personalkosten für die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen bei Einführung einer Direktausbildung steigen werden“, dass „die Kliniken dies entsprechend refinanzieren können sollten“, dass „[hier] eine angemessene Personalausstattung sicherzustellen [wäre]“. Woher das Geld kommen soll, wird leider nicht dargelegt – immer bedenkend, dass es ein funktionierendes Psychotherapeutengesetz mit einer Gegenfinanzierung durch die Krankenkassen gibt.

- Die Autoren zitierten weiter, dass es „keine ausreichende wirtschaftliche Grundlage für die Beschäftigung eines sozialversicherungspflichtig angestellten Weiterbildungsassistenten in der Praxis [gibt]“, dass „auch in der ärztlichen Weiterbildung die Finanzierung im ambulanten Bereich eine Schwierigkeit [darstellt]“, dass „die Bundesärztekammer ... eine Neuordnung der Finanzierung ambulanter Weiterbildung [fordert]“. Was die Ärzte und ihre Lobby in Jahrzehnten nicht erreicht haben, wollen die Psychotherapeuten in einer Reform rasch erreichen? Selbst wenn dies gelingen sollte, werden dann nicht auch alle Facharztgruppen das Gleiche für ihre ambulanten Weiterbildungen fordern? Welcher Gesundheitsminister soll sich hierauf einlassen und warum? Es gibt ein funktionierendes Psychotherapeutengesetz mit einer Gegenfinanzierung durch die Krankenkassen.
- Die Autoren führen auch noch eine Weiterbildungszeit von 60 Monaten hauptberuflicher Berufstätigkeit an, die sich bei Teilzeit entsprechend verlängern würde. Als Ausbilder sollten die Autoren eigentlich wissen, dass viele Teilnehmer die Ausbildung in Teilzeit

absolvieren und dass eine mögliche Familiengründung in die Ausbildungszeit fällt. Derzeit kann die Ausbildung in Teilzeit erfolgreich abgeschlossen werden, da es nur Stunden- und keine Jahresvorgaben gibt. Vielleicht wäre ein Gespräch mit Assistenzärztinnen hilfreich, die manchmal nach Jahren der Berufstätigkeit immer noch nicht ihren Facharzt machen konnten, weil Stellen unter 50% nicht angerechnet werden oder „frau“ keine Stelle findet. Die heutigen Ausbildungsinstitute haben sich auf diese Realität gut eingestellt. Nach dem BMG-Forschungsgutachten wird die Ausbildung im Durchschnitt nach 4,7 Jahren erfolgreich beendet.

- Schließlich wird noch diskutiert, ob „ein Rückgang der Absolventenzahlen in einem gewissen Umfang nicht sogar akzeptabel wäre“. Es ist bekannt, dass von den derzeit 2.000 Absolventen weder alle einen vollen Kassensitz noch eine Berufstätigkeit in Vollzeit anstreben. Allein schon aufgrund einer Quote von ca. 80% weiblicher Absolventen wird die zukünftige Psychotherapeutin in Teilzeit arbeiten.

Ströhm et al. beenden ihren Beitrag mit dem Hinweis, dass „ein wesentliches Problemfeld sicherlich noch die angemessene Finanzierung [darstelle]“, dass „[hier] mit den politischen Entscheidungsträgern sehr gründlich ... zu diskutieren [sei]“ und „[dass] nicht eine Weiterbildungsstruktur geschaffen [werden sollte], die aufgrund finanzieller Limitierungen kaum umgesetzt werden kann“. Genau dies haben Ströhm et al. jedoch durch ihren Artikel versucht. Ein russisches Sprichwort besagt: „Ich wollte, dass es besser wird – und es wurde wie immer“. Manchmal wird es sogar noch schlimmer.

Im gleichen Heft brechen auch Theresa Unger und Thomas Fydrich eine Lanze für die Direktausbildung. Sie haben über

3.000 Psychologie-Studierende befragt, ob sie sich später eine KJP-Ausbildung vorstellen können, und postulieren, dass der Bedarf an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vollständig durch Psychologinnen und Psychologen gedeckt werden könne, weil ein hohes Interesse an der KJP bei fast der Hälfte der Befragten bestehe.

Eine solche Schlussfolgerung ist aufgrund methodischer Mängel der Studie nicht statthaft. Zu beachten ist z. B., dass junge Frauen (um die es sich in der Mehrzahl der Befragten gehandelt haben wird) zu Beginn des Studiums ganz andere Prioritäten als ausgebildete Psychotherapeutinnen haben, die real den Bedarf decken werden. Diese möchten hoch wahrscheinlich nicht ein Berufsleben lang „nur“ mit Kindern arbeiten, wenn auch Erwachsene behandelt werden können. Durch die derzeitige Möglichkeit, dass es a) reine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gibt, die sich bewusst für eine lebenslange Arbeit mit Kindern entscheiden, und b) Psychologische Psychotherapeuten auch die sozialrechtliche Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erhalten können, hat der Gesetzgeber eine funktionierende Grundlage gelegt.

Diese Umfrage als „wichtiges Argument“ für die völlige Umwandlung eines gut funktionierenden und jedes Jahr von über 2.000 jungen Menschen angenommenen Gesetzes zu nehmen, ist doch etwas sehr optimistisch. Es ist rühmlich, dass die „Ungleichbehandlung der KJP-Ausbildung“ den (psychologischen) Autoren am Herzen liegt. Die Abschaffung des pädagogischen Zugangswegs zur Psychotherapieausbildung wäre in der Tat eine Ungleichbehandlung. Diese zu verhindern, sollte uns allen jedoch am Herzen liegen.

*Dr. med. habil. Hamid Peseschkian,
Wiesbaden*

Zu T. Unger & T. Fydrich: „Im Rahmen eines ‚Ein-Beruf-Modells‘ wäre der Weiterbildungsschwerpunkt ‚Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie‘ stark gefragt“. *Psychotherapeutenjournal* 3/2013, S. 272-274.

Empirie oder Berufspolitik?

Mit einer Onlinebefragung von Psychologiestudierenden wollen Unger und Fydrich relevante Fragen der Versorgungsforschung lösen!

Die beiden Wissenschaftler Unger und Fydrich haben sich viel vorgenommen: Sie wollen „wichtige Argumente“ (S. 273) für die Einführung eines Direktstudiums der Psychotherapie unter Einschluss des „Ein-Beruf-Modells“ liefern. Doch da dieses Modell nicht nur die Beseitigung des eigenständigen Berufes des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bedeutet, sondern zugleich kritische Fragen nach der zukünftigen psychotherapeutischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen aufwirft, geht es den Autoren speziell um die Widerlegung von „Vermutungen, nach denen zukünftig die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefährdet sein könnte, wenn für eine Weiterbildung überwiegend oder sogar ausschließlich Studierende mit psychologischem Studienabschluss rekrutiert werden sollten“ (S. 273).

Bereits diese Ausgangsfrage und die damit einhergehende Wahl der Stichprobe, nämlich ausschließlich Studierende der Psychologie, zeigt eine berufsständisch motivierte Tendenz. Die Tatsache, dass sich traditionell wie aktuell die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu ca. 80% aus Absolventinnen und Absolventen sozialwissenschaftlicher Studiengänge rekrutieren, spielt in ihrer Untersuchung und somit auch in ihrer Vorstellungen über den zukünftigen Beruf des Psychotherapeuten keine Rolle, sie findet nicht einmal Erwähnung. Das von Unger und Fydrich favorisierte „Ein-Beruf-Modell“ sieht offensichtlich die systematische Ausgrenzung der aktuell bestehenden sozialwissenschaftli-

chen Zugänge zum Psychotherapieberuf vor.

Dass sich unter dem von Unger und Fydrich konstruierten Szenario die Psychologiestudierenden beinahe hälftig auf die Schwerpunkte Erwachsene oder Kinder/Jugendliche aufteilen würden, hätte keiner „empirischen Untersuchung“ bedurft, sondern hätte auch mit gesundem Menschenverstand so antizipiert werden können. Sie konstruieren für die Befragung der Studierenden der Psychologie (Schwerpunkt Klinische Psychologie/Psychotherapie) zwei Ausgangslagen mit je einer Frage. Die Befragten sollen sich dabei entweder für den eventuellen Beginn einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung oder einer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten/Erwachsenenpsychotherapeuten entscheiden.

Führt man die geschilderten Szenarien auf ihren Kern zurück, wird den Befragten im Prinzip folgende Alternative vorgelegt:

Bei welcher der beiden folgenden Ausbildungsstrukturen würde es Ihnen leichter fallen, zunächst eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu wählen?

a) Wenn Sie unter heutigen Bedingungen eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren, müssen Sie eine vollständige zweite Ausbildung absolvieren, wenn Sie auch Erwachsene behandeln wollen.

oder

b) Wenn Sie nach einem zukünftigen Ausbildungsmodell eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren, benötigen Sie le-

diglich eine Weiterbildung, um auch Erwachsene behandeln zu können.

Es wird nicht verwundern, dass bei dieser Alternative Variante b) einen klaren Vorzug gegenüber Variante a) erhalten hat: nämlich 46,3% zu 14% der Befragten. Wer will schon einen teuren und zeitlich sehr aufwendigen Weg wählen, wenn er das Ziel erheblich leichter und günstiger erreichen kann!

Aus diesem Antwortverhalten nun den Schluss zu ziehen, dass in Zukunft keine Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorliegen würde, ist unhaltbar, sogar ärgerlich.

Um eine solche Frage seriös beurteilen zu können, muss zunächst der zukünftige Bedarf an Psychotherapie und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten ermittelt werden. Ferner müsste geprüft werden, sofern das „Ein-Beruf-Modell“ umgesetzt werden sollte, wie viele Studienplätze bundesweit für einen Psychotherapiestudiengang angeboten und welche Ausbildungskapazitäten für die Bereiche der Erwachsenen- und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bereitgestellt würden. Des Weiteren wäre eine Reihe kammer- und sozialrechtlicher Probleme zu beachten.

Die Frage der Qualität und Quantität der zukünftigen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausbildungsmodelle ist bedeutsam und komplex und sollte, anders als in diesem Beitrag, auf Grundlage dafür geeigneter empirischer Daten differenziert diskutiert werden.

*Prof. Dr. Mark Helle, Stendal
Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst, Mittweida*

Replik auf die Zuschriften von H. Peseschkian und M. Helle & G. Zurhorst

Die Motive der Kollegen Helle, Zurhorst und Peseschkian zum Verfassen kritischer Leser-

briefe auf unseren Artikel im PTJ sind gut nachvollziehbar. Wir stimmen zu, dass un-

sere Befunde nicht als Hinweis darauf interpretiert werden können, dass die kinder-

und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung auch nach einer Reform des PsychThG ohne Zweifel gesichert sein wird. Dies hängt von mehreren Faktoren, und nicht allein vom Interesse von Studierenden an diesem Bereich, ab. Unsere Daten zeigen aber auf jeden Fall, dass es – unter der Prämisse eines Ein-Beruf-Modells – bei Studierenden der Psychologie bei Weitem genügend Interesse an der Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapie gibt. Dies widerspricht klar dem Zweckpessimismus von Kritikern des Direktstudiums und des Ein-Beruf-Modells, die wiederholt und durch keinerlei Daten unterstützt äußern, dass eine Reform des PsychThG in diese Richtung die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefährden würde. Hinsichtlich der Argumentation von Pesseschian ist anzumerken, dass die von ihm

gewünschte Flexibilität der Approbierten nach einem Direktstudium deutlich höher sein würde als heute, denn die Entscheidung für einen Weiterbildungsschwerpunkt „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ wäre – anders als heute – im Berufsweg der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Sackgasse.

*Thomas Fydrich,
Berlin*

Zu C. Hartl & W. Schepp: „Wie kann man da nur arbeiten? Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Maßregelvollzug“. **Psychotherapeutenjournal 3/2013. S. 230-236.**

Mehr Aufmerksamkeit für ein anspruchsvolles Tätigkeitsfeld

Es ist sehr zu begrüßen, dass der Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten im Maßregelvollzug mit der im PTJ 3/2013 eröffneten Diskussionsplattform eine breite Öffentlichkeit ermöglicht wird. Der Artikel von Christian Hartl und Wiltrud Schepp beschreibt ausführlich die psychotherapeutische Arbeit im Maßregelvollzug und belegt die hohe Effektivität der Behandlungen, von der nicht nur der einzelne Patient, sondern die gesamte Gesellschaft profitiert. Das Berufsfeld der forensischen Sachverständigentätigkeit, das ebenfalls in diesem Umfeld von PP ausgeübt wird, wurde hier jedoch bedauerlicherweise vernachlässigt. Nur in einem Halbsatz wurde die gutachterliche Sachverständigentätigkeit erwähnt.

Bei vielen Straftaten muss die Stellungnahme eines forensischen Sachverständigen, der sich mit kriminellem Verhalten und dessen Ursachen befasst, eingeholt werden. Dabei kann es zu einer Rollenkonfusion für den Psychotherapeuten

kommen, der einerseits als Therapeut andererseits als Gutachter tätig werden kann. Die Psychotherapeutenkammer Hessen hatte deshalb im Dezember 2011 zu einem interdisziplinären Fachgespräch zwischen Juristen und Psychotherapeuten eingeladen, um dieses Spannungsverhältnis näher zu beleuchten. Einigkeit bestand bei allen teilnehmenden Professionen darin, dass gutachterliche und psychotherapeutische Tätigkeiten sorgfältig zu trennen sind: Ein Patient oder Strafgefangener muss wissen, ob er einem Therapeuten gegenüber sitzt oder einem Gutachter.

Die Brisanz der gutachterlichen Tätigkeit offenbart sich an der gesteigerten Verantwortung forensischer Sachverständiger. Wie Frau Wetzels, Präsidentin des Landgerichts Hanau auf einer Fachtagung der LPPKJP im August 2013 hervorhob, musste früher nur geklärt werden, ob es „verantwortet werden kann zu erproben“, einen Täter wieder in die Gesellschaft zu

entlassen. Seit 1998 wird nun von forensischen Gutachtern die Vorhersage verlangt, ob „bei dem Verurteilten keine Gefahr mehr besteht, dass dessen durch die Tat zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht“. Mit anderen Worten: Der Sachverständige soll quasi versprechen, dass der Verurteilte kein entsprechendes Delikt mehr begeht.

Da die Rolle und Tätigkeit forensischer Gutachter in der medialen Öffentlichkeit eine zunehmend größere Aufmerksamkeit erfährt, wäre es erstrebenswert, wenn die Profession selbst diesem anspruchsvollen Tätigkeitsfeld mehr Aufmerksamkeit widmet. Damit könnte der multiprofessionellen Verantwortung, die uns Psychotherapeuten neben Juristen und Ärzten auf diesem Gebiet zukommt, auf fachlich-wissenschaftlich hohem Niveau Rechnung getragen werden.

*Dipl.-Psych. Yvonne Winter, PP,
Frankfurt*

Da kann man sehr wohl arbeiten!

Der Artikel von Christian Hartl und Wiltrud Schepp war ein längst überfälliger, allerdings scheint es aufgrund aktueller Entwicklungen auch notwendig, auf die gesellschaftliche Einbettung des Maßregelvollzugs, die damit verbundenen Besonderheiten und einige berufspolitische Aktivitäten der Psychotherapeutenkammern in diesem Bereich hinzuweisen.

Behandlung im Maßregelvollzug, die Frage nach deren Effektivität, insbesondere aber auch Ineffektivität steht nicht erst seit der „Wegschließen! Für immer!“-Äußerung von Ex-Kanzler Schröder im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Sie wird immer dann aufgeworfen, wenn es zu schweren Rückfällen gelockerter oder entlassener Patienten kommt oder Fälle wie der des Gustl

Mollath medienwirksam aufgearbeitet werden.

Dabei muss zunächst beachtet werden, dass sich die forensische Psychotherapie an Kriterien messen lassen muss, die im Gegensatz zu „normalen Behandlungen“ in der Allgemeinpsychiatrie nicht primär vom Patienten selbst, sondern von der Ge-

sellschaft vorgegeben werden: Vorrangiges Ziel einer Behandlung im Maßregelvollzug ist nicht etwa die „Heilung“ der dort untergebrachten Patienten von ihrem psychischen Leiden, sondern die Verringerung von deren Rückfallgefahr und „Gefährlichkeit“. Ist diese auf ein für die Gesellschaft vertretbares Maß abgesenkt, wird das zuständige Gericht sich für eine Entlassung aus der Unterbringung entscheiden, auch wenn der betroffene Patient aus psychotherapeutischer Sicht noch als „krank“ gilt. Die Dauer der Unterbringung richtet sich also, im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie, nicht nach dem psychischen Zustand des Straftäters, sondern nach der von ihm ausgehenden Gefahr für Dritte. Bei einigen Patienten kann diese Gefahr mit den heutzutage zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht wesentlich abgesenkt werden, sodass neben Psychotherapie zum Zwecke der „Besserung“ zunehmend auch Aspekte der „Sicherung“ in den Vordergrund treten können. Diese Sicherung kann im Falle von nach § 63 StGB untergebrachten Straftätern unter Umständen Jahre, Jahrzehnte oder auch lebenslang andauern.

Folgt man diesem gesellschaftlichen Auftrag des Maßregelvollzugs, dann ergibt sich daraus zwangsläufig, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die im Maßregelvollzug arbeiten, nicht nur über fundierte psychotherapeutische Kenntnisse verfügen, sondern auch Interventionen beherrschen müssen, die dazu geeignet sind, „Gefährlichkeit“ zu reduzieren. Psychische Krankheit erklärt nämlich auch bei den im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten nur in den seltensten Fällen vollumfänglich deren kriminelles Verhalten. Die Einschätzung, dass mit einer „Heilung“ der psychischen Krankheit auch das Rückfallrisiko auf nahezu null gesenkt werden könne, ist vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes nicht angebracht.

Oft müssen Verhaltens- und Erlebensweisen behandelt werden, die mit psychischer Erkrankung im engeren Sinne nichts zu tun haben, beispielsweise dissoziale Verhaltensbereitschaften, kognitive Verzerrungen oder starke Impulsivität. Zudem sind im Maßregelvollzug Menschen untergebracht, deren Störungen nur sehr selten in „freier Praxis“ behandelt werden. Insbesondere sexuelle Deviationen wie Pädophilie oder Sexueller Sadismus wären an dieser Stelle zu nennen, aber auch die Pyromanie oder Persönlichkeitsstörungen antisozialer oder narzisstischer Ausprägung, Störungsbilder also, die im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung höchstens am Rande behandelt werden.

Gefragt sind im Maßregelvollzug also Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die auch die kriminologische, soziologische und nicht zuletzt auch normalpsychologische Perspektive im Sinne ihres gesellschaftlichen Auftrags nicht aus den Augen verlieren. Ansonsten entsteht ohne Zweifel die Gefahr einer Psychiatisierung des Konstrukts „Gefährlichkeit“, verbunden mit einer „Blindheit“ für menschliche Verhaltens- und Erlebensweisen, die „böse“, aber nicht „krank“ sind.

Die meisten Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Maßregelvollzug weisen diese Kompetenzen ohne Zweifel auf und tragen deshalb in einem ganz erheblichen Ausmaß dazu bei, die Gesellschaft vor psychisch kranken, aber leider auch gefährlichen Straftätern zu schützen. Der Beitrag von Christian Hartl und Wiltrud Schepp würdigt diese Arbeit, bleibt aber bei der Psychotherapie stehen und lässt die Funktion von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Sachverständige fast vollkommen außen vor. Genau dies geschieht leider nicht selten aber auch von

juristischer Seite: Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden in vielen Bundesländern im Gegensatz zu ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen eher selten bestellt, wenn es um die Erstellung von Prognosegutachten für Patienten des Maßregelvollzugs oder um Gutachten zur Beurteilung der Schuldfähigkeit gemäß § 20, 21 StGB geht. Vielen Juristen scheint dabei der Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten und die damit erworbene Kompetenz weitgehend unbekannt oder gar unseriös, im Vergleich zum Arzt oder auch Psychologen mit altbewährtem Universitätsdiplom.

Die Psychotherapeutenkammern haben diese Problematik seit geraumer Zeit erkannt und auf Länderebene Curricula zur Ausbildung rechtspsychologischer Sachverständiger erstellt. Diese Curricula werden aber wenig helfen und die Absolventinnen und Absolventen nicht ernähren können, wenn es im Bereich des Strafrechts nicht gelingt, eine klare berufspolitische Positionierung vorzunehmen und gegenüber der Justiz offensiv und selbstbewusst die eigenen Kompetenzen darzustellen.

Die aktuellen Entwicklungen geben diesbezüglich Anlass zur Hoffnung: So laufen in Bayern und Rheinland-Pfalz zurzeit verstärkte Bemühungen der Kammern, Einfluss auf die in diesen Bundesländern zu novellierenden Maßregelvollzugsgesetze zu nehmen und in diesen die Position von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu stärken, so wie es in Nordrhein-Westfalen schon im Jahre 1999 passiert ist.

„Maßregelvollzug? Da kann man eigentlich doch arbeiten!“

*Dipl.-Psych. Christoph Schmitt, PP,
Weißenthurm*

Was der „Fall Mollath“ für die Psychotherapeuten bedeutet

Beim Fall Mollath ging es um das Schicksal eines Einzelnen sowie um das Ansehen der Psycho-Marke und um das Vertrauen in dieselbe. Da lief vor aller Augen so viel schief, dass gerade die Psychothe-

rapeuten (PP und KJP) gut beraten gewesen wären, sich öffentlich zu äußern und Hilfe anzubieten. Im Falle Mollath waren Psychotherapeutische Gutachter augenscheinlich nicht beteiligt, aber man muss

von einer negativen Auswirkung auf dieselben ausgehen. Bedauerlicherweise hatten die Psychotherapeutenkammern keine Worte gefunden, um so etwas wie Anwaltschaft für einen unter die Räder ge-

kommenen Mitbürger zu praktizieren und sich in der Öffentlichkeit, zumal in den Medien aufklärend und unterstützend zu zeigen. (...)

Eine gelegentliche öffentliche Präsenz mit qualifizierten Beiträgen täte dem Ansehen der Psychotherapeuten sowie deren

Selbstverständnis, Identität und dem Vertrauen aktueller und künftiger Klienten/Patienten in gleicher Weise gut. Unser Gemeinwesen erwartet von ihnen Beiträge zur Lösung gesellschaftlicher Probleme, und da sollte sie sich ihrer Verantwortung stellen. Im Zusammenhang mit dem Fall Mollath – der ist mitnichten zu Ende! – le-

diglich intern für Gutachterqualität zu plädieren, ist da einfach zu wenig, da geht es um einige Aspekte mehr. Dieser Aufruf ist zwar richtig, lässt aber an politische Verweigerung denken.

*Dipl.-Psych. Alfred Spall, PP,
Würzburg*

Liebe kassenzugelassene Kolleginnen und Kollegen!

Wir sind seit Kurzem glückliche Kassenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Es war ein langer Weg bis hierhin und wir konnten dieses Ziel nur erreichen, weil uns altgediente Kolleginnen und Kollegen dabei unterstützt haben. Diese haben uns als Nachfolger ausgesucht, haben Berufsausübungsgemeinschaften gegründet oder sich anstellen lassen, um uns die Hälfte ihres Sitzes weitergeben zu können. Manche haben uns ohne jeden eigenen Vorteil unterstützt, um uns zu helfen und um Kassenkontingente im Sinne der Patienten ausschöpfen zu können. Ihnen allen sei an dieser Stelle noch einmal herzlich gedankt!

Denn wir sehen, dass es für unsere Generation der mehr oder weniger frisch approbierten Psychotherapeuten immer schwieriger wird, das Ziel einer eigenen Praxis zu erreichen. Insbesondere in Hamburg kaufen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in großem Stil Kassensitze auf und stellen auf diesen Kassensitzen (oft untertariflich bezahlte) Kolleginnen und Kollegen an. Zunehmend gibt es auch approbierte Kollegen, die das Gleiche tun und in Großpraxen angestellte junge Kollegen für sich arbeiten lassen. Für Kollegen, die ihren Sitz verkaufen wollen, wirkt der Verkauf an MVZ zunächst verführerisch einfach. Das Verfahren ist eingespielt, die MVZ machen in großem Maßstab Werbung und sind daher leicht zu finden, ihre Verwaltung wirkt effizient und sie zahlen nicht schlecht.

Allerdings hat dieser komfortable Weg seinen Preis. Denn er führt dazu, dass immer weniger Psychotherapeuten unter jenen Bedingungen arbeiten können, welche der jetzigen Generation von Kassenpsychothe-

rapeuten gute Arbeit ermöglicht haben: als selbstständige und unabhängige Psychotherapeuten, die nur ihren Patientinnen und Patienten und ihren eigenen fachlichen und ethischen Standards verpflichtet sind. Jüngere Psychotherapeuten werden zunehmend zu Lohnarbeitern, Psychotherapie wird zunehmend zu einem Geschäft, das nicht nur die Versorgung sichert und die behandelnden Psychotherapeuten ernährt, sondern auch für Konzerne oder Unternehmer Gewinn abwerfen soll.

Unter diesen Bedingungen arbeiten junge Psychotherapeuten für immer weniger Geld – und das in Zeiten, in denen die Berufsverbände zu Recht beklagen, wie wenig Psychotherapeuten gegenüber anderen Arztgruppen verdienen. Vor allem aber wird es zwangsläufig die Strukturen der Psychotherapie verändern, wenn sie mehr und mehr den Gesetzen der Ökonomie unterworfen wird. Es geht dann nicht mehr in erster Linie um Heilung, sondern um Unternehmerinteressen und Gewinnmaximierung. Die Kliniken sind an vielen Orten diesen Weg bereits gegangen – nun passiert zumindest in Hamburg in kleinen Schritten das Gleiche mit der ambulanten Psychotherapie. Wenn dieser Prozess andauert, dann wird er die psychotherapeutische Landschaft dauerhaft und unwiderruflich verändern. Dann wird es immer weniger selbstständige Psychotherapeuten und freie Praxen geben und die ambulante Psychotherapie wird sich immer mehr in Krankenhäuser und MVZ konzentrieren. Wollen wir das, wollen Sie das?

Wenn Sie das nicht wollen – dann suchen Sie eine Nachfolgerin oder einen Nachfol-

ger, wenn Sie Ihre Praxis abgeben oder verkleinern wollen! Sorgen Sie dafür, dass Ihre Praxis als eigenständige Praxis erhalten bleibt. Gehen Sie über die Warteliste oder suchen Sie sich einen Wunsch-Nachfolger, dem Sie Ihre Praxis übergeben möchten. Kontakte zu geeigneten Nachfolgern sind nicht schwer zu finden:

- über die Warteliste,
- über die Fach- und Berufsverbände,
- über das PiA-Netzwerk (z. B. www.pia-netz-hamburg.de),
- über Kolleginnen und Kollegen, die Ausbildungskandidaten supervidieren,
- durch Anfragen bei Ausbildungsinstituten, mit denen Sie sich identifizieren können.

Die Weitergabe Ihres Sitzes oder Ihres halben Sitzes auf diesem Wege ist inzwischen genau so einfach wie die Abgabe an ein MVZ, weil wir gelernt haben, die Wege zu nutzen, welche auch die MVZ gehen. Informationen darüber bekommen Sie bei den Berufsverbänden oder bei Kollegen, die diesen Weg schon gegangen sind.

Tragen Sie im Sinne künftiger Patienten und nachfolgender Kollegen dazu bei, dass unsere Psychotherapielandschaft weiterhin von einem starken Netz selbstständig geführter Praxen geprägt wird!

*Dipl.-Psych. PP Cornelia Bothe,
Dipl.-Psych. PP Lars Hennings,
Dipl.-Psych. PP Grit Janssen,
Dipl.-Psych. PP Dagmar Kumbier,
Dipl.-Psych. PP Antje Schwer,
Hamburg*

BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit 2013

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung nimmt seit über zehn Jahren kontinuierlich zu. Dies zeigt die aktuelle Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zu Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit mit dem Schwerpunkt „Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung“. Grundlage der Analysen sind die Daten der großen gesetzlichen Krankenkassen (AOK, BARMER GEK, BKK, DAK, TK) zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen sind immer häufiger die Ursache für Krankschreibungen von Arbeitnehmern. Der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage, der psychisch bedingt ist, hat sich von 2000 bis 2012 fast verdoppelt (plus 95,7 Prozent). Dagegen ist der Anteil von betrieblichen Fehltagen aufgrund körperlicher Krankheiten im gleichen Zeitraum gesunken (Abbildung 1). So gingen 2012 13,7 Prozent aller betrieblichen Fehltagen auf psychische Erkrankungen zurück. Damit sind psychische Erkrankungen der zweithäufigste Grund für Fehltagen nach Muskel-Skelett-Krankheiten.

Die Zunahme des Anteils psychisch bedingter Fehltagen ist vor allem auf die immer längere Dauer der Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen zurückzuführen. Diese hat sich von 2000 bis 2012 um 31,0 Prozent verlängert. Psychische Erkrankungen führen inzwischen zu einer durchschnittlichen Krankschreibungsdauer von 34,2 Tagen. Dies ist deutlich länger als bei körperlichen Erkrankungen (z. B. Muskel-Skelett-Erkrankungen: durchschnittlich 18,7 Tage; Atemwegserkrankungen: durchschnittlich 6,5 Tage). Neben den Arbeitsunfähigkeitstagen und der Krankschreibungsdauer hat im Zeitraum 2000 bis 2012 auch

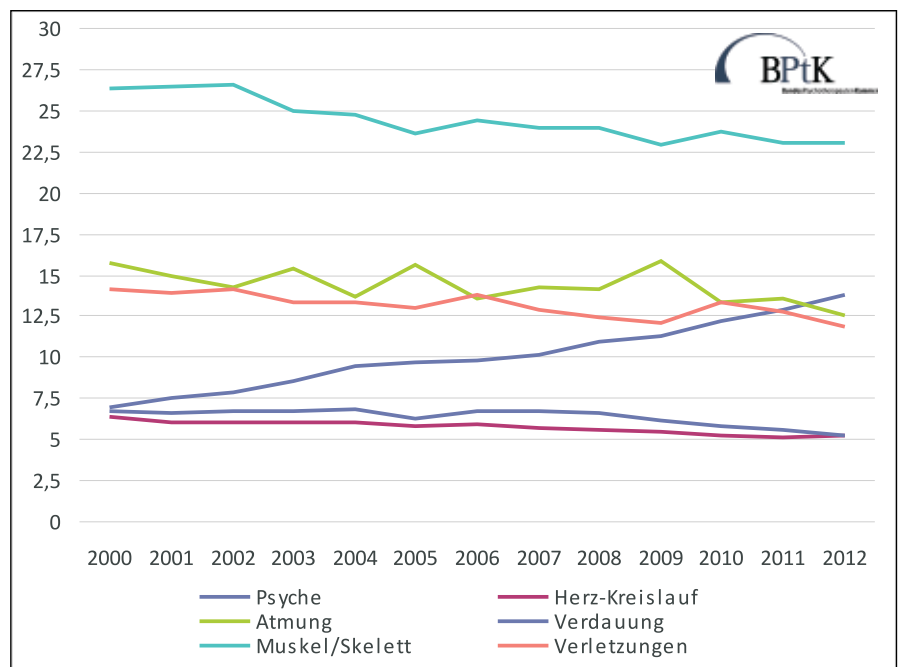


Abbildung 1: AU-Tage – die häufigsten Erkrankungen 2000 bis 2012.

Quelle: BPTK, 2013.

Dargestellt sind die Anteile (%) der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen seit 2000, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen (AOK, BARMER GEK, BKK, DAK, TK) und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl.

der Anteil der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitsfälle zugenommen: von 3,3 auf 5,2 Prozent.

Psychische Erkrankungen spielen aufgrund der langen Krankschreibungszeiten besonders bei Langzeitarbeitsunfähigkeit (Krankschreibungen mit einer Mindestdauer von sechs Wochen) – und damit bei der Zahlung von Krankengeld – eine besondere Rolle. Bei Beschäftigten standen sie 2012 an zweiter Stelle, bei Arbeitslosen sogar an erster Stelle der Ursachen für Krankengeld-Fälle (Beschäftigte: 18,5 Prozent; Arbeitslose: 32,3 Prozent) und Krankengeld-Tage (Beschäftigte: 25,4 Prozent; Arbeitslose: 38,4 Prozent).

Psychische Erkrankungen und Erwerbsunfähigkeit

Die Zahl der durch psychische Erkrankungen bedingten Frühverrentungen ist seit 2001

um 42,9 Prozent gestiegen. Die Bedeutung körperlicher Erkrankungen als Ursache für Frühverrentung hat im gleichen Zeitraum hingegen abgenommen (Abbildung 2). 2012 bezogen rund 75.000 Versicherte erstmals eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung. Damit waren 42,1 Prozent der Frühverrentungen durch psychische Erkrankungen bedingt. Der Anteil der Frühverrentungen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, die zweithäufigste Ursache für Frühverrentungen, lag 2012 bei 13,7 Prozent. Psychische Erkrankungen waren damit 2012 mit großem Abstand vor körperlichen Krankheiten die Hauptursache für Frühverrentung.

Vor allem affektive Störungen (ICD-10 F3; plus 95,6 Prozent), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F6; plus 74,2 Prozent) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

(ICD-10 F1; plus 48,9 Prozent) haben als Grund für Frühverrentung seit 2001 zugenommen.

Unipolare Depressionen waren 2012 mit 16,2 Prozent im Vergleich zu allen Krankheiten – auch den körperlichen – die Hauptursache für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente. Außerdem waren neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (8,8 Prozent) 2012 fast so häufig Ursache für Frühverrentung wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (9,6 Prozent; Abbildung 3).

Weiterhin führen psychische Erkrankungen besonders früh zu vorzeitigen gesundheitsbedingten Renten. 2012 gingen Versicherte bereits mit durchschnittlich knapp 49 Jahren in Frührente. Bei körperlichen Erkrankungen erfolgten Frühverrentungen erst bei einem Durchschnittsalter von 50 bis 55 Jahren. Nur Erkrankungen des Nervensystems zeigten ein noch niedrigeres Renteneintrittsalter.

Versorgungsdefizite bei psychischen Erkrankungen

Die steigenden Zahlen bei Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung aufgrund psychischer Erkrankungen sind ein Indikator für eine unzureichende Versorgung und ein Rehabilitationsangebot, das nicht genügend an die Belange psychisch erkrankter Menschen ange-

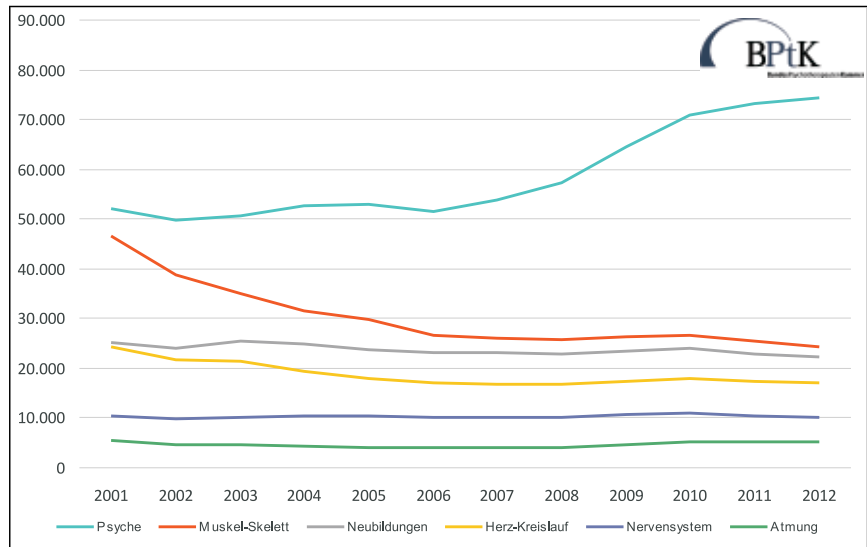


Abbildung 2: Frühverrentung von 2001 bis 2012 – am häufigsten psychisch bedingt.

Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang, eigene Darstellung.

Dargestellt ist die Zahl der Rentenneuzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit pro Jahr aufgrund der sechs wichtigsten Krankheitsarten.

passt ist. Bisher wird zu wenig getan, um Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig eine Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Dies ist vor allem problematisch, da Frührentner ein erhöhtes Armutsrisiko haben. 37 Prozent der Personen in Haushalten von Erwerbsminderungsrentnern sind armutsgefährdet. Zum Vergleich: 14 Prozent der Allgemeinbevölkerung sind von Armut bedroht (DRV, 2012).

Dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und der betrieblichen Gesundheits-

förderung kommt bei der Prävention psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle zu. Bisher werden jedoch Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung insgesamt nur in 30 bis 40 Prozent der Unternehmen umgesetzt (Faller, 2011). Außerdem werden psychische Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung nicht ausreichend erkannt (Ani et al., 2008; Hoyer, Krause, Höfler, Beesdo & Wittchen, 2001).

Weiterhin gelingt es dem deutschen Gesundheitssystem bisher nicht, eine leitliniengerechte Versorgung psychisch erkrankter Menschen sicherzustellen. Die Ergebnisse des DEGS zeigen, dass nur jeder dritte psychisch erkrankte Mensch irgendeine Form von Behandlung erhält (Wittchen & Jacobi, 2012). Auf ein erstes Gespräch bei einem Psychotherapeuten warten Patienten im Durchschnitt drei Monate (BPtK, 2011) und das, obwohl Psychotherapie bei den meisten psychischen Erkrankungen eine oder die Behandlung der Wahl ist.

Aber auch im Rehabilitationsbereich gibt es Reformbedarf. Etwa jeder zweite psychisch erkrankte Frührentner erhielt in den fünf Jahren vor dem Rentenbescheid keine medizinische Rehabilitationsleistung (Widera, DRV, 2012). Dies liegt vor allem daran, dass für einen Teil der psychisch erkrankten Menschen, wie z. B. solchen mit chronischen psychischen Erkrankungen oder langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, die bestehenden Rehabilitationskonzepte, wie

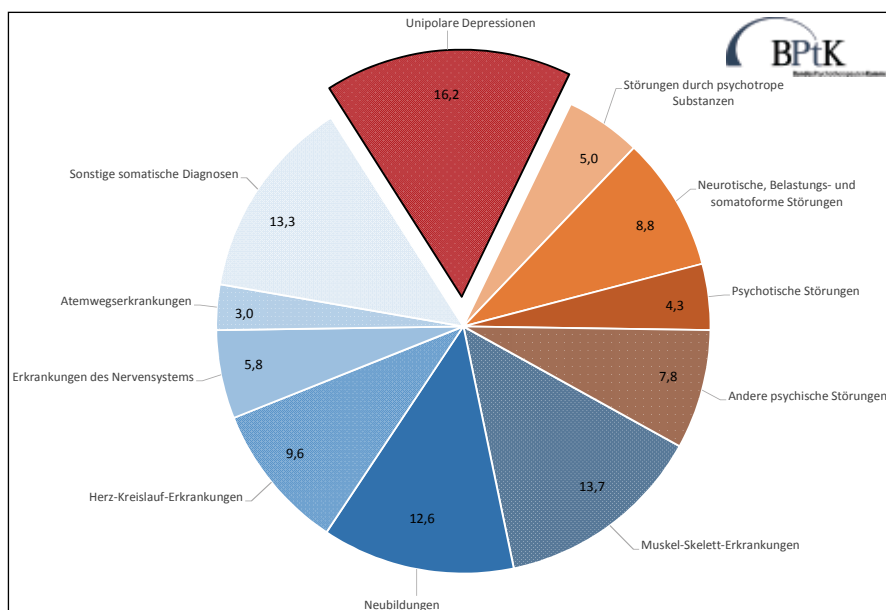


Abbildung 3: Krankheiten insgesamt – Frühverrentungen 2012.

Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang, eigene Darstellung.

Dargestellt sind die prozentualen Anteile einzelner Erkrankungen an den Rentenneuzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2012.

die „traditionelle“ psychosomatische Rehabilitation, nicht indiziert sind.

Präventionsgesetz und Aktionsprogramm Psychische Gesundheit

Ein zentraler Hebel, um das Risiko langfristiger Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung zu reduzieren, ist eine angemessene betriebliche Prävention, die ihren Fokus auf die psychosozialen Belastungsfaktoren der modernen Arbeitswelt richtet. Ziel muss es sein, Arbeit so zu gestalten, dass Menschen nicht krank werden. Es sollten die positiven Impulse, die Arbeit für die psychische Gesundheit setzen kann, wie z. B. Tagesstruktur, Aktivität und soziale Kontakte sowie die Bestätigung, für die Gesellschaft nützlich zu sein, durch eine angemessene Arbeitsgestaltung zum Tragen kommen können.

Parallel zum von der Bundesregierung geplanten Präventionsgesetz schlägt die BPTK ein Aktionsprogramm für Psychische Gesundheit vor. Im Rahmen dieses Programms soll über psychische Gesundheit und Krankheit aufgeklärt werden und es sollen Wege aufgezeigt werden, wie es gelingen kann, gesund zu bleiben, und wie es möglich ist, die Arbeitswelt gesundheitsverträglicher zu gestalten.

Ausbau des Rehabilitationsbudgets der gesetzlichen Rentenversicherung

Außerdem sollte mit dem Rentenversicherungs-Leistungsverbesserungsgesetz, über das gerade im Deutschen Bundestag beraten wird, die finanzielle Basis für einen bedarfsgerechten Ausbau der Rehabilitation gelegt werden. Die konsequente Umsetzung der von der Deutschen Rentenversicherung in ihrem Positionspapier vorgeschlagenen Reformen ist dringend notwendig. Ziel ist es, die Rehabilitationsangebote zukünftig besser an die Belange psychisch erkrankter Menschen anzupassen. Dies betrifft neben der medizinischen vor allem auch die berufliche Rehabilitation. Auch das für diese Legislaturperiode geplante Bundesleistungsgesetz sollte den Aspekt der Teilhabe zum Kriterium der Leistungsbemessung machen.

Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Dringend notwendig ist ein Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung. Ziel sollte es sein, dass die durchschnittliche Wartezeit von über drei Monaten auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten deutlich reduziert wird. Der wachsende psychotherapeutische Behandlungsbedarf resultiert unter anderem aus einem sich wandelnden Umgang mit psychischen Leiden. Patienten suchen heute eher professionelle Hilfe, auch weil sie weniger Angst vor Stigmatisierung haben. Vor allem jedoch suchen sie eine evidenzbasierte Behandlung – und das ist in aller Regel Psychotherapie.

Verbesserung der Kooperation im Sozialversicherungssystem

Krankenbehandlung und Rehabilitation werden im deutschen Sozialversicherungssystem in der Regel von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert. Diese sozialrechtliche Trennung zwischen Akuttherapie und Rehabilitation erschwert unter Umständen die schnelle, kontinuierliche und angemessene Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Ziel sollte es deshalb sein, die Kooperation im Sozialversicherungssystem zu stärken, um den Dreischritt „Prävention vor Kuration, Kuration vor Rehabilitation und Rehabilitation vor Rente“ effektiver umsetzen zu können.

Literatur

Die Quellenangaben können bei der BPTK angefordert werden: info@bptk.de.

Novellierung GOÄ/GOP in dieser Legislaturperiode?

Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD findet sich kein Wort zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und damit gleichzeitig der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP). Dabei brennt dieses Thema den Akteuren schon lange auf den Nägeln und bereits die schwarz-gelbe Koalition hatte sich dieses Projekt auf die Fahnen geschrieben. Das Thema wurde von der großen Koalition aber nicht aufgegriffen. Dies ist vermutlich dem Umstand zuzuschreiben, dass sich die Koalitionspartner in der Gesundheitspolitik nicht einig werden konnten, wie es mit der privaten Krankenversicherung (PKV) weitergehen soll, ob das zweigliedrige System beibehalten wird oder die Weichen auf eine Bürgerversicherung gestellt werden sollen. Es bleibt die Hoffnung, dass die sachlichen Notwendigkeiten schließlich dazu führen werden, dass die dringend notwendigen Renovierungsarbeiten an der Gebührenordnung von Bund und Ländern auch ohne explizite Erwähnung im Koalitionsvertrag unterstützt und vollzogen werden.

So hat das Projekt der Novellierung der GOÄ und damit auch der GOP unabhängig von der Politik wieder an Fahrt aufgenommen. Bundesärztekammer (BÄK) und PKV konnten sich inzwischen im Vorfeld der Verhandlungen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und den Ländern auf wesentliche Eckpunkte einer Reform der GOÄ und einen Fahrplan für die weiteren Entwicklungsschritte einigen. Kurzfristig wollen sich beide Vertragspartner insbesondere auf die GOÄ-Kalkulationsmethodik und -modellstruktur sowie über eine gemeinsame Kommission für die kontinuierliche Weiterentwicklung der GOÄ verständigen. Ein weitgehend konsentierter Entwurf der neuen GOÄ, einschließlich der Leistungsbeschreibungen und Bewertungen, soll bis Ende 2014 vorgelegt werden. Die neue GOÄ soll dabei wie bisher als Einzelleistungsvergütung angelegt werden, bei der zeitbezogene Gebührenpositionen – nicht zuletzt viele der psychotherapeutischen Leistungen – in das Gebührenverzeichnis integriert werden.

Die BPTK hatte sich mit der BÄK bereits im Vorfeld auf einen gemeinsamen Entwurf der Gebührenpositionen und Leistungslegenden des Kapitels G verständigt, auf den die GOP verweisen würde. Im nächsten Schritt wird es insbesondere bedeutsam sein, sich mit der PKV und der Beihilfe auf eine adäquate Leistungsbewertung zu einigen. Dabei wird eine bessere Honorierung der zeitgebundenen (höchst-)persönlichen Leistungen im Vergleich zu den technischen Leistungen angestrebt.

Psychische Erkrankungen und Frührente – Interview mit Dr. Susanne Weinbrenner



*Dr. Susanne Weinbrenner
Leitende Ärztin und Geschäftsbereichs-
leiterin Sozialmedizin und Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund*

Welche Gründe sehen Sie für die Zunahme psychischer Erkrankungen als Ursache für Erwerbsminderungsrenten?

Psychische Erkrankungen sind häufig, ihre Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung jedoch seit Jahrzehnten stabil. In Deutschland sind bis zu 43 Prozent der Bevölkerung irgendwann in ihrem Leben davon betroffen. Im Jahre 2012 erfolgten 37 Prozent der Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Renten) aufgrund psychischer Störungen (ohne Suchterkrankungen).

Oft gehen psychische Störungen in ihrem Verlauf mit Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben einher. Psychische Störungen sind für die betroffenen Menschen oft mit erheblichen Einbußen an Lebensqualität und großem Leiden verbunden. Die Zeitdauer bis zur Diagnosestellung und angemessener medizinischer Behandlung trägt erheblich zur Chronifizierung bei. Die Rentenantragstellung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit steht meistens am Ende eines komplexen und langdauernden Prozesses.

Als zentraler Grund für die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit EM-Renten kann angenommen werden, dass durch die gesellschaftliche Entstigmatisierung psychischer Störungen diese in den EM-Rentenanträgen klarer benannt werden und sich nicht hinter anderen unspezifischen Erkrankungen verbergen.

Was wird bisher getan, um EM-Renten aufgrund psychischer Erkrankungen zu verhindern?

Zunächst wird im Rahmen der Bearbeitung eines Antrags auf eine EM-Rente bei der Deutschen Rentenversicherung nach dem Prinzip „Reha vor Rente“ sozialmedizinisch geprüft, ob eine medizinische Rehabilitation in Betracht kommt. Um diesen Prozess zu unterstützen, wurde im August 2012 die „Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung von Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen“ veröffentlicht.

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation ist – bei geeigneter Indikationsstellung – wirksam. Im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte werden neue Interventionen erarbeitet und geprüft. Über die „normale“ psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation hinaus existiert eine Vielzahl von Konzepten, die sich hinsichtlich ihrer Ausrichtung, Interventionen und Angebote auf unterschiedliche Bedarfslagen beziehen. Genannt seien hier besondere berufliche Problemlagen, ältere Versicherte, Menschen mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Langzeitarbeitslose. Im Rahmen der Nachsorge wird den Versicherten die Möglichkeit gegeben, den Reha-Erfolg zu verstetigen. Auch hier existieren indikationsspezifische Konzepte, wie z. B. das Curriculum Hannover.

Neben einer medizinischen Rehabilitation können auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben indiziert sein. Hier ist der Anteil der Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen seit sechs Jahren mit rund 13 Prozent relativ konstant. Viele Modellprojekte werden durchgeführt, um diese Leistungen weiterzuentwickeln: einerseits in Kooperation mit regionalen Berufsförderungswerken, mit Arbeitgebern bezüglich organisatorischer Veränderungen am Arbeitsplatz oder auch durch „Trainings on the Job“.

Welche Hindernisse können auftreten und die Wirksamkeit der angebotenen Maßnahmen einschränken?

2012 hatten 54 Prozent der Versicherten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung erstmals eine EM-Rente bewilligt bekamen, in den fünf Jahren zuvor eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen. Dieser Anteil ist höher als bei Versicherten, die wegen anderer Erkrankungen erstmals eine EM-Rente bekamen.

In 46 Prozent der Fälle allerdings wurde keine medizinische Rehabilitation durchgeführt. Gründe hierfür liegen einerseits in subjektiven Hindernissen seitens der Versicherten, vor allem aber in der fehlenden Erfolgsaussicht der Rehabilitation (negative Erwerbsprognose) bei bereits stark chronifizierten Störungen. Zentrales Hindernis im Prozess ist hier die nicht ausreichende Behandlung im akutmedizinischen Sektor.

Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

Die Deutsche Rentenversicherung hat Anfang Januar ein Positionspapier zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung veröffentlicht. Darin erfolgte zum einen eine Situationsanalyse, zum anderen wurden Handlungsfelder benannt für die Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse im Umgang mit psychischen Störungen. Diese werden derzeit konkretisiert.

Darüber hinaus müssen die besonderen Schwierigkeiten von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Arbeitsleben sensibler wahrgenommen und berücksichtigt werden. Eine frühzeitige Identifikation von Betroffenen kann insbesondere das Risiko der Chronifizierung und deren Konsequenzen verringern. Mit hoher Priorität sollen Fragen des Zugangs zur Rehabilitation wie Indikation, Vorbehandlung, Information über Rehabilitationsangebote und die Wege dorthin bearbeitet werden. Voraussetzung für eine Verbesserung dieser Situation ist eine gute Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens.

Berufliche Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – Interview mit Dr. Michael Schubert



*Dr. Michael Schubert
Bundesarbeitsgemeinschaft für
Rehabilitation e. V.*

Langzeitarbeitslose sind besonders häufig psychisch krank. Welche Gründe sehen Sie hierfür?

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und eingeschränkter physischer wie psychischer Gesundheit ist wissenschaftlich breit belegt. Demnach sind Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt. Zudem haben gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose schlechtere Wiedereingliederungschancen. Insbesondere für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen ist es oft schwierig, Anforderungen der modernen Arbeitswelt, wie hohe Flexibilität und Arbeitsintensität, zu erfüllen.

Warum ist es für Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig, in die Arbeitswelt integriert zu sein?

Am Erwerbsleben teilhaben zu können, ist in unserer Arbeitsgesellschaft in psychologischer, sozialer und materieller Hinsicht bedeutsam. Erwerbsarbeit ist für das psychische Wohlbefinden des Menschen wichtig, weil sie mit vielen positiven Wirkungen einhergeht, wie z. B. sozialem Status und Identität, finanzieller Sicherheit,

sozialen Netzwerken, Tagesstrukturierung und Wertschätzung. Auch wenn in Zeiten von „Burn-out“ viel über gesundheitsbezogene Risiken in der Arbeitswelt diskutiert wird, ist gleichfalls zu sehen, dass Arbeit und Beschäftigung wesentlich zur psychischen Stabilität beitragen und damit positive Auswirkungen auf die Krankheitssymptomatik entfalten können.

Welche Angebote gibt es, um Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Arbeitswelt zu (re-)integrieren?

In Deutschland gibt es eine breite Palette möglicher Angebote und Unterstützungsleistungen zur Integration bzw. Reintegration. Für arbeitslose Menschen gibt es z. B. Angebote der aktiven Arbeitsmarktpolitik (SGB II bzw. III) wie Maßnahmen bei einem Arbeitgeber, Eingliederungszuschüsse oder geförderte Beschäftigung (z. B. Arbeitsgelegenheiten). Darüber hinaus gibt es spezifische Angebote der beruflichen Rehabilitation (SGB IX), zu denen z. B. Qualifikationsmaßnahmen oder spezifische Angebote mit dem Ziel der Stabilisierung und Steigerung der Leistungsfähigkeit von Menschen mit psychischer Erkrankung zählen (z. B. in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, PPK).

Weiter gibt es auch das Angebot der „Unterstützten Beschäftigung“, bei der ein bestehender Arbeitsplatz der Ausgangspunkt ist. Sie bietet eine intensive individuelle Unterstützung durch eine betriebliche Qualifizierungsphase und eine Berufsbegleitung. Ferner gibt es z. B. begleitende Hilfen im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen, die insbesondere den Zweck haben, bestehende Beschäftigungsverhältnisse zu sichern.

Daneben sind Angebote der Beratung und Begleitung von großer Bedeutung. Dies insbesondere, da eine gelingende Unterstützung oftmals gerade bei chronisch psychisch kranken Menschen mehrere, oft verschiedene Leistungen erfordert, was zu längerfristigen Unterstützungsprozessen führt.

Wie wirksam sind diese Maßnahmen?

Eine Beurteilung der Wirksamkeit solcher Leistungen ist – auch methodisch – schwierig. Hier gibt es zukünftig sicherlich noch viel zu tun. Mit Blick auf den ersten Arbeitsmarkt benennt z. B. eine aktuelle Leitlinie für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Ansätze als besonders sinnvoll, die eine rasche Platzie-

Ankündigung: Fachtagung „Wiedereingliederung von psychisch erkrankten Beschäftigten“

Wenn Beschäftigte nach einer psychischen Erkrankung an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, steht Unsicherheit bei allen Beteiligten einer erfolgreichen Wiedereingliederung oft im Weg. Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den betrieblichen Verantwortlichen und den behandelnden Psychotherapeuten könnte die Chance auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung erhöhen.

Die zweite Veranstaltung in der Reihe „Schnittstellen zwischen Prävention, Rehabilitation und Psychotherapie“ wird Verantwortliche aus Unternehmen und externe Hilfeleister zu dieser Frage zusammenbringen, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Zielgruppen der Fachtagung sind insbesondere Psychotherapeuten, Präventions- und Rehabilitationsexperten, Arbeitsmediziner, Führungskräfte und Mitarbeitervertreter. Die Fachtagung des Instituts für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege sowie der DGUV findet vom 3. bis 4. Juli 2014 in Dresden statt.

Weitere Informationen unter: www.dguv.de/iag/veranstaltungen/Weitere-Veranstaltungen/Wiedereingliederung/Wiedereingliederung.jsp

zung auf einem Arbeitsplatz, begleitet von unterstützendem Training forcieren („Supported Employment“). Dieses international erfolgreiche Modell ist dabei verwandt, aber nicht deckungsgleich mit der „Unterstützten Beschäftigung“. Gleichwohl sind andere Leistungsformen aber keineswegs verzichtbar.

Wo sehen Sie Schwierigkeiten bei der Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Arbeitswelt?

Eine erfolgreiche Beschäftigung entsteht, wenn die Anforderungen eines Arbeitsplatzes zu den individuellen Ressourcen eines Beschäftigten bzw. Bewerbers passen. Eine Reihe der benannten Leistungen setzen am Betroffenen an. Sicherlich schwie-

riger für die betriebliche Praxis ist die Frage, wie Arbeitsplätze so gestaltet werden können, dass Menschen mit (chronischer) psychischer Erkrankung ihre berufliche Leistungsfähigkeit voll entfalten können.

Eine andere Herausforderung ist die Frage: Wie schaffen wir es, psychisch kranke Menschen kontinuierlich zu begleiten, über verschiedene Schnittstellen hinweg und bis in eine neue Erwerbstätigkeit hinein. Damit verbunden ist die Herausforderung, Hilfen nicht aus einem spezifischen Leistungsbereich heraus zu denken, sondern die Person und ihre Unterstützungsbedarfe in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen. Darauf aufbauend sind dann individuell passgenaue Leistungen zu gestalten. Die Leistung muss zum Men-

schen passen, nicht umgekehrt. Das heißt dann in der Konsequenz, dass wir zukünftig auch über Teilzeitleistungen oder dauerhafte Unterstützungsformen sprechen müssen.

Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

Auch hier gäbe es Verschiedenes. Nur zwei Punkte: Weiterentwicklung bedarfsorientierter arbeitsmarktnaher Unterstützungsleistungen sowie Stärkung möglichst nahtloser, personenzentrierter Unterstützungsprozesse durch verbesserte Kooperation und Koordination der Akteure im Hilfesystem. An diesen und weiteren Punkten arbeiten wir auch gemeinsam auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

BPTK-Veranstaltung – Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Psychoonkologie

„Die psychoonkologische Versorgung ist ein unverzichtbarer Bestandteil in der Versorgung krebserkrankter Patienten“, stellte Vize-Präsidentin Monika Konitzer in ihrer Begrüßung der rund 60 Teilnehmer der BPTK-Veranstaltung „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Psychoonkologie“ fest, die am 10. Februar 2014 in Berlin stattfand. Die BPTK habe sich sowohl im Nationalen Krebsplan als auch bei der Entwicklung der S3-Leitlinie stark engagiert, viele Landespsychotherapeutenkammern arbeiteten seit Jahren auf eine bessere psychotherapeutische Versorgung krebserkrankter Patienten hin und böten hierzu z. B. Fortbildungen an.

S3-Leitlinie „Psychoonkologie“

Mit der Veröffentlichung der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ am 4. Februar 2014 liegen in Deutschland erstmals evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen auf hohem methodischen Niveau vor. Projektleiter Prof. Dr. Joachim Weis von der Universität Freiburg erläuterte, dass Krebspatienten psychoonkologische Interventionen je nach ihrem individuellen Bedarf in allen Sektoren der Versorgung sowie in allen Phasen der Erkrankung wohnortnah angeboten werden sollten. Dies setze voraus,

dass die psychischen Belastungen regelmäßig und wiederholt im Behandlungsverlauf erfasst würden.

Die Behandlung der häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen bei Krebspatienten – affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen und Suchterkrankungen – sollte gemäß den Empfehlungen der jeweiligen störungsspezifischen Leitlinien vor allem mit Psychotherapie erfolgen. Hinzu kämen Patienten mit „subsyndromalen“ Belastungen, d. h. einer hohen und behandlungsbedürftigen psychischen Belastung, die aber (noch) nicht alle Kriterien für eine psychische Erkrankung gemäß ICD erfüllten. Dazu gehörten vor allem Patienten mit einer starken Angst vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung (Progredienzangst) oder chronischer Erschöpfung (Fatigue). Auch diesen solle eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung scheitere ein solches Angebot unter anderem an den engen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie, die das Vorliegen einer psychischen Erkrankung voraussetzt. Hier bestehe deshalb dringender Anpassungs- und Veränderungsbedarf, um die Leitlinienempfehlungen umzusetzen.



Monika Konitzer

Psychoonkologie in der Praxis

Wie eine „leitliniengerechte“ psychoonkologische Behandlung in der Praxis aussehen kann, stellte Dr. Frank Schulz-Kindermann, Psychotherapeut und Leiter der Psychoonkologischen Institutsambulanz am UKE in Hamburg, dar. Dabei wurde deutlich, dass die psychotherapeutische



Dr. Klaus Lang



Dr. Frank Schulz-Kindermann



Prof. Dr. Joachim Weis

Behandlung von Krebspatienten besondere Anforderungen an Psychotherapeuten stellt. Vom ersten Schock nach der Diagnosestellung über die akute Behandlungsphase, in der vor allem der Umgang mit Angst, traumatischen körperlichen Erfahrungen und Distress im Vordergrund stehen, bis zur psychotherapeutischen Begleitung bei Rezidiven und in der Palliativ- und Sterbephase, stelle die psychotherapeutische Begleitung der Patienten (auch) eine existentielle Herausforderung für den Psychotherapeuten dar.

Psychotherapeut und Patient – Begegnung auf Augenhöhe

Wie Patienten eine Krebsdiagnose und -behandlung erleben, wurde vor allem durch ein Gespräch mit Esther R. deutlich, die mit 33 Jahren an Krebs erkrankte und von Dr. Frank Schulz-Kindermann psychoonkologisch betreut wurde. Sie habe

immer gewusst, wenn es ganz schlimm komme, habe sie in ihm einen Gesprächspartner, der sie, ihre Angst und alle anderen Gefühle aushalte. Ihre Angehörigen hätten häufig selbst mit Angst und Trauer zu kämpfen gehabt und sie deshalb nicht so wirksam unterstützen können.

Die Begegnung mit Krebspatienten finde „auf Augenhöhe“ statt, berichtete Dr. Klaus Lang, niedergelassener Psychotherapeut aus München. Der Wissensvorsprung des Therapeuten sei bei den existentiellen Fragen und Krisen einer lebensbedrohlichen Erkrankung geringer als z. B. bei der Behandlung von Depressionen, in der der Psychotherapeut als Experte für psychische Erkrankungen dem Patienten an diesem Punkt voraus sei. Hinzu komme, dass es sich bei den Ängsten z. B. hinsichtlich der Wirkung von Behandlungen, aber auch im Hinblick auf Schmerzen und Leid bei

Progredienz der Erkrankung um reale Ängste handle. Die ambulante Behandlung erfordere auch eine dosierte Selbstöffnung und Empathie des Therapeuten. Dr. Lang sprach sich dafür aus, die psychotherapeutische Unterstützung zur Bewältigung psychischer Belastungen, die infolge schwerer bzw. lebensbedrohlicher körperlicher Erkrankungen auftreten, zu Indikationen für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung zu machen. In Bayern sei es bereits gelungen, im DMP Brustkrebs Psychotherapie ohne Antrag und Kontingentierung zu verankern.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

allen neu und wieder gewählten Mitgliedern der 4. Vertreterversammlung (VV) der LPK gratulieren wir als neu gewählter Vorstand zu ihrem Wahlerfolg. Wie nach jeder Wahl gab es auch bei dieser – wenn auch nur in geringem Ausmaß – im Vergleich der Wahllisten Gewinne und Verluste und somit Veränderungen in der Zusammensetzung der VV. Die neu gewählten VV-Mitglieder sind Anfang Februar zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammengekommen, um Vorstand, Kammergremien und die Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag zu wählen.

Der Vorstand sah im Ergebnis der Kammerwahlen eine Bestätigung seiner bisherigen Arbeit und kandidierte deshalb erneut als gesamtes Vorstandsteam für die kommende, jetzt fünf Jahre dauernde Amtsperiode. In seinem Bericht und bei seiner Kandidatur zum Präsidenten betonte Dr. Dietrich Munz, dass er neben einer generellen Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung auch eine wichtige

Arbeit für die Kammer darin sehe, besonders auch auf die angemessene Versorgung benachteiligter Gruppen wie beispielsweise Menschen mit geistiger Behinderung oder Migrantinnen und Migranten und deren Kinder hinzuwirken. Die Mitgestaltung der Prävention psychischer Erkrankung in allen Lebensbereichen und für alle Altersgruppen wird nach seinen Ausführungen eine weitere Herausforderung für die Kammer sein. Die bisherigen Mitglieder des Vorstands wurden nach ihrer Vorstellung und Rückfragen durch die Delegierten von der VV wieder gewählt und bedankten sich für das entgegengebrachte Vertrauen. Der Vorstand freut sich auf die Zusammenarbeit mit den neu gewählten Mitgliedern der Kammerausschüsse, gratuliert den neu gewählten Repräsentanten unserer Kammer im Deutschen Psychotherapeutentag und dankt allen für ihre Bereitschaft, sich in den Kammergremien zu engagieren.

Ende Januar fand ein Treffen des LPK-Vorstandes mit Schulpsychologen aus Back-

ning und Tübingen statt. Dabei wurde über Möglichkeiten der Vernetzung zwischen Schulpsychologen, Beratungslehrern und der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung diskutiert.

Darüber hinaus wurden Ende 2013 mit großem Erfolg fünf regionale Fortbildungen zur „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ sowie ein Fachtag zur „Kultursensiblen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ durchgeführt, was diese beiden wichtigen Themen mehr in den Blickpunkt gerückt hat.

Für die Frühjahreszeit wünschen wir Ihnen viel Sonne und alles Gute!

Ihr Kammervorstand,

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

Kammerwahl 2013 – Ergebnisse

Die am 15.10. und 16.11.2013 erfolgte Wahl zur Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg ergab folgende Ergebnisse:

Insgesamt nahmen 2.780 von aktuell 4.770 wahlberechtigten Kammermitgliedern an der Wahl teil, was einer Beteiligung von 58,3% entspricht. 78 Stimmen waren ungültig, weil sie nach dem Stichtag eingingen, mehrere Angaben enthielten oder nicht verschlossen waren. Die Anzahl gültiger Stimmen betrug damit 2.702. Davon entfielen 2.155 Stimmen (79,8%) auf die Psychologischen Psychotherapeuten (PP), 483 (17,9%) auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und

64 Stimmen (2,4%) auf die Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA).

Die Verteilung der Sitze wurde gemäß Wahlordnung nach dem Verfahren von Saint-Lagué/Schepers ermittelt. Danach stehen den PP 33 und den KJP 7 Sitze zur Verfügung. Für die PiA war die Anzahl der Sitze gemäß § 7 Abs. 3a der Wahlordnung von vornherein auf 2 festgelegt (vgl. Tabelle).

Gesamtergebnis/Sitzverteilung

Erneut wurde das „Psychotherapeutenbündnis Baden-Württemberg“ mit einem Stimmenanteil von 41,1% und 17 Sitzen

stärkste Fraktion. Zweitstärkste Gruppe ist mit 8 Sitzen und einem Anteil von 19,7% der Stimmen die „Neue Gemeinsame Liste“ (NGL). Die Liste „VT und mehr“ (11,3%) konnte 5 Sitze erringen, die „Freie Liste“ (10,4%) sowie die Liste „Die Angestellten“ (9,8%) jeweils 4 Sitze. Auf knapp unter 5% kamen die Listen „Kompetenz und Vielfalt“ (4,3%, 2 Sitze) und die Liste „Psychotherapie in Beratungsstellen“ (4,6%, 1 Sitz). Im Vergleich zur Kammerwahl 2009 konnten die Listen „Psychotherapeutenbündnis“, „Die Angestellten“ sowie „VT und mehr“ zulegen, die Listen „NGL“, „Kompetenz und Vielfalt“, „PT in Beratungsstellen“ sowie die „Freie Liste“ hingegen verloren Stimmenan-

teile. Eine komplette Aufstellung der gewählten Vertreter sowie der Verteilung der Stimmen je Kandidat finden Sie auf www.lpk-bw.de unter Aktuelles vom 01.12.2013.

Der Vorstand dankt dem Wahlleiter RA Dr. Joachim B. Steck, dem stellvertretenden Wahlleiter RA Dr. Jan M. Heinecke und den Wahlausschuss-Mitgliedern Marita Seifer,

Hedwig Böhning, Erdmute Rödel-Störk und Bernd Ochs-Thurner sowie den Mitarbeitern der Geschäftsstelle für ihr großes Engagement bei der Wahlauszählung!

Tabelle: Übersicht Ergebnis Kammerwahl 2013

Listen	PP			KJP			PiA			Gesamt			+/-
	n	%	Sitze	n	%	Sitze	N	%	Sitze	n	%	Sitze	
PT-Bündnis BW	768	35,6	12	317	65,6	5	25	39,2	0	1110	41,1	17	+3,6
NGL	442	20,5	7	42	8,7	1	--	--	--	484	17,9	8	-2,6
PT in Beratungsstellen	99	4,6	1	26	5,4	0	--	--	--	125	4,6	1	-0,7
VT und mehr	234	10,9	4	66	13,7	1	21	32,8	1	321	11,9	6	+0,6
Freie Liste	250	11,6	4	32	6,6	0	--	--	--	282	10,4	4	-0,4
Die Angestellten	264	12,3	4	--	--	--	--	--	--	264	9,8	4	+1,0
Kompetenz u. Vielfalt	98	4,6	1	--	--	--	18	28,1	1	116	4,3	2	-1,6
Gesamt	2155	100	33	483	100	7	64	100	2	2702	100		

Legende: n = Anzahl Stimmen, % = prozentualer Anteil der jeweiligen Gesamtzahl der Stimmen, Sitze = Anzahl der Mandate in der Vertreterversammlung, -- = Liste stand nicht zur Wahl; letzte Spalte (+/-): Veränderung gegenüber Kammerwahl 2009 in %

Konstituierende Vertreterversammlung wählt Kammervorstand und Gremienvertreter – Gesamter Vorstand im Amt bestätigt

Die neu gewählte Vertreterversammlung der Kammer wählte in ihrer konstituierenden Sitzung am 08.02.2014 den neuen Kammervorstand und die Vertreterinnen und Vertreter in die Kammergremien sowie die Landesdelegierten des Deutschen Psychotherapeutentages.

Gesamter Vorstand im Amt bestätigt

Bei der Wahl des Kammervorstands wurde das gesamte bisherige Vorstandsgremium mit Dr. Dietrich Munz als Präsident, Martin Klett als Vizepräsident, Birgitt Lackus-Reitter als Rechnungsführerin und Kristiane Göpel sowie Dr. Roland Straub als Beisitzer durch die Vertreterversammlung im Amt bestätigt.

Kammerausschüsse neu gewählt

Satzungsgemäß hatte die Vertreterversammlung in ihrer konstituierenden Sitzung auch die Mitglieder der Ausschüsse zu wählen, die wie folgt besetzt wurden:

Haushaltsausschuss: Michael Reisch (Vorsitzender), Renate Hannak-Zeltner, Dr. Dieter Horch, Katharina Mayer und Ute Steglich.



Alter und neuer Vorstand (v. l. n. r.): Birgitt Lackus-Reitter, Dr. Roland Straub, Kristiane Göpel, Martin Klett und Dr. Dietrich Munz.

Berufsordnung: Trudi Raymann (Vorsitzende), Dr. Peter Baumgartner, Thomas Fröhlich, Tilman Kluttig und Carolin Knorr.

Sonja Lengning, Werner Wiegand und Dr. Jürgen Wild.

Aus-, Fort- und Weiterbildung: Mareke Brito Santos-Dodt (Vorsitzende), Serap Altuntas, Prof. Dr. Josef Bailer, Dr. Hinrich Bents, Kerstin Lutz, Günter Ruggaber, Raimund Rumpeltes, Sabine Schäfer, Isabell Visser-Ondracek, Andreas Werning und Prof. Dr. Dirk Zimmer.

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Michaela Willhauck-Fojkar (Vorsitzende), Dr. Judith Arnscheidt, Robert Braun, Thomas Feldmann-Hauptstein, Dorothea Groschwitz, Trudi Raymann, Brigitte Thüringer-Dülsen und Andreas Weber.

Qualitätssicherung: Sabine Hermann (Vorsitzende), Dr. Karen Kocherscheidt,

Ambulante Versorgung: Ulrike Böker (Vorsitzende), Dr. Jan Glasenapp, Dr. Sascha Gönner, Mathias Heinicke, Michael



Blick ins Plenum der Vertreterversammlung.

Hoffmann, Stefan Meir und Charlotte Rothenburg.

Psychotherapie in Institutionen: Dieter Schmucker (Vorsitzender), Prof. Dr. Matthi-

as Backenstrass, Ullrich Böttinger, Michael Müller-Mohnssen, Elisabeth Noeske, Heinz-Jürgen Pitzing, Lothar Schmidt und Ulrike Tuchscheerer.

Delegierte für den Deutschen Psychotherapeutentag DPT

Die Delegierten für den DPT wurden satzungsgemäß im prozentualen Stimmverhältnis des Kammerwahlergebnisses der einzelnen Wahlvorschläge (Wahllisten) von den jeweiligen Wahllisten vorgeschlagen. Folgende Delegierte wurden gewählt (persönliche Stellvertreter in Klammern): Dr. Peter Baumgartner (Sabine Hermann), Ullrich Böttinger (Ulrike Tuchscheerer), Mareke de Brito Santos-Dodt (Prof. Dr. Dirk Zimmer), Marianne Funk (Ulrike Böker), Kristiane Göpel (Dorothea Groschwitz), Martin Klett (Trudi Raymann), Birgitt Lackus-Reitter (Raimund Rumpeltes), Renate Hannak-Zeltner (Dr. Sascha Cönnner), Dr. Dietrich Munz (Dr. Daniel Weimer), Günter Rug-gaber (Dr. Angelika Neumann), Cornelia Seitz (Ute Steglich), Dr. Roland Straub (Dieter Schmucker), Michaela Willhauck-Fojkar (Sabine Schäfer), Prof. Dr. Josef Bailer (–).

Kooperationsmöglichkeiten mit Schulpsychologischen Diensten

Ende Januar fand auf Initiative von Dipl.-Psych. Annette Maierhofer, Schulpsychologische Beratungsstelle Backnang, ein Treffen von Schulpsychologen aus Backnang und Tübingen mit dem LPK-Vorstand statt. Derzeit gibt es landesweit ca. 200-230 Schulpsychologen, insbesondere nach dem Amoklauf in Winnenden wurde die seinerzeit noch im Ländervergleich unterdurchschnittliche schulpsychologische Versorgung von der Landesregierung deutlich aufgestockt. Nach kurzer Vorstellung der wichtigsten schulpsychologischen Arbeitsfelder wurde diskutiert, wie die Vernetzung zwischen Schulpsychologen einschließlich Beratungslehrern mit der v. a. ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gestärkt werden kann. Thematisiert wurden Möglichkeiten des Umgangs mit Wartezeiten und damit zusammenhängend auch des alternativen Verfahrens der Kostenerstattung. Die Schulpsychologen wünschen sich für Kinder und Jugendliche, die auffällig werden



(v. l. n. r.): Christian Dietrich, Sabine Walther, Dr. Dietrich Munz, Daniela Schwitzer, Sophie Walke, Claudia Bitzer, Annette Maierhofer, Dr. Eva Schwämmlein, Martin Klett, Kristiane Göpel und Dr. Roland Straub.

und auch motiviert sind, eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung sowie Beratung und Unterstützung bei der Psychotherapeutesuche.

Ein Beitrag zu einer Stärkung der Vernetzung wurde in der Diskussion u. a. darin gesehen, regionale Fortbildungsveranstaltungen mit

Psychotherapeuten, Schulpsychologen und Beratungslehrern durchzuführen. Hierzu wurde vereinbart, im Frühjahr/Sommer gemeinsam eine erste Veranstaltung für den Raum Backnang/Tübingen zu organisieren. Weitere Infos finden Sie demnächst auf der LPK-Homepage, im Newsletter und den kommenden Länderseiten.

Regionale Fortbildungen zur „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ im November 2013 fanden großes Interesse

Wie bereits berichtet, hatte die LPK ab März 2013 einen Arbeitskreis (AK) ins Leben geru-

fen, der sich mit der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von psy-

chisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung befasst. Auf entsprechende

Versorgungslücken wurde wiederholt aus unterschiedlicher Perspektive hingewiesen.

Fünf regionale Fortbildungen

Als eine der ersten Initiativen des AK wurden im November fünf Veranstaltungen in Stuttgart, Ravensburg, Karlsruhe, Reutlingen und Freiburg durchgeführt. Ziel der Fortbildungen war zum einen die Weitergabe von Erfahrungen und Wissen zur psychotherapeutischen Arbeit mit geistig behinderten Patienten, zum anderen sollte die Bereitschaft zur Diagnostik und Behandlung dieser Patientengruppe erkundet und diskutiert werden. In weiteren Schritten soll dann auch überprüft werden, wie sich bereits bestehende Fortbildungsangebote der Ärztekammer und der KVen besser verknüpfen lassen. Die regionalen Veranstaltungen waren alle sehr gut besucht.

Insgesamt erfolgreicher Auftakt

Trotz einzelner unvorhersehbarer Schwierigkeiten, z. B. durch Ausfall von Referenten, können alle Veranstaltungen als Erfolg gewertet werden. Dies ist auch an den überwiegend positiven Rückmeldungen abzulesen, z. B. wurden die sehr anschaulichen Fallbeispiele, die praxisnahen Inhalte und v. a. auch die Zeit zur Diskussion positiv hervorgehoben. Der Wunsch und Bedarf nach weiteren Veranstaltungen wurde durchgängig formuliert. Anregend und wichtig war vor allem auch die Expertise der angestellten Kolleginnen und Kollegen aus der Behindertenarbeit und weiterer Experten mit Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung sowie auch die Anwesenheit einiger Eltern.

Fazit und weitere Planung

Der Arbeitskreis empfiehlt, weitere Veranstaltungen als Workshops mit begrenzter Teilnehmerzahl durchzuführen, um noch mehr Austausch zu ermöglichen und wichtige Themen mit mehr Zeit vertiefen zu können. In allen regionalen Veranstaltungen konnten sich die Kolleginnen und Kollegen, die Behandlungen für Menschen mit geistiger Behinderung bereits anbieten bzw. deren Praxisadressen genannt werden dürfen, aber auch die, die sich vorstellen können, dies nun in Zukunft zu tun, in bereitliegende Listen eintragen. Diese werden bei der Kammer geführt und laufend erweitert für Nachfragen. Wir bitten alle Kolleginnen und Kollegen, die ebenfalls dazu bereit wären, sich bei der Kammer zu melden (z. B. per E-Mail an info@lpk-bw.de).

LPK-Fachtag „Kultursensiblen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“

Wie bereits in PTJ 4/2013 kurz berichtet, fand am 23.11.2013 im Stuttgarter Genohaus der LPK-Fachtag zur „Kultursensiblen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ statt. Die interessanten Vorträge sind hier zusammengefasst. Als Referenten konnten Prof. Renate Schepker (Weissenau, Ravensburg), Prof. Jan Kizilhan (Freiburg), Jürgen Heinz (Stuttgart) und Claudia Burkhardt-Mußmann (Frankfurt) gewonnen werden.

Prof. Dr. Kizilhan beschrieb in seinem Vortrag die Auflösung von herkunftsorientierten sozialen Netzwerken und die darauf folgende Veränderung der Identität von Jugendlichen der nächsten Generation, die noch immer eng mit dem Kollektiv verbunden ist. Das Gleichgewicht zwischen internaler und externaler Identifikation gestaltet sich laut Prof. Kizilhan schwierig. Er sprach hier vom transkulturellen Raum, in dem unterschiedliche kulturelle Bedeutungszuschreibungen präsent seien und gleichzeitig im Verständigungsprozess neu erschaffen und mit kultureller Bedeutung versehen werden könnten. Kizilhan beschrieb bei Menschen mit Migrationshintergrund Psychotherapie als salutogene Narration zur Biographie und Identitätsar-

beit. Durch Narration werde die Vergangenheit rekonstruiert und verdrängte und vergessene Erinnerungen würden bewusst. Der Beziehungsaufbau in der Psychotherapie sei besonders wichtig, da es hohe Abbruchquoten gebe.

Prof. Dr. Renate Schepker stellte verschiedene Definitionen von Kultur vor, z. B. Kultur als „ein gemeinsames für alle verbindliches System von bedeutungshaltigen Zeichen, die Welt und sich selbst in einer bestimmten Art wahrzunehmen, zu interpretieren und zu behandeln, wie es die eigene Gemeinschaft akzeptiert und versteht.“ Dies bedeute, dass es in der Sicht verschiedener Kulturen automatisch divergierende, sich widersprechende Wahrnehmungen, Interpretationen, Handlungsweisen und Lösungsmöglichkeiten gebe. Prof. Schepker stellte fest, dass es auch in einer therapeutischen Beziehung keine kulturfremde Beziehung gebe. Sie wies auf die Gefahren einer transkulturellen Psychotherapie hin, z. B. indem kulturspezifische Unterschiede überbetont würden und Patienten in einer bestimmten Projektion dessen, was der Therapeut meint, über sie zu wissen, fixiert werden könnten. Prof. Schepker empfahl für die Psychothera-

pie, wie Prof. Kizilhan, eine offene, fragende Haltung, eine kulturelle Bescheidenheit, Neugier und eine nicht fordernde Beziehungsperspektive, ähnlich der gleichschwebenden Aufmerksamkeit des Psychoanalytikers. Außerdem sei vor allem die Systemische Familientherapie erfolgversprechend. Der Vortrag schloss mit der positiven Sichtweise, einen Migrationshintergrund als Entwicklungsvorteil zu begreifen.

Claudia Burkhardt-Mußmann berichtete über Erfahrungen aus dem Präventionsprojekt „ERSTE SCHRITTE“ (ESP), einem Kooperationsprojekt des Sigmund Freud Instituts (SFI) und des Anna Freud Instituts (AFI), beide Frankfurt. Im Rahmen des Projekts werden zwei verschiedene Angebote während der ersten drei Lebensjahre der Kinder gemacht. Angebot A folgt einem Curriculum, das sich an der kindlichen Entwicklung in dieser Zeit orientiert. Angebot B versucht ausschließlich die selbstorganisierenden Kräfte der Familien in nicht professionell geleiteten Gruppen zu nutzen. Die Zielgruppe sind Migrantenmütter mit Kindern im Alter von 0-1,5 Jahren. Die Migration und der Umgang mit ihr sei, so Claudia Burkhardt-Mußmann, immer auch ein politisches Thema. Der frühkindliche Bereich

werde seit ungefähr zehn Jahren bildungspolitisch verschärft in den Blick genommen, wobei vor allem Bildungsverlierer fokussiert würden, z. B. Kinder mit Migrationshintergrund. Aus dem Projekt ließen sich mehrere Bedingungen ableiten: 1.) Es müsse ausreichend Zeit und Raum zur Verfügung gestellt werden. 2.) Migrationsspezifische Prozesse müssten konzeptuell verankert werden und 3.) müsse die Bereitschaft zu einer nachsuchenden Kontaktaufnahme vorhanden sein. Mütter konnten vor allem dann für ein Thema interessiert werden, wenn sie nach ihren eigenen Erfahrungen gefragt wurden.

Jürgen Heinz schlug den Bogen zur psychotherapeutischen Behandlung und berichtete über die innerpsychische Problematik der Familien mit Kindern, die Migrati-

onserfahrung haben. Er hob hervor, dass viele Migrantinnen und Migranten, die psychotherapeutische Hilfe suchen, schon vor ihrer Auswanderung traumatisiert worden seien. Oft habe die Migration, die selbst traumatisierende Elemente enthält, diese früheren Traumata überlagert, alte neurotische Bewältigungsmuster würden noch verstärkt. Für Kinder kämen zusätzlich zu den äußeren Faktoren noch entwicklungs- und phasenspezifische Probleme hinzu. Jüngere Kinder würden immer exiliert; sie könnten nicht mitentscheiden und litten dann nicht nur unter den Folgen eigener Verluste, sondern auch an den durch die Migration ausgelösten. Hinzu käme oft eine Destabilisierung der psychischen Strukturen ihrer Eltern, die ihnen dann nicht den für ihre Entwicklung notwendigen Halt geben

könnten. Die Adoleszenz hingegen sei die Phase der Trennung und Umgestaltung. Weil in Migrantenfamilien der Bildungserfolg in der Regel eine besondere Rolle spiele, gebe es, so Jürgen Heinz, einen hohen Erwartungsdruck auf die jugendlichen Kinder. Dieser Druck stehe den adoleszenten Ablösungs- und Individuationsprozessen entgegen. Kinder und Jugendliche würden (teilweise) parentifiziert, weil sie die Sprache und die sozialen Spielregeln des Aufnahmelandes schneller verinnerlichten als ihre Eltern. Jürgen Heinz schloss seinen Vortrag mit zwei Fallbeispielen.

Einen ausführlicheren Bericht sowie die Vortragsfolien der Referenten finden Sie auf www.lpk-bw.de → Fachportal → Fachbeiträge → weitere Tagungen der LPK.

Amtliche Bekanntmachung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Zweite Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 18. November 2013

Aufgrund der §§ 9, 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1 und 2 des Heilberufe-Kammergesetzes (HBKG) Baden-Württemberg in der Fassung vom 16.03.1995 (GBl. 1995, 313), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Landespflegegesetzes und anderer berufsrechtlicher Vorschriften vom 15. Juni 2010 (GBl. 2010, 427 und 431), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 12.10.2013 die folgende Satzung beschlossen:

Artikel 1 Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer

§§ 1 und 6 der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 18. Oktober 2008 (Psychotherapeutenjournal 4/2008, S. 375, Einhefter S. 2), zuletzt geändert durch die Erste Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 16. Oktober 2010 (Psychotherapeutenjournal 4/2010, S. 403, Einhefter S. 2), werden wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

Es wird nach Absatz 4 folgender neuer Absatz 5 eingefügt: *„Bei Tod eines Kammermitgliedes endet die Beitragspflicht mit Ablauf des Monats, indem der Tod eingetreten ist. Den Erben des verstorbenen Kammermitgliedes wird auf schriftlichen Antrag der überzahlte Beitrag an-*

teilig erstattet. Die Erbfolge ist auf Verlangen nachzuweisen.“

2. § 6 wird wie folgt geändert:

Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst: *„Der Beitrag kann vom Haushaltsausschuss auf schriftlichen Antrag bis zum Ablauf des jeweiligen Beitragsjahres (Ausschlussfrist) unter Vorlage entsprechender Nachweise ganz oder teilweise erlassen werden, wenn der Antragsteller das Vorliegen besonderer wirtschaftlicher oder sozialer Härten glaubhaft macht.“*

Artikel 2 Ermächtigung zur Bekanntmachung der Neufassung

Präsident und Schriftführer werden ermächtigt, den Wortlaut der Umlageordnung in der zum Zeitpunkt der Bekanntmachung geltenden Fassung mit neuer Paragraphen- und Nummerierungsfolge bekannt zu machen sowie Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

Artikel 3 Ermächtigung zur Bekanntmachung der Neufassung

Die vorstehende Satzung tritt am Tage nach ihrer Bekanntmachung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Vorstehende Satzung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg vom 14.11.2013, Az.: 3-5415.5-003/1, hiermit ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht.

Stuttgart, den 18.11.2013

*gez. Dipl.- Psych. Dr. Dietrich Munz
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer*

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

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologi- schen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten

Landesausschuss: 91 freie Psychotherapeutenplätze

Wir informieren erneut über den aktuellen Stand der Auswirkungen der veränderten Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung – und hoffen, damit beitragen zu können, dass noch weitere Kolleg/innen die einmalige Gelegenheit nutzen können, einen der jetzt noch freien Plätze zu übernehmen. Rund 190 Kolleg/innen sind in Bayern bisher mit ihrer Bewerbung auf neu ausgewiesene Plätze erfolgreich gewesen. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern hat nun Ende Januar neue Planungsblätter für die ambulante psychotherapeutische und ärztliche Versorgung festgelegt. Darin sind für Bayern in 20 Planungsbereichen insgesamt 59,5 Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeut/innen, 25 verbleibende Plätze für Psychotherapeut/innen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, sowie 6,5 mögliche Zulassungen für psychotherapeutisch tätige Ärzte und Ärztinnen aufgeführt. Im Stadtkreis Ingolstadt gibt es derzeit noch einen halben Sitz für KJP, PP oder ärztliche Psychotherapeut/innen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Freyung-Grafenau wurde als „unterversorgt“ ausgewiesen (Versorgungsgrad von 55,9%) – hier können zusätzliche Fördermittel für eine Praxisneugründung oder Lehrpraxis beantragt werden. Kammermitglieder haben sich im Rahmen der „ersten Bewerbungsrunde“ im Herbst 2013 insgesamt deutlich seltener in ländlichen Regionen oder Grenzgebieten beworben als erwartet. Wenn Sie sich auf einen der freien Plätze bewerben möchten, setzen Sie sich bitte mit den Präsenzberater/innen der KVB für die jeweiligen Bezirke und Zulassungsbereiche in Verbindung.

Planungsbereich	Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung
KR Amberg / Amberg-Sulzbach	1,5
KR Ansbach	1,0
LK Cham	3,5
LK Deggendorf	2,0
LK Dillingen	3,0
LK Dingolfing-Landau	0,5
LK Donau-Ries	0,5
LK Freyung-Grafenau	7,5
LK Günzburg	2,0
KR Hof	8,5
LK Kitzingen	0,5
LK Kronach	5,5
LK Kulmbach	1,0
KR Passau	2,0
LK Regen	6,0
LK Rottal-Inn	0,5
LK Tirschenreuth	6,0
KR Weiden i. d. Opf. / Neustadt a. d. Waldnaab	4,5
LK Weißenburg-Gunzenhausen	1,0
LK Wunsiedel i. Fichtelgebirge	2,5
Gesamt	59,5

Feststellung von Zulassungsmöglichkeiten gem. § 63 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie für Psychotherapeut/innen in Bayern. Die 20 in der Tabelle genannten Planungsbereiche gelten als offen für alle psychotherapeutischen Leistungserbringer mit Fachkunde in Richtlinienverfahren. Stand: 31.01.2014

Planungsbereich	Noch mögliche Zulassungen
LK Altötting	2,0
KR Aschaffenburg	0,5
LK Bad Kissingen	2,5
KR Bamberg	1,5
LK Bayreuth	2,5
KR Coburg	1,0
LK Eichstätt	1,0
LK Fürth	0,5
SK Ingolstadt	0,5
KR Landshut	1,0
LK Lichtenfels	2,0
LK Main-Spessart	1,0
KR Memmingen / Unterallgäu	1,0
LK Miltenberg	0,5
LK Neuburg-Schrobenhausen	0,5
LK Neumarkt i. d. Opf.	0,5
LK Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim	1,5
LK Neu-Ulm	0,5
LK Regensburg	0,5
LK Rhön-Grabfeld	2,0
KR Straubing / Straubing-Bogen	2,0
Gesamt	25,0

Im Rahmen der Mindestquote nach § 101 Abs. 4 SGB V gibt es in 21 bereits gesperrten Planungsbereichen insgesamt noch 25 mögliche Zulassungen für KJP bzw. PP oder ärztliche Psychotherapeut/innen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. KR = Kreisregion; LK = Landkreis; SK = Stadtkreis

Auswirkungen des Patientenrechtegesetzes auf die Berufspflichten – Großes Interesse der Mitglieder an Informationsveranstaltung der Kammer

Am 26.02.2013 ist das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) in Kraft getreten. Durch dieses Gesetz wurden der sog. Behandlungsvertrag in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aufgenommen und die zivilrechtlichen Rechte und Pflichten von Behandelnden und Patient/innen in § 630a bis § 630h BGB umfassend geregelt. Das BGB enthält somit nun Vorschriften zu einigen der auch in der Berufsordnung der Kammer geregelten Grundpflichten der Berufsangehörigen und legt dabei zum Teil auch über die Berufsordnung hinausgehende rechtliche Pflichten von Psychotherapeut/innen fest. Die Kammer hatte bereits im Mitglieder-

brief Ende 2012 erstmals über die Gesetzesänderung informiert. Nun bot sich in einer ersten Informationsveranstaltung am 23.11.2013 in den Räumen der Ludwig-Maximilians-Universität München die Gelegenheit, die neuen Vorschriften tiefergehend darzustellen und mit den ca. 120 Teilnehmer/innen die Auswirkungen auf die psychotherapeutische Berufsausübung zu diskutieren. Vizepräsident Bruno Waldvogel stellte einleitend politische Zielsetzungen und Hintergründe des Patientenrechtegesetzes dar. Er berichtete über den Gesetzgebungsprozess und die dabei von der Bundespsychotherapeutenkammer eingebrachten Vorschläge. Schließlich ging er auch auf potenzielle

Risiken und Nebenwirkungen des Gesetzes ein. Thomas Schmidt, Rechtsreferent der Kammer, legte den Schwerpunkt seiner Darstellung auf die in der Berufsordnung geregelten beruflichen Pflichten, welche durch die Neuerungen im Rahmen des Patientenrechtegesetzes unmittelbar betroffen sind. Dies sind insbesondere die **Informations- und Aufklärungspflicht**, das Erfordernis der **Einwilligung in die Behandlung**, die **Dokumentationspflicht** und das **Einsichtsrecht von Patient/innen in die Patientenakte**. Den Wortlaut des Patientenrechtegesetzes und die Präsentation zur Veranstaltung haben wir für Sie im Mitgliederbereich der Kammerwebsite bereitgestellt.

Nachruf auf Paul Kochenstein (geb. 22.8.1951, gest. 20.11.2013)

Dr. phil. Paul Kochenstein, Präsident des Gründungsausschusses unserer Kammer, war über viele Jahre berufspolitisch engagiert, bevor er vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit im Januar 2002 in den Gründungsausschuss der Kammer berufen wurde. Hier wurde er in der konstituierenden Sitzung am 20.02.2002 zum Vorsitzenden des vorläufigen Vorstandes gewählt und hat wesentlich den Aufbau der Kammer mitbestimmt. Er füllte sein Amt mit der gebotenen Verantwortung und großem Fleiß aus. Dabei war er stets auf Ausgleich und Pragmatismus bedacht.



Dr. phil. Paul Kochenstein, ist am 20.11.2013 gestorben. (Foto: Michael Westermann)

Am 01.10.2002 trat er aus gesundheitlichen Gründen zurück. Weggefährten beschreiben Paul Kochenstein als optimistischen und lebensbejahenden Kollegen, der bereit war, querzudenken und mit Mut

und hohem Engagement für Dinge zu kämpfen, von denen er überzeugt war. Er war u. a. Gründungsmitglied und bis 1995 Mitglied im Präsidium des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV), anschließend Landessprecher seines Verbandes in Bayern. Von 2003 bis 2007 war er als gewählter Delegierter in der ersten Wahlperiode der PTK Bayern tätig. Bitte lesen Sie den kompletten Nachruf in unserer Homepagemeldung vom 17.01.2014. Wir möchten ihm ein ehrendes Gedenken bewahren!

Kammermitglied erhält Bayerischen Gesundheitspreis

Mitte November 2013 haben die IKK classic und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zum vierten Mal den Bayerischen Gesundheitspreis verliehen. In der Kategorie „Gut versorgt in der Region“ wurde Kammermitglied Elisabeth Lamprecht aus Bad Kissingen prämiert. In Kooperation mit Bert Kowalzik, ebenfalls Mitglied in der PTK Bayern, hat sie seit 2008 im Rahmen des „Psychosomatischen Versorgungsnetzes Main-Rhön“ in der Region die Vernetzung der ambulanten und stationären psychotherapeu-

tischen und psychosomatischen Versorgung der Patient/innen vorangetrieben. Gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern gelang es ihr, die Zusammenarbeit zwischen Psychologischen Psychotherapeut/innen, Haus- und Fachärzt/innen, Krankenpflegepersonal, Psychosomatischen Kliniken, Sozialarbeitern, Beratungsstellen und sozialpsychiatrischen Diensten zu verbessern. Für die Patient/innen wurden u. a. eine offene Sprechstunde, Krisengruppen zur kurzzeitigen stationären Behandlung sowie ein gut

funktionierendes Patienten-Übergabemanagement eingerichtet. Im Rahmen der Preisverleihung lobte die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml die vorgestellten Projekte: „Die medizinische Versorgung von morgen ist modern und menschlich. Um die Herausforderungen im Gesundheitswesen zu meistern, braucht es auch Kreativität, enge Zusammenarbeit und Innovationskraft – davon profitiert letztlich der Patient.“ Die Jury hatte die Gewinner aus insgesamt 54 eingereichten Projekten ausgewählt.

Neue Arbeitsgruppe des Gesundheitsministeriums zur Zunahme psychosomatischer Betten

Der Krankenhausplanungsausschuss hat in der letzten Zeit eine erhebliche Zahl zusätzlicher Betten für psychosomatische Kliniken genehmigt. Aufgrund der damit verbundenen Kosten wurde vom bayerischen Gesundheitsministerium (StMGP) auf Wunsch des vdek (Verband der Ersatzkrankenkassen) eine neue Arbeitsgruppe eingerichtet mit dem Ziel, ambulante und stationäre Angebote für psychisch kranke Menschen in Bayern gemeinsam zu erfassen und nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. In dieser Arbeitsgruppe wirkt Nikolaus Melcop für die PTK Bayern mit. Weiterhin sind dort die maßgeblichen Institutionen und Dachorganisationen der stationären und ambulanten „psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen“ Versorgung vertreten. In der ersten

Sitzung, die von Herwig Heide (Abteilungsleiter Krankenhausversorgung im StMGP) geleitet wurde, wurden erste Einschätzungen zur Ist-Situation und zu Verbesserungsmöglichkeiten vorgenommen. Aufgrund der fehlenden Klarheit über tatsächlich vorhandene Angebote und Gründe für den permanent stark steigenden Bedarf sollen im nächsten Schritt in Zusammenarbeit mit dem Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit die vorhandenen Daten zur Beschreibung der Versorgungssituation zusammengestellt werden. Leider wurden bei der Sitzung vonseiten eines vdek-Vertreters im Zusammenhang mit Verbesserungspotenzialen eine ganze Reihe von bekannten negativen Vorurteilen gegenüber der Arbeit von Psychotherapeut/innen wiederholt (u. a. überwiegend

Behandlung leichterer Befindlichkeitsstörungen, keine angemessene Zuweisung zu Therapieverfahren, zu geringe Arbeitszeiten). Damit sollte suggeriert werden, dass hier erhebliches Verbesserungspotenzial zur Vermeidung von stationären und ambulanten Kosten liegen würde. Nikolaus Melcop wies diese Aussagen sehr deutlich zurück und forderte diesen Vertreter des vdek auf, unzutreffende Unterstellungen zu unterlassen. Er erinnerte an die Verpflichtung der Krankenkassen, nicht nur Kosteneinsparungen zu verfolgen, sondern auch die angemessene Versorgung erkrankter Versicherten zu gewährleisten. Im Anschluss an die Sitzung lud er die anwesenden Vertreter des vdek zu einem klärenden Gespräch in die Kammergeschäftsstelle ein.

Willkommen in der PTK Bayern: 6.000stes Kammermitglied begrüßt

Ende April 2013 feierte die Kammer ihr zehnjähriges Jubiläum, Anfang Dezember gab es einen weiteren Anlass zur Freude: Kammerpräsident Nikolaus Melcop und Geschäftsführer Alexander Hillers begrüßten Sandra Peukert als 6.000stes Kammermitglied. Sandra Peukert arbeitet als angestellte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in München. Sie blickt mit Freude und Span-

nung auf ihre berufliche Zukunft: „Für mich bedeutet die Approbation neben neuen spannenden Möglichkeiten, psychotherapeutisch zu arbeiten, sich auch berufspolitisch für das Berufsbild Psychotherapeutin oder Psychotherapeut und für die Psychotherapie einzusetzen.“ Im Januar 2003 hatte die Kammer knapp über 4.700 Mitglieder, seither hat sich die Zahl stetig nach oben entwickelt.



Unser 6.000stes Mitglied Sandra Peukert mit Kammerpräsident Nikolaus Melcop. (Foto: Johannes Schuster)

Mitwirkung bei regionalen Gesundheitskonferenzen

Im vergangenen Jahr hat die Kammer an regionalen Versorgungskonferenzen für die Regierungsbezirke Niederbayern, Oberbayern, Mittelfranken, Oberfranken und Unterfranken teilgenommen. Am 19.02.2014 nahm die Kammerdelegierte Micheline Geldsetzer in Regensburg an der Gesundheitskonferenz des Regierungsbezirks Oberpfalz teil. Die bayerischen regionalen Gesundheitskonferenzen gehen auf Initiativen des bayerischen Gesundheitsministeriums (StMGP) in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zurück. Im Fokus aller Konferenzen standen insbesondere die hausärztliche Versorgung und das dort schon eingetretene oder

befürchtete Fehlen von Hausarzt/innen im ländlichen Bereich. Teilweise wurde dort auch über die finanziellen Probleme kleiner Krankenhäuser gesprochen. Mitte Dezember 2013 fand in Traunstein die konstituierende Sitzung der „Regionalen Gesundheitskonferenz für die Modellregion Südostoberbayern“ statt. Auf Einladung des Landrats Hermann Steinmaßl nahmen neben Nikolaus Melcop auch Anja Gottschalk, Kammermitglied aus der Region, daran teil. Im Vorfeld der Sitzung wurde das Landratsamt schriftlich über die Situation der psychotherapeutischen Versorgung in Bayern und in der Region Südostoberbayern informiert. Bei der Veranstaltung ging es, wie auch bei den Versorgungs-

konferenzen auf Bezirksebene (s. u.), überwiegend um die vehemente Sorge in Bezug auf den fehlenden Nachwuchs bei Arzt/innen im ländlichen Bereich, insbesondere bei den Hausarzt/innen. Melcop stellte dort die Versorgungssituation im psychotherapeutischen Bereich dar und bot auch den Sachverständigen der Kammer für die weitere Arbeit der Gesundheitskonferenz an. Die Region Südostoberbayern wird vom bayerischen Gesundheitsministerium als Modellregion gefördert. Im nächsten Schritt sollen in den fünf Landkreisen der Region (Berchtesgadener Land, Traunstein, Altötting, Mühldorf und Rosenheim) Arbeitsgruppen eingerichtet werden.

Kurznachrichten

Ministerpräsident Seehofer will sich für Ausbildungsreform einsetzen

Ministerpräsident Horst Seehofer hat in einem Gespräch mit Nikolaus Melcop zur Reform der Ausbildung seine aktive Unterstützung auf Landes- und auf Bundesebene zugesagt. Im Nachgang zu dem Gespräch wiederholte er diese Zusage auch noch in Form eines offiziellen Schreibens an die Kammer.

Neujahrsempfang von Horst Seehofer

Nikolaus Melcop übermittelte Ministerpräsident Horst Seehofer am 10.01.2014 in der Münchner Residenz die Grüße der bayerischen Psychotherapeut/innen. In einem weiteren Gespräch bestätigte Gesundheitsministerin Melanie Huml, sich auf Grundlage der Koalitionsvereinbarungen im Bund weiterhin für die Ausbildungsreform einsetzen zu wollen. Am Rande hatte Melcop auch Gelegenheit zu weiteren Kontaktgesprächen mit Ministern des bayerischen Kabinetts, Politikern und weiteren Personen in Führungspositionen des Gesundheitswesens.

Melcop und Lehndorfer Mitglied im Landesgesundheitsrat

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMG) hat die Kammer gebeten, nach dem Ende der 16. Legislaturperiode des Bayerischen Landtags für die 17. Legislaturperiode ein Mitglied und ein stellvertretendes Mitglied der PTK Bayern bis 08.11.2013 vorzuschlagen. Der Vorstand benannte hierfür Nikolaus Melcop und Peter Lehndorfer. Das Plenum des Bayerischen Landtags hat den Vorschlag bestätigt.

Kammer begrüßt Neuapprobierte und Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie

Am 25.01.2014 fand in der LMU München die „Neuapprobiertenveranstaltung“ statt, zu der auch die Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie eingeladen wurden.

Rund 80 Personen nahmen daran teil. Nikolaus Melcop informierte über die Aufgaben und Struktur der Kammer, Bruno Waldvogel führte in die Regelungen zur Fortbildung und der Berufsausübung ein. In der anschließenden Diskussion konnten viele Fragen zu aktuellen bedeutenden Themen der bayerischen Psychotherapeut/innen beantwortet werden.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert bzw. an denen sie teilgenommen hat: Sitzung des Lenkungsausschusses der Baymatik am **06.12.2013**; 5. Sitzung des Beirates der Landeszentralstelle für Psychosoziale Notfallversorgung am **11.12.2013**; Berufsrechtskonferenz der Landespsychotherapeutenkammern am **10./11.01.2014**; Verleihung des Ehrenpreises des Verbandes Freier Berufe in Bayern am **28.01.2014**; BKK-Tag „Holzweg Masse? Mehr Mut zur Klasse!“ am **04.02.2014**; BPTK-Symposium „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung – Psychoonkologie“ am **10.02.2014**; Tag der seltenen Erkrankungen am **26.02.2014**.

Bevorstehende Veranstaltungen

13. Suchtforum mit dem Titel „Familie und Sucht“ in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer. 1. Termin: 02.04.2014, 13.30 bis 18.00 Uhr in München. 2. Termin: 05.12.2014 in Nürnberg.

Informationsveranstaltungen der PTK Bayern für Mitglieder („Mitglieder-Foren“): 08.05.2014 – Würzburg; 21.05.2014 – Regensburg; 26.05.2014 – Nürnberg; 05.06.2014 – München.

Rechtliche Fragestellungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen: Termin: 24.05.2014 in München.

Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung: Fortbildung mit den Schwerpunkten u. a. „Elemente des Businessplanes, Finanzierungsvoraussetzungen und Fördermöglichkeiten, rechtliche und steuerliche Fragen“. Termin: 06.06.2014, 09.45 bis 10.45 Uhr in München.

Dichtung und Wahrheit. Zur Glaubhaftigkeit von Aussagen in Psychotherapien und Begutachtungen: Termin: 28.06.2014 in München.

Psychotherapeutische Behandlung von älteren Menschen: Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. 1. Termin: 12.07.2014 in Würzburg. 2. Termin: 13.12.2014 in München.

Psychoonkologie: Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern, der KVB und dem Roman-Herzog-Krebszentrum Comprehensive Cancer Center, München. Termin: 12./13.09.2014 in München.

Psychische Störungen bei Flüchtlingskindern: Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern mit REFUGIO. Termin: 27.09.2014 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 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de, www.ptk-bayern.de



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Ein Jahr Mitgliedschaft im „Gemeinsamen Landesgremium“ in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales – Erwartungen, Enttäuschungen und Chancen –

**Michael Krenz, Präsident
Brigitte Kemper-Bürger, GF**

Seit einem Jahr gibt es im Land Berlin nun ein „Gemeinsames Landesgremium“ nach § 90a SGB V, das Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung der Berliner Bevölkerung abgibt und Stellung zum Bedarfsplan und zu Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bezieht. Damit ist dieses gesundheitspolitische Gremium, neben den formalen Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung, der zentrale Ort, um Einfluss auch auf die zukünftige qualitative und quantitative Ausgestaltung der psychotherapeutischen Versorgung in Berlin zu nehmen. Berlin gehört zu den wenigen Bundesländern, in denen die Psychotherapeutenkammer – neben Senatsverwaltung, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung (KV), Landeskrankenhausgesellschaft und Ärztekammer – stimmberechtigtes Mitglied in diesem Gremium ist. Vertreterinnen und Vertreter der Patienteninteressen und für Menschen mit Behinderung sind weitere Beteiligte an diesem Gremium.

Als letztes Jahr als erstes Thema der Bedarfsplan für Berlin innerhalb des Gremiums beraten wurde, waren die Erwartungen der Psychotherapeutenkammer hoch. Angesichts der formal ausgewiesenen Überversorgung von 186% im Planungsbezirk Berlin bestand Hoffnung, auch die Diskussion über eine adäquate Form der Bedarfsmessung nochmals zu führen:

Im Nachgang des Psychotherapeutengesetzes von 1999 wurde die damalige Anzahl an niedergelassenen Psychotherapeuten als 100% angenommen, hochgerechnet und der tatsächliche Bedarf seitdem weder wissenschaftlich noch gesundheitspolitisch hinterfragt. Hohe Wartezeiten, Schwierigkei-

ten von Patienten, eine angemessene Auswahl verschiedener psychotherapeutischer Verfahren und Psychotherapeuten vorzufinden, Unterversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen und unzureichende Versorgungskapazitäten in einzelnen Bezirken sind bis heute Konsequenzen dieser Form der Messung. Zeitgleich zu dem – von Kassen und Gesundheitspolitik geforderten – Abbau („Stilllegung“) von Praxissitzen von Psychotherapeuten beantragen zunehmend Patienten die Kostenerstattung ihrer Psychotherapie bei nicht sozialrechtlich zugelassenen Psychotherapeuten – sichtbarer Ausdruck des Versorgungsproblems.

Dennoch nehmen auch die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Senatsverwaltung diese formalen Bedarfszahlen der Bedarfsplanungsrichtlinie von 1999 als Grundlage ihrer Gesundheitsberichterstattung. Im Landesgremium ist es bis jetzt nicht gelungen, einen neuen realitätsbezogenen Bedarfsbegriff in die Diskussion einzuführen. Zu groß sind die Ängste von Kassen und KV, dass die Nachfrage nach Psychotherapie zu sehr wachsen könnte und es dann auch mehr formale Niederlassungsmöglichkeiten geben müsste.

Die Psychotherapeutenkammer Berlin bleibt bei ihrer Forderung, den realen Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten neu zu bestimmen.

Neben dem Bedarfsplan ging es in den zurückliegenden Beratungen insbesondere um die Verteilung der Behandlungskapazitäten in Berlin. Die Auswertungen der Senatsverwaltung haben gezeigt, dass in den sozial- und morbiditätsbelasteten Bezirken die geringsten Niederlassungen von Ärzten und Psychotherapeuten anzutreffen sind. Dies trifft auch insbesondere auf das Nie-

derlassungsverhalten von Psychotherapeuten zu, wo die Konzentrationen in einigen „beliebten“ Stadtvierteln um ein Vielfaches höher sind als in den unterversorgten Bezirken. Die Psychotherapeutenkammer Berlin stimmt den Forderungen des Gremiums zu, dass die Niederlassungen gleichmäßiger in Berlin verteilt sein sollen. Die Sitzvergabe über die Zulassungsausschüsse soll in den nächsten Jahren so erfolgen, dass grundsätzlich nur Umzügen als „Abwärtsbewegung“ von überversorgten in unterversorgte Stadtgebiete zugestimmt werden soll. Neben dieser Form der Zulassungssteuerung empfiehlt die PTK Berlin auch, durch zusätzliche Möglichkeiten, wie Zweitpraxen, Praxisteilung u. ä., Versorgungsmöglichkeiten in unterversorgten Bezirken zu schaffen.

Als zentrale Themen für die nächsten Sitzungen des Landesgremiums schlägt die PTK Berlin die folgenden Punkte vor:

- Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Akutversorgung und der Versorgung von chronisch psychisch kranken Patienten („Psychotherapeutische Grundversorgung“), u. a. durch die sofortige extrabudgetäre Vergütung des „Psychotherapeutischen Gesprächs“, einer bereits eingeführten, aber anhaltend unterfinanzierten Kassenleistung (EBM 2000 plus – Abrechnungsziffer 23220).
- Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in der stationären psychiatrischen Behandlung und eines patientenbezogenen, sektorenübergreifenden Entlassungsmanagements.
- Einführung der psychotherapeutischen Versorgung von älteren Menschen in Heimen.

Für die PTK Berlin liegt die Chance einer Mitarbeit im 90a-Gremium darin, eng mit den zentralen Berliner Akteuren der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik an

der zukünftigen, realen Versorgungsplanung zu arbeiten und sowohl Interessen einer patientenorientierten, psychotherapeutischen Versorgung als auch des Be-

rufsstandes der Psychotherapeuten insgesamt frühzeitig und möglichst wirksam in die gesundheitspolitische Diskussion einzubringen.

Psychologisch Psychotherapeutische Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

**Dr. Ulrike Worringer (PP),
Leitende Psychologin der Deutschen
Rentenversicherung Bund**

Psychotherapeutische Leistungen werden in allen Indikationen der medizinischen Rehabilitation erbracht. Die Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung kann aus der ärztlichen und/oder der psychologischen Diagnostik, auf Wunsch des Rehabilitanden sowie aus Hinweisen des therapeutischen Teams hervorgehen. In den somatischen Indikationen der medizinischen Rehabilitation ergibt sich der spezifische Bedarf aus Problemen im Prozess der Krankheitsverarbeitung und der psychischen Komorbidität. Ergibt sich der Verdacht auf eine Störung, die eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung erfordert, wird eine fachärztliche bzw. psychologisch-psychotherapeutische Abklärung während der Rehabilitationsmaßnahme angestrebt und/oder bei Bedarf eine entsprechende Empfehlung im ärztlichen Entlassungsbericht festgehalten. Die Erkennung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs kann hierbei durch den Einsatz eines psychologischen Screenings unterstützt werden. Psychotherapeutische Leistungen im engeren Sinne sollen in der medizinischen Rehabilitation von Psychotherapeuten erbracht werden. Bei entsprechender Indikation werden einzel- oder gruppentherapeutische Interventionen durchgeführt, deren methodisches Vorgehen an wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren ausgerichtet sein soll.

Bei der Rehabilitation von Menschen mit psychosomatischen und psychischen Störungen, einschließlich Abhängigkeitserkrankungen, bilden psychotherapeutische Interventionen den Schwerpunkt der Behandlung: Dabei werden psychodynamisch geprägte Rehabilitationskonzepte und verhaltenstherapeutische Ansätze flexibel einge-

setzt, bedarfsabhängig kombiniert und durch weitere wissenschaftlich anerkannte Verfahren ergänzt. Im Rahmen eines integrativen bio-psycho-sozialen Rehabilitationsansatzes liegt der Fokus hier vor allem im kommunikativen und interaktionellen Interventionsbereich. Ergänzend kommen übende, aktivitäts- und bewegungsfördernde, kreativtherapeutische, edukative und beratende Module sowie Entspannungsverfahren zum Einsatz. Interventionen in offenen oder geschlossenen Gruppen haben gegenüber Einzelinterventionen Vorrang. **Die traditionelle Ausrichtung an nur einem psychotherapeutischen Richtlinienverfahren wird somit zunehmend durch ein pragmatisches, an den individuellen Ressourcen und Bedürfnissen der Rehabilitanden orientiertes Vorgehen abgelöst.**

Im Anschluss an eine stationäre oder ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann eine ambulante Psychotherapie oder eine ambulante Rehabilitationsnachsorge in Betracht kommen. Die Nachsorge soll den eingetretenen Rehabilitationserfolg festigen, indem die Kompensationsstrategien und Verhaltensänderungen, die die Versicherten in der Rehabilitation erlernt haben, unter Alltagsbedingungen erprobt und verstetigt werden. Die ambulante psychosomatische Nachsorge findet als geschlossene Gruppenveranstaltung unter der Moderation eines sozialmedizinisch kompetenten Psychotherapeuten mit acht bis zehn Teilnehmern an einem festen Termin jede Woche abends über einen Zeitraum von sechs Monaten statt. Jede Sitzung dauert 90 Minuten. Ein Einzelgespräch vor der Aufnahme in die Gruppe klärt die Motivation und die Gruppentherapiefähigkeit der Patienten. Die Nachsorge wird in den Räumlichkeiten einer rehakomplementären Einrichtung durchgeführt.

Die psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen empfehlen zum Abschluss der Rehabilitation eine große Anzahl von weiterführenden Leistungen. Für über 80% der Rehabilitanden wird eine psychotherapeutische Weiterbehandlung empfohlen. Gut 10% der Rehabilitanden wird eine stufenweise Wiedereingliederung ins Erwerbsleben oder eine berufliche Rehabilitation empfohlen. Ebenfalls 10% der Versicherten wird eine psychosomatische Nachsorge oder der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe angeraten. In der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen hat die weitergehende Nachsorge zur Sicherung und zum Erhalt des Rehabilitationserfolges einen besonders hohen Stellenwert. Von den Rehabilitanden können diesbezüglich u. a. Adaptionsleistungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Selbsthilfegruppen in Anspruch genommen werden. Die ambulante Nachsorge erfolgt in Suchtberatungsstellen.

Ein Teil der psychotherapeutischen Behandlung in der medizinischen Rehabilitation wird durch Psychologische Psychotherapeuten (PP) geleistet. In der Regel werden sie in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation und in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen als Bezugs- und Gruppentherapeuten eingesetzt. In einigen Einrichtungen sind sie auch in leitender Position tätig. Durch fachliche Stellungnahmen in Fallkonferenzen und durch die Dokumentation der von ihnen durchgeführten Diagnostik und Therapie im ärztlichen Entlassungsbericht tragen PP zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei.

Viele der Rehabilitationseinrichtungen, die psychotherapeutische Behandlungen durchführen, dienen auch als Ausbildungseinrichtung für die praktische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum PP. Der an-

dere Teil der psychotherapeutischen Versorgung wird in der medizinischen Rehabilitation derzeit durch unterschiedlich qualifizierte (Fach)Ärzte, Sozialarbeiter mit suchttherapeutischer Weiterbildung, klinischen oder suchttherapeutisch qualifizierten Psychologen oder Psychologen in Ausbildung zum PP geleistet. Alle genannten Berufsgruppen sind unter der Gesamtverantwortung der ärztlichen Leitung der Re-

habilitationseinrichtung therapeutisch tätig.

In den somatischen Indikationen ist nur ein geringer Anteil der Psychologen approbiert. Viele dieser Approbationen wurden im Rahmen der Übergangsregelung des Psychotherapeutengesetzes erworben. Da altersbedingt ein Großteil dieser Personengruppe demnächst aus dem Erwerbsleben

ausscheiden wird, wird der Anteil an PP in der somatischen Rehabilitation voraussichtlich weiter sinken.

Die medizinische Rehabilitation als attraktives Arbeitsfeld für Psychotherapeuten zu gestalten, bleibt eine anhaltende Herausforderung für die Rentenversicherung.

Sozialmedizinische Fortbildungen der DRV Bund für Psychologische Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation

**Dr. Ulrike Worringer (PP),
Leitende Psychologin der Deutschen
Rentenversicherung Bund**

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung für die Rentenversicherung

Bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe sowie auf Renten wegen Erwerbsminderung ist die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben – im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung – eine wesentliche Entscheidungsgrundlage. Darüber hinaus stellt sie auch eine wichtige gutachterliche Aufgabe im Rahmen der Durchführung einer Leistung zur Teilhabe dar.

Dabei ist für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens bei psychischen und somatischen Störungen nicht die konkrete Diagnose, sondern Art, Umfang und Dauer der Symptomatik und deren Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben maßgebend. Hierbei sind vor allem die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen relevant, die einen Versicherten dauerhaft oder über einen längeren Zeitraum (mehr als sechs Monate) bei der Ausübung seiner Erwerbstätigkeit erheblich behindern. Insofern können spezielle Kontextfaktoren, wie beispielsweise die Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt, eine bestehende Arbeitslosigkeit, die „Entwöhnung“ von einer beruflichen Tätigkeit oder das Lebensalter von Versicherten (unabhängig von bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen) nicht berücksichtigt werden.

Auch das Vorliegen bestimmter Feststellungen aus anderen Rechtsgebieten (Grad der Behinderung oder der Schädigungsfol-

gen, gesetzliche Betreuung oder Unterbringung im Maßregelvollzug) bedeutet nicht zwingend eine Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung. Die Beurteilung, ob die Leistungsfähigkeit durch Rehabilitation bedeutsam gesteigert werden kann, ist ebenfalls Bestandteil jedes sozialmedizinischen Gutachtens für die Rentenversicherung.

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung unterliegt der ärztlichen Verantwortung. Sie wird zum Abschluss der medizinischen Rehabilitation im ärztlichen Entlassungsbericht festgehalten. Um alle Aspekte der Funktions- und Teilhabefähigkeit zum Ende der Rehabilitation fundiert beurteilen zu können, bedarf es einer engen fachlichen Zusammenarbeit im multidisziplinären Reha-Team. Einbezogen in die ärztliche Beurteilung werden die fachbezogenen Leistungseinschätzungen der Therapeutinnen und Therapeuten des Reha-Teams. Hierzu zählen auch die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Für den in der medizinischen Rehabilitation tätigen Arzt oder Therapeuten bedeutet dies, zugleich die Rolle des Behandlers und des Gutachters einzunehmen.

Fortbildungsangebot der DRV Bund

Seit 2013 bietet die Deutsche Rentenversicherung Bund sozialmedizinische Fortbildungen für das therapeutische Team in

der medizinischen Rehabilitation an. Ziel aller Veranstaltungen ist es, durch Qualifizierung der therapeutischen Berufsgruppen und Förderung der interdisziplinären Kommunikation die Qualität der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation zu verbessern. Referenten und Referentinnen der Fortbildungen sind sozialmedizinisch tätige Ärzte aus der Hauptverwaltung der DRV Bund und Angehörige der verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen.

Das spezifische Fortbildungsangebot für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten findet erstmals in diesem Jahr statt. Es besteht aus zwei zweitägigen Seminaren: Gegenstand des ersten Moduls sind sozialmedizinische Grundbegriffe, eine kurze Einführung in die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und deren klinische Anwendung sowie die fallbezogene Darstellung sozialmedizinischer Aspekte psychischer Störungen. Im zweiten Modul stehen die Methoden der krankheitsspezifischen Sachaufklärung, die Beschwerdenuvalidierung bzw. Konsistenzprüfung und die Ableitung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Zentrum der Fortbildung.

Die Nachfrage nach den Fortbildungsangeboten ist groß, sodass eine Weiterführung und ggf. auch Ausweitung der entsprechenden Fortbildungsangebote vonseiten der DRV Bund geplant ist.

Weiterführende Literatur zu dem Thema:

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2012). *Leitlinien für die sozialmedizinische*

sche Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Berlin: DRV Bund. www.deutsche-rentenversicherung.de

- Linden, M. & Baron, S. (2005). Das Mini-ICF Rating psychischer Störungen

(Mini-ICF-P). Das Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 44, 144-151.

Kontakt:

Dr. Ulrike Worrigen, Dez 8023, Abteilung Rehabilitation, 10704 Berlin, Tel. 030 / 82087, E-Mail: dr.ulrike.worrigen@drv-bund.de

PEPP oder Nepp?

Dipl.-Psych. Lieselotte Hesberg, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (TP)

Im Januar 2013 wurde vom Bundesgesundheitsministerium ohne Zustimmung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – und gegen den Widerstand aller Fachverbände – die Testphase eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik durchgesetzt.

Ein Jahr vor der verpflichtenden Einführung des sogenannten PEPP (Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik) sind die Stimmen der Kritik unverändert laut. An die Einführung des neuen Entgeltsystems wurden Hoffnungen geknüpft, wichtige strukturelle Verbesserungen für die Patientenversorgung zu initiieren. **Ziele des neuen Systems sollten sein: pauschalierende, leistungsgerechte Vergütung, Transparenz, Qualitätssteigerung und verursachungsgerechte Verteilung der Mittel.** Gute Ziele!

Nun, da das „lernende System“ auf seinen Kinderfüßen steht, ist die Annahme berechtigt, dass der immense Aufwand für Datensammlung und Entwicklung von Berechnungssystemen zu nichts weiter gereicht hat als zu einer Durchökonomisierung der psychiatrischen Versorgung: **PEPP, das sind diagnosebezogene Fallpauschalen mit degressiv kalkulierten Tagessätzen:**

Die Pauschalen sind diagnoseabhängig ...

- Das widerspricht den negativen Erfahrungen mit dem System diagnosebezogener Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) in der Somatik und

- der Evidenz, dass die Kosten einer psychiatrischen Behandlung sich nicht oder zumindest nur unzureichend entlang einer Diagnose kalkulieren lassen.

Die leistungsgerechte Vergütung ...

- ... wird entlang degressiv kalkulierter Tagespauschalen erfolgen. Das wiederum widerspricht dem Wissen, dass es in der psychiatrischen Behandlung fast keine Korrelation zwischen Versorgungsaufwand und Verweildauer gibt.

- ... führt zur massiven Verkürzung von Behandlungszeiten aus Kostengründen.

- ... vernachlässigt wichtige Behandlungsbausteine, wie z. B. die Kooperation mit komplementären Diensten, Eltern- und Familienarbeit.

Transparenz ...

- ... erfordert einen enormen Dokumentationsaufwand der klinischen Arbeit.

Verursachungsgerechte Verteilung der Mittel ...

- ... bedeutet konkret: Wo mehr Kosten verursacht werden, soll und wird auch mehr Geld fließen als dort, wo weniger Aufwand notwendig ist. Vermutlich ist es überflüssig, zu erwähnen, dass es sich dabei lediglich um eine Umverteilung von ohnehin sehr knapp bemessenen Ressourcen handelt und dies dazu führt, dass es lohnende und weniger lohnende Behandlungen geben wird.

Qualitätssteigerung ...

- ... kann durch das Messen des Ressourcenverbrauchs anstelle der Qualität nicht

erreicht werden. Daher werden sich betriebliche Stellschrauben auch nur auf den Ressourcenverbrauch ausrichten lassen.

„Das lernende System wird uns lehren, ökonomisch zu handeln.“

Tatsächlich wurden und werden Nachbesserungen, d. h. Differenzierungen in der Kostenermittlung vorgenommen. Weitere Differenzierungen sind möglich und sollen in den kommenden beiden Jahren, in denen das System verpflichtend aber budgetneutral (tatsächlich wird 2015 und 2016 noch nach dem alten System abgerechnet) eingeführt wird, auch Berücksichtigung finden.

Es sieht insgesamt dennoch so aus, als könne mit PEPP kaum erreicht werden, was ursprünglich geplant war: Das lernende System wird uns lehren, ökonomisch zu handeln. In der Somatik hat ein derart massiver ökonomischer Eingriff in die Behandlungsplanung von Ärzten und Therapeuten bereits vor einigen Jahren stattgefunden. Es gibt viele Gründe, daran zu zweifeln, dass das die Patientenversorgung verbessert oder Kosten senkt.

Links zum Thema:

www.psychiatrie-entgelt.de
www.dgkjp.de/aktuelles/stellungnahmen

Geschäftsstelle

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

Gesundheitliche Versorgungsplanung soll institutionalisiert werden – PKHB hält ständige Einbeziehung der Kammer für erforderlich

Der Senator für Gesundheit hat Ende 2013 einen Gesetzesentwurf vorgelegt, in dem die Möglichkeit des § 90 a, SGB V aufgegriffen wird, ein gemeinsames Landesgremium zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen einzurichten. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass dem Gremium neben den gesetzlich vorgegebenen Mitgliedern (Land, Kassenärztliche Vereinigung, Verbände der Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft) als zusätzliche Mitglieder der Magistrat der Stadt Bremerhaven und die Ärztekammer angehören. Die Psychotherapeutenkammer Bremen (PKHB) soll in Angelegenheiten, die die psychotherapeutische Versorgung und Berufsausübung betreffen, hinzugezogen werden.

Die PKHB begrüßte den Gesetzesentwurf, da sie ein solches Gremium für übergreifende Versorgungsfragen für notwendig und sehr hilfreich hält. Die Kammer betonte aber zugleich in ihrer Stellungnahme, dass sie es darüber hinaus für erforderlich hält, die PKHB als ständiges Mitglied zu berufen.

In ihrer Begründung führte sie aus: Die getroffene Regelung, die PKHB lediglich in Angelegenheiten hinzuziehen, die die psychotherapeutische Versorgung und Berufs-

ausübung betreffen, greife ihrer Auffassung nach zu kurz. Sie werde den Erfordernissen psychisch kranker Menschen in Bremen nicht gerecht. Sie verwies weiterhin auf die aktuellen epidemiologischen Daten zum Vorkommen psychischer Störungen. Zudem würden Routedaten der Krankenkassen belegen, dass es eine hohe Komorbidität von somatischen und psychischen Erkrankungen gibt. Neben der Behandlung vorrangig psychisch kranker Menschen erforderten schwere somatische Erkrankungen ebenfalls häufig psychologisch-psychotherapeutische Begleitung und Interventionen. Es wird auf onkologische, kardiologische, diabetologische und Rücken-Erkrankungen, aber auch auf den Kreis der sogenannten „seltenen Erkrankungen“ wie auch auf Patientinnen und Patienten in der Transplantationsmedizin verwiesen.

Die Versorgung psychisch kranker Menschen erfolge in stationären, teilstationären und ambulanten Settings. Darüber hinaus komme komplementären Einrichtungen, in denen psychisch kranken Menschen neben SGB-V-Leistungen vorrangig Hilfen aus dem Bereich des SGB XII angeboten werden, eine zusätzliche Bedeutung zu. Aber auch rehabilitative Leistungen zu

Lasten der Deutschen Rentenversicherung spielten bei der Versorgung psychisch kranker Menschen eine besondere Rolle. Die Mitglieder der PKHB seien in all diesen Bereichen mit ihrer Fachkompetenz tätig und brächten ihren Sachverstand in die Gremien der Kammer ein. Die Einbeziehung dieser Kompetenzen in stationäre und ambulante Aspekte der psychotherapeutischen Versorgung zu verkürzen, werde der wachsenden Bedeutung psychischer Belastungssituationen und Erkrankungen nicht gerecht.

Es wird ebenfalls auf aktuelle Diskussionen im Landespsychiatrieausschuss und seinen Arbeitsgruppen verwiesen. Es habe sich gezeigt, dass psychisch kranke Menschen einer verbesserten Versorgung bedürfen. Insbesondere gebe es Defizite in der Kooperation und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer in den stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Feldern. Das „Gemeinsame Landesgremium“ habe die Möglichkeit, wichtige Empfehlungen zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung abzugeben. Eine ständige Einbeziehung des Fachverständes der PKHB in die Arbeit des Landesgremiums sei deshalb unverzichtbar.

Psychotherapie von Psychosen Seminarreihe der Psychotherapeutenkammer stößt auf großes Interesse

Das erste Seminar des Fortbildungscurriculums der Psychotherapeutenkammer Bremen zur „Psychotherapie von Psychosen“ hat Ende Januar in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer stattgefunden. Zur Psychosenpsychotherapie auf Basis der Kognitiven Verhaltenstherapie referierte die Psychologische Psychotherapeutin Eva Heibach, die an der Universität Marburg

zum Thema geforscht hat und derzeit in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für psychologische und psychosoziale Medizin in Quakenbrück arbeitet.

Vorwiegend britische Forscher haben in den letzten 20 Jahren die Entwicklung Kognitiver Verhaltenstherapie für Wahn und Hallu-

zinationen vorangetrieben. Die Entwicklung verlief so erfolgreich, dass das britische *National Institute for Health and Clinical Excellence* mittlerweile empfiehlt, allen Patienten mit Schizophrenie Kognitive Verhaltenstherapie anzubieten. Auch in Deutschland stoßen die Ansätze inzwischen auf wachsendes Interesse und werden in der S3-Leitlinie Schizophrenie empfohlen.

Bei diesem Ansatz stellen die aus der Depressionsbehandlung bekannten kognitiven Interventionen das zentrale therapeutische Element dar. Die Erfassung der Probleme erfolgt anhand einer individuellen Problemanalyse, basierend auf der individuellen Sicht des Patienten über seine Probleme. Im weiteren Verlauf werden Positivsymptome wie Wahn und akustische Halluzinationen direkt thematisiert und behandelt. Zentrale Ideen hinter diesem therapeutischen Ansatz sind, dass nicht die ungewöhnliche und belastende paranoide Idee und Erfahrung an sich, sondern der Umgang damit den Leidensdruck und den Krankheitswert bestimmt. Somit würde der Aufbau einer funktionaleren Reaktion auf diese Erfahrungen zur Reduktion der Belastung und des Syndroms führen.

Im Seminar referierte Eva Heibach das zugrunde liegende Störungsmodell, die daraus abgeleiteten therapeutischen Verfah-

ren sowie deren Anwendung in der Praxis. Im Zentrum der Kognitiven Verhaltenstherapie von Psychosen stehen dabei der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung mit den misstrauischen beziehungsweise wahnhaften Patienten, die Arbeit mit individuellen kognitiven Erklärungsmodellen für psychotische Symptome sowie kognitive und verhaltensbasierte Techniken für Wahn und Halluzinationen. Daneben wurden der effektive Einsatz von Copingstrategien und Strategien zur Rückfallprävention sowie Interventionen für Negativsymptome vermittelt.

Einen breiteren Raum nahm die Vorstellung der Arbeit an den Wahngedanken ein. Bekannte verhaltenstherapeutische Techniken wurden von Eva Heibach in beeindruckender Weise in Verbindung mit der Therapie von Psychosen gebracht.

Die Erarbeitung eines 4-Felder-Schemas als Übersicht über die Vor- und Nachteile,

den Wahngedanken beizubehalten oder einen anderen in Erwägung zu ziehen, oder die „kognitive Umstrukturierung zum Aufbau alternativer Bewertungen von Verdachtsmomenten“ sowie die „empirische Disputation“ von Wahngedanken bis hin zu Verhaltensexperimenten führten im Vortrag zu einer beeindruckenden Darstellung der Möglichkeiten der Kognitiven Verhaltenstherapie von Psychosen.

Der Vortrag wurde am Ende von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit großem Beifall bedacht. Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens bedankte sich bei der Referentin und machte darauf aufmerksam, dass der Vortrag auf der Homepage der PKHB als Download angeboten wird.

Die Seminarreihe wird Ende Februar mit einem Vortrag zur Psychosenpsychotherapie auf der Basis psychodynamischer Konzepte fortgesetzt.

Gedankenaustausch zum Jahresauftakt

Alle Jahre wieder: Beim diesjährigen Neujahrsempfang der Kammern und KVen trafen sich Mitte Januar viele Akteure der bremischen Gesundheitspolitik zu einem lebhaften Gedankenaustausch. In Vertretung von Gesundheitssenator Hermann Schulte-Sasse sprach Peter Härtl, Staatsrat im Gesundheitsressort, über Aspekte der aktuellen Gesundheitspolitik.

Das Foto zeigt von links: Staatsrat Peter Härtl, Zahnärztekammerpräsident Dr. Wolfgang Menke, Ärztekammerpräsidentin Dr. Heidrun Gitter, den KV-Vorsitzenden Dr. Jörg Hermann, Psychotherapeutenkammerpräsident Karl Heinz Schrömgens und den Vorsitzenden der Zahnkassenärztlichen Vereinigung, Dr. Dirk Mittermeier.



Screening zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern Gesundheitsamt bezieht psychischen Status bei Schuleingangsuntersuchungen ein

Im Jahr 2011 hat das Gesundheitsamt der Stadt Bremen erstmals ein Screening im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durchgeführt, um psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern vor ihrer Einschulung festzustellen. In einem Gespräch mit

Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens und Hilke Schröder, Vertreterin der PKHB im kinder- und jugendpsychiatrischen Ausschuss der Stadt, stellte Anfang Januar Dr. Eberhard Zimmermann, Leiter des Gesundheitsamtes, die bisherigen Ergebnis-

se dar. Am Gespräch nahmen ebenfalls Frau Dr. Sappa, Referatsleiterin im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, und Frau Dr. Wagner, Leiterin der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz (KIPSY), teil.

Dieses Screening sei zu Beginn bundesweit einmalig gewesen. Inzwischen seien auch andere Bundesländer dem Beispiel gefolgt. Eingesetzt wurde für das Screening der SDQ-Fragebogen (*Strengths and Difficulties Questionnaire*), der sich durch Einfachheit und Zuverlässigkeit auszeichnet. Als Ziele dieses Einsatzes bei Schulanfängern benannte Dr. Zimmermann zum einen die Erkennung und Behandlung psychischer Störungen zur Sicherung von Lernerfolg, zum anderen aber auch, Daten zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten zu erhalten. Darüber hinaus sollen Erkenntnisse über Risiken und Schutzfaktoren für die seelische Gesundheit gesammelt und Evaluationen von Fördermaßnahmen und Behandlungen im Vorschulalter ermöglicht werden. Entwickelt wurde dieses Screening in enger Abstimmung und Kooperation mit dem Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen.

Im Jahr 2011 und 2012 nahmen jeweils knapp über 90 Prozent der befragten Eltern an dem Screening teil. Einbezogen waren jeweils rund 4.200 Schulanfänger. Im Gesamtergebnis der Auswertung der verschiedenen Skalen des Fragebogens ergaben sich psychische Auffälligkeiten in 2011 bei 19,1 Prozent und in 2012 bei 17,2 Prozent der einbezogenen Kinder. Der Amtsleiter betonte, dass Maßnahmen des Amtes nur dann eingeleitet wurden, wenn die jeweilige Auffälligkeit seit mindestens sechs Monaten und in unterschiedlichen Situationen beobachtet worden war, bei mehr als einer Bezugsperson auftrat und beim Kind oder seinen Bezugspersonen Leidensdruck hervorgerufen habe. Die sei mittels standardisierter Nachfragen wäh-

rend der Untersuchung geklärt worden. Für das Jahr 2012 waren bei mehr als der Hälfte (57,7 Prozent) der auffälligen Kinder weitere Maßnahmen nicht indiziert. Da 14,1 Prozent dieser Kinder schon in Behandlung waren, konnte auch dort auf weitere Schritte verzichtet werden. Bei 26,6 Prozent (absolut 179 Kinder) wurde eine Überweisung zur Diagnostik ausgesprochen. Wegen des Verdachts auf eine psychosoziale Entwicklungsstörung bekamen die Bezugspersonen dieser Kinder eine „Verweisung“ zur Diagnostik und gegebenenfalls Therapie. Nach Aussage von Dr. Zimmermann wurden Eltern auf die niedergelassenen Kinderpsychiater bzw. Kinderpsychotherapeuten verwiesen, ihnen aber auch das Angebot gemacht, sich an die Hochschulambulanz für Kinder zu wenden, da dort innerhalb von acht Wochen eine diagnostische Untersuchung sichergestellt werden würde.

Vonseiten der PKHB wurde im Gespräch problematisiert, dass ihrer Kenntnis nach sowohl bei den Kinderpsychiatern als auch bei den Kinderpsychotherapeuten in den zurückliegenden Jahren anscheinend nie Eltern mit einer Verweisung des Gesundheitsamtes vorstellig geworden waren. Es sei zu vermuten, dass die unspezifische Verweisung auf den niedergelassenen Bereich und die sehr spezifische Verweisung auf die Hochschulambulanz zu einer weitgehend ausschließlichen Inanspruchnahme der Hochschuleinrichtung geführt habe. Dies werde auch deshalb als problematisch angesehen, weil der Kinderbereich der Hochschulambulanz wiederholt in die Kritik geraten war, da dort nur sehr unzureichend psychotherapeutische Kompetenz vorgehalten werde.

Die PKHB bot an, dem Gesundheitsamt eine genaue Liste von Kammerangehörigen zur Verfügung zu stellen, die eine soziale Qualifikation zur Behandlung von Kindern besitzen, unterschieden nach den gegenwärtigen Behandlungsverfahren. Sie werde sich auch bei ihren Mitgliedern dafür einsetzen, dass die vom Gesundheitsamt gewünschte Rückmeldung über Diagnose und weitere eingeleitete Behandlungsmaßnahmen vorgenommen werde, sofern eine Einverständniserklärung dafür vorliege.

Im Ergebnis des Gespräches wurde folgende Verabredung getroffen:

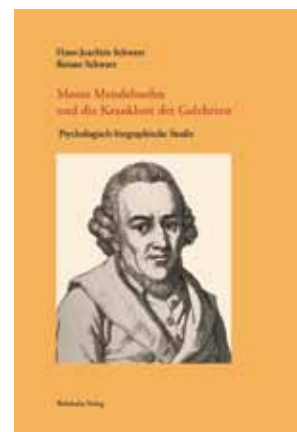
- Die PKHB stellt zeitnah dem Gesundheitsamt eine Liste aller qualifizierten Behandler, die eine Kassenzulassung besitzen, zur Verfügung, aus denen neben den Kontaktdaten auch die Therapieverfahren hervorgehen.
- Das Gesundheitsamt sichert zu, den Eltern zukünftig diese Liste zusammen mit einer Liste der bremischen Kinderpsychiater und dem Verweisungsbogen zu überreichen.
- Die PKHB informiert die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über das SDQ-Screening bei den Schuleingangsuntersuchungen und den Verweisungsbogen und wirbt dafür, diesen Kindern zeitnah eine vertiefte Diagnostik anzubieten und – wenn erforderlich – Behandlungsangebote zu unterbreiten. Ebenfalls wirbt sie dafür, die Rückmeldungen, wie im Verweisungsbogen vorgesehen, an das Gesundheitsamt weiterzuleiten.

Was kommt nach der Psychotherapeutentätigkeit?

Hans-Joachim Schwarz und seine Frau Renate haben vor wenigen Wochen ein bemerkens- und lesenswertes Buch veröffentlicht. Schwarz war Jahrzehnte als Psychotherapeut tätig und lange Zeit Präsident des Deutschen Psychotherapeutenverbandes, der heutigen Psychotherapeutenvereinigung. Für sein berufspolitisches Engagement – u. a. im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes – wurde er 2009 mit dem Diotima-Ehrenpreis ausgezeichnet.

Darüber hinaus ist er auch als Maler bekannt (u. a. Ausstellung in der KV Bremen).

Die Wissenschaftliche Studie „Moses Mendelssohn und die Krankheit der Gelehrten“ ist eine psychologisch-biographische Arbeit. Hans-Joachim Schwarz ist für dieses Thema besonders prädestiniert, da er direkter Nachkomme von Moses Mendelssohn, dem berühmten Philosophen und jüdischen Aufklärer, ist. In dem Buch wird durch



die psychologische Herangehensweise unter Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Aspekte eine neue Sichtweise auf das Krankheitsgeschehen und den frühen Tod Moses Mendelssohns (1729 – 1786), dem Vater des bekannten Komponisten Felix Mendelssohn-Bartholdy, entwickelt.

Einfühlsam folgen Schwarz und seine Frau dem Lebenslauf dieses außergewöhnlichen Menschen und stellen die aus seiner Biographie und aus seinen äußeren Lebensumständen miteinander interagierenden Faktoren zusammen, die schließlich zu sei-

ner psychischen Erkrankung und zu seinem Tod führten. Beeindruckend ist, wie dabei verhaltenstherapeutische Grundüberlegungen zu einer biographischen Rekonstruktion genutzt worden sind.

Hans Schindler

Die Kammer lädt neue Mitglieder ein Vorstand möchte über Aufgaben und Ziele der Kammer informieren

Vor zwei Jahren hat der Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer erstmals seit ihrem Bestehen neue Kammermitglieder der vergangenen zwei Jahre zu einer kleinen Kennenlern-Feier eingeladen. Von den insgesamt 35 neuen Mitgliedern der Jahre 2011 und 2012 waren insgesamt neun „Neue“ dieser Einladung gefolgt. Die Veranstaltung war aus Sicht der Gäste und des Vorstandes so interessant und er-

kenntnisreich, dass sich der Kammervorstand vor zwei Jahren entschloss, diese Form der Einladung an neue Mitglieder alle zwei Jahre zu wiederholen. Einerseits konnten die Vorstandsmitglieder über ihre Aufgaben und Ziele berichten, andererseits die neuen Mitglieder ihre Wünsche und Erwartungen an den Vorstand formulieren. Das persönliche Kennenlernen war darüber hinaus ein Gewinn für beide Seiten.

Am 25. Juni 2014 lädt der Vorstand nunmehr zum zweiten Mal alle neuen Mitglieder ein. Diesmal handelt es sich um die Jahre 2013 und 2014. Das Treffen findet um 20 Uhr in der Bremer Psychotherapeutenkammer, Hollerallee 22, statt. Alle „Neuen“ bekommen eine schriftliche Einladung.

Modellprojekt zur besseren Versorgung psychisch kranker Menschen in Bremerhaven – PKHB hält Einbeziehung von Psychotherapie für unverzichtbar

Ende Februar fand im „Zentrum für seelische Gesundheit“ auf Einladung der PKHB die diesjährige Psychotherapeutenversammlung Bremerhaven statt. Traditionell waren auch die ärztlichen Psychotherapeuten als Gäste eingeladen. Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens führte in das oben genannte Thema ein. Anschließend stellten Dr. Heiko Heißenbüttel, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, und Prof. Dr. Uwe Gonther, Chefarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reinkenheide, die Versorgungssituation aus ihrer Perspektive dar. Herr Schrömgens sprach insbesondere bei der Behandlung von psychisch kranken Menschen mit komplexem Leistungsbedarf die ungenügende Einbeziehung psychotherapeutischer Kompetenz an. Zwar wür-

den alle gängigen Leitlinien dies empfehlen, doch fände Psychotherapie in der Realität weder im stationären Feld noch in der vertragspsychotherapeutischen Behandlung in ausreichendem Maße statt. Dies läge nicht nur an den Psychotherapeuten, die die Möglichkeit der Behandlung beispielsweise von psychotischen Patienten nur in geringem Umfang nutzen würden, sondern auch an den zuweisenden Systemen, die immer noch davon ausgingen, dass diese Patientengruppe von Psychotherapie nicht hinreichend profitieren könnten.

Das zeige sich auch in der Umsetzungsplanung des gegenwärtig diskutierten Modellprojektes zur Reform der Psychiatrie in Bremerhaven.

Herr Gonther betonte in seinem Statement, wie wichtig ihm die Einbeziehung der Psychotherapie sei und wie sehr ihm an einer guten Kooperation mit den psychotherapeutischen Leistungserbringern gelegen sei. Die ungenügende Benennung von psychotherapeutischer Kompetenz im Modellprojekt ließe sich korrigieren. Herr Heißenbüttel forderte in seinem Beitrag dazu auf, dass Psychotherapeuten helfen sollten, schneller zu versorgen und den Erstzugang zur Psychotherapie zu beschleunigen.

In der anschließenden Diskussion erklärten sich anwesende psychologische und ärztliche Psychotherapeuten bereit, im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVHB in den Arbeitsgruppen des Projekts mitzuarbeiten.

Redaktion Bremer Kammerseiten

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

Gesundheitsbehörde legt Morbiditätsatlas für Hamburg vor*)

Von Prof. Dr. Rainer Richter, Psychologischer Psychotherapeut, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz hat im Dezember 2013 mit dem Hamburger Morbiditätsatlas erstmals ein Gutachten zum kleinräumigen Versorgungsbedarf in Hamburg vorgelegt. Das Gutachten wurde vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Heranziehung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg erstellt. Im Rahmen des Morbiditätsatlas Hamburg wurde untersucht, wie sich in der Bevölkerung mit gesetzlicher Krankenversicherung der Bedarf an vertragsärztlicher Versorgung zwischen den 104 Stadtteilen Hamburgs unterscheidet. Dabei wurden fünf sog. „Volkskrankheiten“ (Diabetes, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Demenz und Depression) und eine Reihe weiterer Leitdiagnosen für 14 Bedarfplanungsfachgruppen untersucht. Als spezifisch wurde analysiert,

- wie viele Versicherte in den einzelnen Stadtteilen wegen bestimmter Erkrankungen behandelt wurden,
- in welchem Umfang die Versicherten durch niedergelassene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten versorgt wurden und
- wie häufig Krankenhausfälle in den einzelnen Stadtteilen vorkommen. Untersucht wurde auch, ob die zwischen den Stadtteilen gefundenen Unterschiede in der Inanspruchnahme mit der sozialen Lage der Stadtteile (z. B. Arbeitslosenquote, Durchschnittseinkommen) zusammenhängen.

Ziel war die Identifizierung spezifischer regionaler Versorgungsbedarfe – z. B. Stadtteile mit einem hohen Prozentsatz chronisch Kranker. Diese Informationen sollen

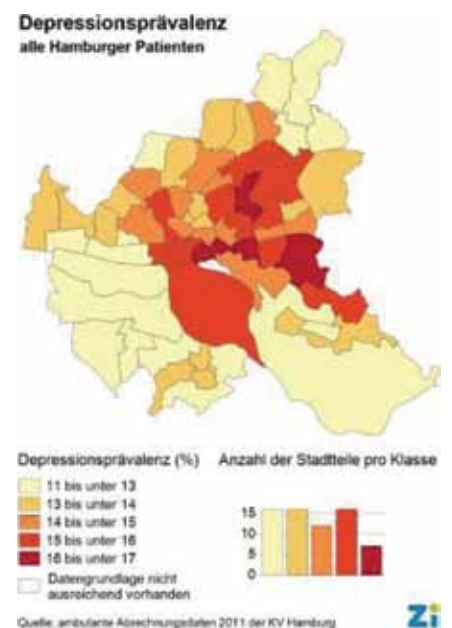
dann im Rahmen der Landeskonferenz nach § 90a SGB V bei Anregungen und Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung und Entwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden. Seitens der Gesundheitsbehörde bestehen dabei Bestrebungen, die bisherige Bedarfsplanung in Richtung einer sozialräumlichen – und damit kleinräumigen – Bedarfsplanung weiterzuentwickeln. Grundlage einer solchen Planung sind sog. „Sozialindikatoren“ wie u. a. Einkommen, Bildung, Geschlecht, Alter und Familienstand. Anhand dieser Indikatoren werden Regionen innerhalb Hamburgs mit annähernd gleicher Sozialstruktur identifiziert und sowohl Versorgungsbedarf (Inanspruchnahme) als auch das Versorgungsangebot als Grundlage der Bedarfsplanung erfasst. Die Regionen sind dabei nicht mehr an Stadtteil- oder Bezirksgrenzen gekoppelt.

Mit dem Hamburger Morbiditätsatlas konnten bereits einige Aussagen zur Qualität der Versorgung in Hamburg getroffen werden. So ergibt sich in Stadtteilen mit einer hohen sozialen Belastung eine erhöhte Krankheitsbelastung bei einem gleichzeitig geringeren Angebot an Fachärzten und Psychotherapeuten. Ein weiteres Ergebnis ist, dass eine Unterversorgung mit Fachärzten und Psychotherapeuten mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Hausärzten und vor allem stationären Leistungen verbunden ist.

Für den Bereich der psychotherapeutischen Leistungen im Zusammenhang mit der Volkskrankheit „Depression“ zeigt sich ebenfalls eine deutlich unterschiedliche Inanspruchnahme von Psychotherapie zwischen Stadtteilen mit hoher und geringer sozialer Belastung. Dabei fällt auf, dass in Stadtteilen mit geringerer sozialer Belastung – wie z. B. in Eimsbüttel oder Eppendorf – die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen höher war als in sozial benachteiligten

Stadtteilen. Da die Inanspruchnahme von Leistungen jedoch bezogen auf den Wohnort des Versicherten und nicht auf den Ort der Leistungserbringung (Behandlerpraxis) erhoben worden ist, besteht hier die Gefahr der Fehlinterpretation. Sicher kann man jedoch sagen, dass die Verteilung der Psychotherapeuten in Hamburg ungleichmäßig ist, mit einer Konzentration auf die Stadtteile im sog. „Kerngebiet“ Hamburgs. Die Randbereiche, in denen die Studie eine geringe Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen ergeben hat, sind deutlich schlechter versorgt. Dies legt auch vor dem Hintergrund unserer Daten zur Wartezeit nach Stadtteilen die plausible Vermutung nahe, dass ein geringeres Versorgungsangebot auch zu einer geringeren Inanspruchnahme im ambulanten Bereich führt – und damit zu einer schlechteren Gesundheitsversorgung von sozial belasteten Personen und einer erhöhten Inanspruchnahme stationärer Leistungen.

Die bisherigen Ergebnisse aus dem Morbiditätsatlas ergeben zusammen mit den Überlegungen der Gesundheitspolitik zur



Einführung einer sozialräumlichen Bedarfsplanung Chancen für eine deutliche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in sozial schwachen Regionen Hamburgs. Die Psychotherapeutenkammer Hamburg wird als Mitglied der Landeskongress Versorgung (nach § 90 a

SGB V) auf eine solche Verbesserung drängen. In einem weiteren Untersuchungsschritt erscheint es zudem dringend geboten, die sog. „Patientenwanderungen“ in die Überlegungen mit einzubeziehen. Dahinter verbirgt sich die Erfassung der in Anspruch genommenen Be-

handlung nicht am Wohnort des Patienten, sondern am Ort des Behandlers. Hierdurch können Präferenzen der Patienten mit einbezogen werden – so z. B. der Wunsch, einen Behandler in der Nähe der Arbeitsstätte und nicht in Wohnortnähe aufzusuchen.

Arbeitskreis „Psychotherapie und Migration“ mit großem Erfolg angelaufen*

Von Bettina Nock, Psychologische Psychotherapeutin, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg

In seinem Buch „Zeichen“ (1977) entwirft Umberto Eco, der große Semiotiker, folgende Episode, die ich hier leicht verändert wiedergebe: Signore Sigma, ein Italiener aus Rom, bekommt bei einem Aufenthalt in Paris plötzlich „Beschwerden im Bauch“. Er horcht in sich hinein und versucht, diese unerwartete und unangenehme Empfindung zu bestimmen; er entscheidet, dass diese Empfindung mit seiner Mahlzeit in einem Restaurant am Vorabend zu tun habe und benennt sie entsprechend. Er vereinbart telefonisch einen Termin mit einem Arzt, den er sich zuvor im Pariser Telefonbuch herausgesucht hat, in der Hoffnung, dieser Arzt könne eine Linderung der Beschwerden herbeiführen. „J'ai mal au ventre“ (ich habe Bauchweh) sagt Signore Sigma mit seinem italienischen Akzent zu dem Arzt. Der Arzt hört die Worte, möchte sich aber auf diese Worte nicht verlassen, denn als Arzt hat er andere Vorstellungen und Worte über das, was Signore Sigma plagt. Außerdem bezweifelt er Sigmas Französischkenntnisse. Sigma sagt „ventre“ (Bauch), meint aber vielleicht „foie“ (Leber) oder „coeur“ (Herz) oder „estomac“ (Magen)? Er untersucht ihn also und folgert aus den aufgrund seiner fachlichen Erfahrung feststellbaren Symptomen das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung, wobei er weiß, dass gleiche Symptome auch verschiedene Krankheiten bedeuten können. Gleichzeitig meint er zu wissen, dass Italiener gern und regelmäßig Rotwein trinken. Zum großen Erstaunen von Signore Sigma stellt der Arzt schließlich fest, dass der Signore wohl gern ein Gläschen zu viel trinke – und empfiehlt Enthaltensamkeit ...

Wir leben in einer Einwanderungsgesellschaft, d. h. ein wachsender Teil der Bevölkerung entstammt einem anderen soziokulturellen und sprachlichen Hintergrund. Ihre Migration konfrontiert die betroffenen Menschen und Familien mit den kulturellen Werten und Standards des Einwanderungslandes. Und doch bleibt in ihnen ein lebenslanges Zugehörigkeitsgefühl zu ihrer Herkunftskultur. Kultur ist ein von den Menschen einer Gruppe gemachtes Konstrukt von Werten, Handlungsregeln und Artefakten. Der Ethnologe Clifford Geertz nennt es ein Bedeutungsgewebe, mit dessen Hilfe sich diese Menschen von anderen Gemeinschaften abgrenzen, indem sie bestimmten Zeichen eine Bedeutung geben, die nur von den Angehörigen ihrer eigenen Gruppe verstanden wird. Kultur entsteht demnach als Ergebnis eines sozialen Diskurses um diese Bedeutungen und wird im Lauf der Zeit immer wieder neu ausgehandelt. Diese Erkenntnisse haben auch die Psychotherapie erreicht, die selbst auf der Grundlage eines kulturspezifischen (euro-amerikanischen) Menschenbildes und Körper-Seele-Konzepts entstanden ist.

Kulturspezifische Körper-Seelen-Konzepte und Krankheitserklärungsmodelle; Emotionen und deren Ausdrucksformen im Kulturvergleich; die Erforschung eigener Vorurteile und die kritische Reflexion eigener Fremd- und Nähe-Erfahrungen; die Stärkung interkultureller Kompetenzen; die speziellen Herangehensweisen einer kultursensiblen Psychotherapie; die Bedeutung fremd- und muttersprachlicher Kompetenz; die psychosoziale Situation von Migrantinnen und Migranten; die psychotherapeutische Versorgungslage für diese Zielgruppe in Hamburg; Vernetzung und Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Organisationen der Migranten- und Flüchtlingsarbeit – auf diese und weitere Themen haben sich die

Teilnehmerinnen des AK „Psychotherapie und Migration“ bei ihrer Eingangsdiskussion für ihre regelmäßigen Treffen geeinigt. In den folgenden Sitzungen wurde ein Forschungsprojekt zu Leitlinien interkultureller Kompetenztrainings am UKE vorgestellt, und Kolleginnen und Kollegen berichteten von ihren Arbeitsplätzen in der Flüchtlingshilfe, in psychiatrischen Einrichtungen und in der Beratung.

Der im April 2013 gegründete Arbeitskreis hat bei seinen bisherigen drei Sitzungen großen Zuspruch gefunden. Eine Gruppe von 20 bis 25 Kolleginnen und Kollegen trifft sich in leicht wechselnder Besetzung, um sich über ausgewählte Themen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Migrantinnen und Migranten auszutauschen. Ablauf und Themengestaltung der Sitzungen werden gemeinschaftlich vereinbart. Jede/r kann sich mit eigenen Ideen und Aktivitäten einbringen. Viele der Teilnehmerinnen des AK haben selbst eine „Migrationsgeschichte“ und eine nicht deutsche Muttersprache. Auch das macht diesen AK zu etwas Besonderem. Die Idee zu einem solchen Arbeitskreis ergab sich im Rahmen eines Workshops beim 4. Hamburger Psychotherapeutentag, als die Kolleginnen in einer Diskussion feststellten, dass regelmäßiger Austausch, gegenseitige fachliche Information und kollegiale Vernetzung für alle, die mit der Behandlung von Migrantinnen in ihrer täglichen Arbeit befasst sind, notwendig und sinnvoll sei. Der AK tagt einmal im Quartal jeweils an einem Mittwochabend von 19.30 bis 22.00 Uhr in den Räumen der PTK-Hamburg. Die genauen Termine werden in der Gruppe abgesprochen. Der AK ist offen für alle interessierten Kammermitglieder. Das nächste Treffen findet am Mittwoch, 26.3.2014 im Konferenzraum der Geschäftsstelle statt.

Empfang für neu approbierte Mitglieder am 27.11.2013

Von Heike Peper, Psychologische Psychotherapeutin, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Kammer hatte im November 2013 alle neu approbierten Kammermitglieder eingeladen und mehr als 40 Kolleginnen und Kollegen waren der Einladung gefolgt. In der Geschäftsstelle der Kammer wurden sie begrüßt von der Vizepräsidentin Gabriela Küll sowie den beiden Vorstandsmitgliedern Bettina Nock und Heike Peper.

Um dem breit gefächerten Informationsbedarf der neu approbierten Kolleginnen und Kollegen gerecht zu werden, konnten sich diese im weiteren Verlauf des Abends vertieft zu verschiedenen Themenschwer-

punkten informieren und austauschen. Gabriela Küll stand für Fragen der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zur Verfügung, Bettina Nock war Ansprechpartnerin zu Fragen des Berufsrechts und der Berufsordnung und Heike Peper gab Erläuterungen zu Strukturen, Gremien und Aufgaben der Kammer. Außerdem stand Dr. Thomas Bonnekamp, Vorsitzender des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung, für Auskünfte zu den Themen Fortbildung und Weiterbildung bereit. Auch Geschäftsführer Thomas Grabenkamp und die Mitarbeiterinnen Yase-min Cicek und Desirée May wurden zu Rechten und Pflichten der Mitgliedschaft und zu den Beratungs- und Serviceangeboten der Kammer intensiv befragt. Doch

nicht nur Fragen der neuen Mitglieder sollten beantwortet werden, sondern Vorstand und MitarbeiterInnen waren auch neugierig auf die berufsbezogenen Erfahrungen und Meinungen der jungen Kolleginnen und Kollegen und besonders auf deren Wünsche an „ihre“ Kammer. So bildeten sich in allen Räumen der Geschäftsstelle kleine Gruppen, in denen angeregt diskutiert wurde. Da mit einem Buffet und Getränken auch für das leibliche Wohl gesorgt war, entwickelte sich ein entspannter und zugleich munterer Abend, an dem sich erst zu späterer Stunde die letzten Gäste verabschiedeten. Aus den positiven Rückmeldungen wurde klar, dass ein solcher Empfang zu einer regelmäßigen Einrichtung werden sollte.

Fragen an den Fort- und Weiterbildungsausschuss*)

Von Torsten Michels, Psychologischer Psychotherapeut, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Der Fort- und Weiterbildungsausschuss der Kammer ist einer der Ausschüsse, dessen Arbeit die allermeisten Kammermitglieder stärker betrifft, als dies bekannt ist. Daher möchten wir an dieser Stelle den Vorsitzenden des kurz „Fobi-Ausschuss“ genannten Ausschusses, Dr. Thomas Bonnekamp, mit ein paar Erläuterungen zur Ausschussarbeit zu Wort kommen lassen.

Frage: Was genau ist die Aufgabe des Fort- und Weiterbildungsausschusses?

Dr. Bonnekamp: Der Fort- und Weiterbildungsausschuss akkreditiert Fortbildungsveranstaltungen auf Antrag von Veranstaltern im Auftrag der Hamburger Psychotherapeutenkammer. Eingehende Anträge werden zeitnah nach folgenden Kriterien geprüft:

- Wissenschaftliche Begründetheit,
- Relevanz für die psychotherapeutische Praxis,
- Qualität der Fortbildungsmethoden,
- Referentenqualifikation,
- Qualifikation von Referenten und/oder Supervisoren Anlage 4,

- Evaluationsqualität.

Im begründeten Ausnahmefall kann der Ausschuss von Kammermitgliedern eingereichte Teilnahmebescheinigungen von nicht akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen als absolvierte Fortbildung bescheinigen, wenn sie den Kriterien der Fortbildungsordnung genügen.

Warum hat die Psychotherapeutenkammer Hamburg einen solchen Ausschuss eingesetzt?

Die Psychotherapeutenkammer ist als Institution öffentlichen Rechts verpflichtet, die im § 30 Absatz 1 des Heilberufe Kammergesetzes geforderte Fortbildung zu regeln. Für diese Aufgabe wurde ein Fort- und Weiterbildungsausschuss eingesetzt und – schon mithilfe des Ausschusses – eine Fortbildungsordnung erstellt. Auf deren Grundlage entscheidet der Ausschuss und bietet den Kammermitgliedern damit die Grundlage für den Nachweis der Erfüllung ihrer gesetzlichen Fortbildungsaufgaben.

Wie oft trifft sich der Ausschuss, wie ist er zusammengesetzt und wie viele Anträge werden im Jahr behandelt? Wie werden die Anträge bearbeitet?

Die Sitzungen des „Fobi-Ausschusses“ finden etwa monatlich statt, nachdem ein diensthabendes Zweierteam die laufenden Anträge vorgeprüft hat. Dieses Team ist aus Gründen der Neutralität wann immer möglich mit Vertretern unterschiedlicher Psychotherapieverfahren besetzt. Strittige Fragen werden im Ausschuss eingehend beraten und entschieden. Das Volumen der im Ausschuss zu beratenden Anträge beläuft sich jährlich auf mehr als 400 Eingaben.

Wann wird der Ausschuss aktiv? Wer muss/kann sich an sie wenden?

Die Psychotherapeutenkammer übergibt dem Fobi-Ausschuss von Veranstaltern und Kammermitgliedern eingegangene Anträge auf Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen zur Prüfung. Darüber hinaus kann der Ausschuss auch ihm aufgetragene Sonderaufgaben übernehmen; zuletzt die Vorbereitung der Erstellung einer gesetzlich geforderten Weiterbildungsordnung Neuropsychologie.

Muss ein Antragsteller einen bestimmten Weg einhalten, um Kontakt mit dem Ausschuss aufzunehmen? Wie ist das Prozedere?

Der Fort- und Weiterbildungsausschuss ist ein beratendes Gremium des Vorstands der Psychotherapeutenkammer, der wiederum im Auftrag der Delegiertenversammlung im Dienste aller Kammermitglieder seine gesetzlichen Pflichten erfüllt. Anträge auf Akkreditierung von Veranstaltungen müssen der auf der Homepage beschriebenen, der Fortbildungsordnung entsprechenden Form genügen und die dort geforderten Angaben z. B. zu Inhalt, Dauer, Zielgruppe und Referentenqualifikation enthalten. Sowohl für den Ausschuss als auch für die Geschäftsstelle ist es hilfreich, wenn die Anträge direkt über die Homepage gestellt werden. Das spart Arbeitsaufwand und damit Kosten für alle Mitglieder.

Erkennen Sie eine Zunahme an bestimmten Antragsthemen? Haben sich die Aufgaben des Ausschusses im Laufe des Bestehens der PTK Hamburg verändert?

In der Gründungszeit der Kammer war der Ausschuss neben der Prüfung von Anträgen mit der Ausformung der Fortbildungsordnung und der Entwicklung handhabbarer Arbeitsabläufe beschäftigt. Danach hat das Volumen der zu bearbeitenden Anträge stetig zugenommen: Unsere Mitgliederzahl ist gewachsen und die Fortbildungspflicht für Angestellte ist ebenfalls gesetzlich geregelt worden. Nach einer Phase grundsätzlicher Fragestellungen und mit zunehmender Erfahrung hat sich der Ausschuss zu einem Dienstleister der Psychotherapeutenkammer weiterentwickelt, der sich um schlanke und transparente Arbeitsabläufe bemüht und gute Arbeit leistet.

Bei der rasanten Entwicklung neuer psychotherapeutischer Methoden und Diskur-

se obliegt es dem Fobi-Ausschuss natürlich auch, die aktuelle Fortbildungsszene zu beobachten. Aktuelle Themen sind unter anderem der Umgang mit Online-Fortbildung oder die Abgrenzung wissenschaftlicher von weltanschaulichen oder irreführenden Fortbildungsangeboten.

Worauf müssen Sie bei der Bearbeitung eines Antrages besonders achten?

Das Erste ist zu prüfen, ob überhaupt aus-sagefähige Unterlagen vorliegen, die eine fachgerechte Prüfung erlauben. Im Zweifel fragen wir beim Antragsteller nach und bitten um Ergänzung der eingereichten Unterlagen. Da unser Beruf über alle Verfahren vielfältig ist, bewährt es sich, die diensthabenden Zweierteams so zusammenzustellen, dass unterschiedliche Verfahren vertreten sind. Letztlich ist die formale Korrektheit auf der Grundlage der Fortbildungsordnung ausschlaggebend.

Was passiert, wenn ein Antrag nicht genehmigt wird?

Antragsteller nicht genehmigter Fortbildungsangebote haben das Recht, Widerspruch einzulegen sowie den Antrag in revidierter Form wieder einzureichen. Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand nach eingehender Prüfung und Beratung mit dem Ausschuss.

Macht Ihnen Ihre Arbeit Spaß und warum?

Wenn Bürokratie und Verwaltung schon sein müssen – und das müssen sie in einer Demokratie –, fühle ich mich besser, wenn ich an der (Selbst-) Verwaltung teilhaben darf. Zuallererst aber schätze ich die gute Zusammenarbeit über Verfahrensgrenzen hinweg, die anregenden Diskurse

und das, was ich über den Reichtum und die Vielfalt unseres Berufes dazulernen, wenn ich die Fortbildungsangebote und deren Hintergrundforschung sichte.

Was wünschen Sie sich für die zukünftige Arbeit des Ausschusses?

Im Moment befassen wir uns damit, wie die Akkreditierungspraxis auch unter dem Druck wachsenden Arbeitsaufkommens noch besser operationalisiert werden kann – auch um die Geschäftsstelle zu entlasten. Zum anderen wünsche ich mir, dass auch unser Hamburger Ausschuss dazu beitragen kann, für unseren Beruf eine offene und weitgehend selbstorganisierte Fortbildungskultur aufrecht zu erhalten und weiter zu entwickeln, die sich vom ökonomischen Druck falsch verstandener Effizienz freihält und ihr Engagement und auch ihre Nachdenklichkeit an den natürlichen und unveräußerlichen menschlichen Bedürfnissen orientiert.

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.*

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in der Fassung vom 13. Februar 2013

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Sitzung am 6. November 2013 aufgrund von § 19 Abs. 1, Abs. 2 Ziffer 1 und § 6 Abs. 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) vom 14.12.2005 (HmbGVBl. Nr. 42, S. 495 ff.), zuletzt geändert am 19.06.2012 (HmbGVBl. Nr. 18, S. 260 ff) die nachfolgende erste Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg i. d. F. v. 13.02.2013 beschlossen, die die Behörde für Gesundheit- und Verbraucherschutz gemäß § 57 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 Ziffer 1 HmbKGGH am 16.12.2013 genehmigt hat:

Die Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg wird wie folgt geändert:

§ 1
Änderung der §§ 16, 17
Weiterbildungsordnung

Die bisherigen §§ 16, 17 der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in der Fassung vom 13.02.2013 werden durch die folgenden Neufassungen ersetzt.

§ 16 (neu)

Anerkennung von Weiterbildungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus dem Gebiet der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder aus einem Staat, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben

(1) Die Weiterbildung von Antragstellerinnen und Antragstellern, die ein fachbezogenes Diplom, ein Prüfungszeugnis oder einen sonstigen fachlichen Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung aus dem Gebiet der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder aus einem Staat, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, besitzen, ist als gleichwertig anzuerkennen, wenn sie keine wesentlichen Unterschiede im Sinne von Absatz 2 zu der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg aufweist.

(2) Wesentliche Unterschiede nach Absatz 1 liegen vor, wenn

1. die von der Antragstellerin oder von dem Antragsteller nachgewiesene Weiterbildungsdauer mindestens ein Jahr unter der durch die Psychotherapeutenkammer Hamburg festgelegten Mindestweiterbildungsdauer liegt,
2. sich der Weiterbildungsinhalt wesentlich von dem durch die Psychotherapeutenkammer Hamburg bestimmten Inhalt der Weiterbildung unterscheidet oder
3. der Beruf eine oder mehrere reglementierte Tätigkeiten umfasst, die in dem Staat, den den Weiterbildungsnachweis ausgestellt hat, nicht Bestandteil dieses Berufes sind und dieser Unterschied in einer besonderen Weiterbildung besteht, die nach der deutschen Weiterbildung gefordert wird und sich auf Fächer bezieht, die sich wesentlich von denen unterscheiden, die von dem Weiterbildungsnachweis abgedeckt werden, den die Antragstellerin oder der Antragsteller vorlegt.

Wesentliche Unterschiede können ganz oder teilweise durch Kenntnisse ausgeglichen werden, die die Antragstellenden im Rahmen ihrer Berufstätigkeit erworben haben; dabei ist es nicht entscheidend, in welchem Staat die Antragstellerin oder der Antragsteller berufstätig waren.

(1) Liegen wesentliche Unterschiede nach Absatz 2 vor, so haben Antragstellende unter Beachtung des Artikels 3 Absatz 1 Buchstabe h der Richtlinie 2005/36/EG eine Eignungsprüfung abzulegen oder wahlweise einen höchstens dreijährigen Anpassungslehrgang (Ausgleichsmaßnahmen) zu absolvieren. Der Inhalt der Ausgleichsmaßnahmen ist auf die festgestellten wesentlichen Umstände zu beschränken.

(2) Erfüllt eine Weiterbildung die Voraussetzungen einer gemeinsamen Plattform im Sinne des

Artikel 15 Absatz 1 der Richtlinie 2005/36/EG, ist auf Ausgleichsmaßnahmen zu verzichten.

(3) Für die Anerkennung der Weiterbildungsnachweise nach den Absätzen 1 bis 2 sind vom Antragstellendem folgende Unterlagen und Bescheinigungen vorzulegen:

1. die Approbation oder Berufserlaubnis,
2. ein Identitätsnachweis,
3. eine tabellarische Aufstellung über die absolvierte Weiterbildung und die Berufspraxis,
4. eine amtlich beglaubigte Kopie der Weiterbildungsnachweise sowie Bescheinigungen über die Berufspraxis,
5. in Fällen des Absatzes 2 Konformitätsbescheinigungen und Tätigkeitsnachweise über die letzten fünf Jahre,
6. in Fällen des Absatzes 3 zusätzliche Nachweise zur Prüfung der Gleichwertigkeit,
7. für den Fall, dass in anderen Mitgliedstaaten ein Nachweis über eine Weiterbildung ausgestellt wird, die ganz oder teilweise in Drittländern absolviert wurde, Unterlagen darüber, dass
 - a) die Weiterbildung in der betreffenden Einrichtung von der zuständigen Stelle des Ausstellungsmitgliedstaates offiziell bescheinigt worden ist,
 - b) dieser dem entspricht, der verliehen worden wäre, wenn der Weiterbildungsgang vollständig im Ausstellungsmitgliedstaat absolviert worden wäre, und
 - c) damit im Hoheitsgebiet des Ausstellungsmitgliedstaates dieselben beruflichen Rechte verliehen werden.

Soweit die unter Nrn. 1 bis 7 genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie zusätzlich in beglaubigter Übersetzung vorzulegen.

Der Antragsteller ist verpflichtet, alle für die Ermittlung der Gleichwertigkeit notwendigen Unterlagen vorzulegen sowie alle dazu erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Kommt der Antragsteller dieser Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die Psychotherapeutenkammer Hamburg ohne weitere Ermittlungen entscheiden. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller in anderer Weise die Aufklärung des Sachverhalts erschwert. Der Antrag kann wegen fehlender Mitwirkung abgelehnt werden, nachdem der Antragsteller auf die Folge schriftlich hingewiesen worden ist und der Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer angemessenen Frist nachgekommen ist.

(4) Die Psychotherapeutenkammer Hamburg bestätigt innerhalb eines Monats den Eingang der Antragsunterlagen und teilt mit, welche Unterlagen fehlen. Spätestens innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Unterlagen ist über die Anerkennung zu entscheiden. In Fällen, die unter Titel III Kapitel I und II der Richtlinie 2005/EG/36 fallen, verlängert sich die Frist um einen Monat.

(5) Die Psychotherapeutenkammer Hamburg bestätigt gegebenenfalls der zuständigen Behörde eines Mitglied- oder Vertragsstaates auf Anfrage sowohl die Authentizität der von ihr ausgestellten Bescheinigung als auch, dass die Mindestanforderungen an die Weiterbildung nach dem Recht der Europäischen Union erfüllt sind. Die Psychotherapeutenkammer darf Auskünfte nach Satz 1 von den zuständigen Behörden eines anderen Mitglied- oder Vertragsstaates

einholen, soweit sie berechnigte Zweifel an der Richtigkeit der Angaben der Antragstellerin oder des Antragstellers hat.

(6) Die Bestimmungen der Absätze 1 bis 6 gelten entsprechend für Antragsstellende, die

1. eine in einem Drittstaat abgeschlossene Weiterbildung nachweisen, die durch einen anderen europäischen Mitglied- oder Vertragsstaat anerkannt worden ist, und die mindestens drei Jahre in dem jeweiligen Gebiet, Teilgebiet oder einer Zusatzweiterbildung im Hoheitsgebiet des Staates tätig waren, der die Weiterbildung anerkannt hat, und dieser Staat diese Tätigkeit bescheinigt, oder
2. die Anforderungen an die Anerkennung erworbener Rechte nach dem Recht der Europäischen Union deshalb nicht erfüllen, weil ihnen die erforderliche Berufspraxis nicht bescheinigt wird.

§ 17 (neu)

Anerkennung von Weiterbildungen außerhalb des Gebietes der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (Drittstaaten)

(1) Antragstellerinnen und Antragsteller, die ein fachbezogenes Diplom, ein Prüfungszeugnis oder einen sonstigen fachlichen Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung besitzen, die in einem anderen Land außerhalb des Gebietes der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (Drittstaat) ausgestellt wurden, erhalten auf Antrag die entsprechende Anerkennung nach § 16 soweit die Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gegeben ist. Sie führen die in dieser Weiterbildungsordnung vorgesehene entsprechende Bezeichnung.

(2) Für die Prüfung der Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gilt § 16 Absatz 1 und 2 entsprechend. Liegen wesentliche Unterschiede nach § 16 Absatz 2 vor, müssen die Antragstellenden nachweisen, dass sie über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. Dieser Nachweis wird, wenn nicht die Voraussetzungen des § 16 Absatz 7 Nummer 1 vorliegen, durch das Ablegen einer Prüfung erbracht, dies sich auf den Inhalt der gesamten Fachprüfung bezieht. Die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten sind nach Satz 3 auch nachzuweisen, wenn die Prüfung des Antrags nur mit unangemessenem zeitlichen oder sachlichen Aufwand möglich ist, weil die erforderlichen Unterlagen und Nachweise aus Gründen, die nicht in der Person der Antragstellerin oder des Antragstellers liegen, von diesen nicht vorgelegt werden können.

(3) Die Psychotherapeutenkammer Hamburg erstellt über die Feststellung der wesentlichen Unterschiede spätestens vier Monate, nachdem ihr alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

(4) § 16 Absatz 5 gilt entsprechend.

§ 2
Inkrafttreten

Die vorstehende Änderung der Weiterbildungsordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Krieger

Ochs gleich zwei Mitarbeiter aus der Geschäftsstelle verabschiedet. Diese Verän-

derungen sind Anlass, Ihnen auf den Hesseseiten dieses Psychotherapeutenjournals einen Rückblick bzw. eine Würdigung der für die Kammer geleisteten Arbeit zu geben. Gleichzeitig stellen sich zwei Nachfolger vor.

Die Kammer lebt vom Engagement der Menschen für die von der Profession selbst gestaltete Wahrnehmung ihrer Berufsangelegenheiten. Das ist ein hohes Gut, das sich auch im Hinblick auf alternative Vorstellungen in Europa zu verteidigen lohnt,

wo manche die Regulierung durch staatliche Stellen bevorzugen. Besonderer Dank gilt den für die Kammer haupt- und ehrenamtlich Engagierten, aber auch den Mitgliedern, die uns durch ihre Anregungen oder Kritik herausfordern, in ihrem Sinn und zu ihrem Nutzen noch besser zu werden.

Es grüßt Sie herzlich

Alfred Krieger
Kammerpräsident

Geschlossene Unterbringung von Kindern – Antworten und Forderungen



Ariadne Sartorius

Eine Studie aus der Schweiz hat es kürzlich auf den Tisch gebracht: Kinder in vollstationärer Jugendhilfe sind stark psychosozial belastet. Neben Risikofaktoren wie Trennung oder Tod der Eltern, niedrigem sozialen Status, psychischen und Suchterkrankungen der Eltern und Inhaftierungen von Vätern berichten 80% der Befragten von mindestens einem traumatischen Erlebnis. 74% der Jugendlichen dieser Studie haben mindestens eine psychische Erkrankung nach ICD 10/DSM-IV, davon sind 44% komorbid erkrankt. Weitere Studien haben gezeigt, dass Heimerziehung bei psychisch kranken Jugendlichen an ihre Grenzen stößt.

Der Druck wächst – auf Kinder- und Jugendhilfe, auf Politik, Polizei, Kinder- und Jugendpsychiatrie. Freiheitsentziehende Maßnahmen und die „Geschlossene Unterbringung“ (GU) sollen es richten.

Die Diskussion um Pro und Contra ist bekannt: „Erziehung ist mit Freiheitsentzug nicht vereinbar. GU bringt mehr Schaden als Nutzen, denn es werden gesellschaftliche Probleme individualisiert. Diese Kinder lernen nur eine Scheinanpassung, die draußen wieder zu einer Problemverstärkung führt.“ Diese und andere Argumente halten die Skeptiker den Befürwortern entgegen, die anführen, diese Einrichtungen böten Schutz und Halt vor „der Straße“, vor dem Begehen von Straftaten. Sie seien notwendig, diese Kinder hätten ein Recht auf Erziehung und „man kann kein Kind erziehen, das nicht da ist“.

Jugendhilfe kann viel leisten. Ambulante Maßnahmen und niederschwellige Angebote wie Streetwork, aufsuchende Familientherapie, Sozialpädagogische Familienhilfe, offene Intensivgruppen, intensive Einzelbetreuung: Der Katalog möglicher Hilfsangebote ist lang. Nicht immer können aber aus der Vielzahl der Möglichkeiten die passenden Maßnahmen angeboten werden. Viele der Kinder, die in der GU landen, haben eine Vielzahl vorhergehender Maßnahmen durchlaufen. Und mit jeder Maßnahme erleben die Betroffenen Beziehungsabbrüche, erleben, dass sie

(wieder) keinen guten Weg gefunden haben, und wenn sie gehen mussten – womöglich auch, dass man sie nicht „aushalten“ konnte.

Seit 1,5 Jahren gibt es in Hessen eine geschlossene Jugendhilfeeinrichtung, auch für Kinder unter 14 Jahren. Lange und kontrovers wurde diskutiert. Im Oktober 2012 hat sie in Sannerz bei Schlüchtern ihre Arbeit aufgenommen. Sie ist inzwischen voll belegt, so wie alle anderen Einrichtungen dieser Art bundesweit – und das, obwohl diese seit 15 Jahren mehr werden.

Was kann Geschlossene Unterbringung wirklich leisten? Welche Effekte können auch langfristig erreicht werden?

Wir können es noch nicht wissen.

Bekannt sind die Risikofaktoren und psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen, die zum Teil von einer Generation zur nächsten weitergegeben werden. Und wir haben Antworten und Forderungen: Wir brauchen Präventionsgesetze, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien bestmöglich schützen. Wir brauchen Geld

in der Jugendhilfe wie auch in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Ressourcen, um z. B. Familienberatungsstellen zu fördern statt zu schließen, Zulassungsausschüsse, die nicht die Nachbesetzungen in den nominell überversorgten Gebieten ablehnen sollen.

Explizite Kompetenzanforderungen müssen auch in der Jugendhilfe benannt und bezahlt werden, insbesondere in der vollstationären Jugendhilfe. Regelmäßig sollten KJP und PP zum Team entsprechender Einrichtungen gehören und vor Ort ein psychotherapeutisches Angebot vorhalten. Zu fördern sind

Kooperation und Vernetzung unter Wahrung geschützter therapeutischer Räume, flexible Systeme und Angebote, die ohne Zeitverzögerung auf die Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien reagieren.

*Ariadne Sartorius
(Vorstandsmitglied)*

Rückblick von Susanne Walz-Pawlita auf elf Jahre Kammerpolitik

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Susanne Walz-Pawlita (re.)

nach elf Jahren habe ich mich auf der letzten Delegiertenversammlung als Mitglied des hessischen Kammervorstands verabschiedet, da ich nach meiner Wahl zur Vorsitzenden der DGPT einen potenziellen Interessenkonflikt in diesen beiden Aufgaben nicht ausschließen kann.

Erlauben Sie mir einen kurzen Rückblick:

Nach den ersten Kammerwahlen war ich von 2002 bis 2006 zunächst stellvertretende Vorsitzende des **Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung** und habe in dieser Funktion die ersten Fort- und Weiterbildungsordnungen der Kammer begleitet. Meinen Neigungen und Herkommen entsprechend legte ich nach meiner Wahl in den **Vorstand** 2006 ein besonderes Gewicht meiner Arbeit auf die Fragen der Ausbildung – und damit in Verbindung auf die PiA-Belange. Auch wenn die Kammern primär nicht für Ausbildungsbelange zuständig waren, hat sich in Zusammenhang mit der PiA-Mitgliedschaft abgezeichnet, dass diese Fragen zunehmend an Bedeutung gewinnen würden.

Eine meiner ersten Initiativen war eine **Befragung der hessischen Ausbildungsins-**

titute zu aktuellen Ausbildungszahlen, die 2007 veröffentlicht wurde und angesichts der Altersstruktur der Mitglieder zu großen Sorgen hinsichtlich eines ausreichenden Nachwuchses für den Psychotherapeutenberuf Anlass gab. Diese Sorge führte dann zu meiner Initiative für drei hessische **Hochschullehretreffen**, an denen – entgegen aller pessimistischen Erwartungen – regelmäßig Hochschullehrer aller psychologischen, sozialpädagogischen und pädagogischen Studiengänge teilnehmen.

Parallel dazu wurde im damaligen Vorstand ein Modell zur **Repräsentation der PiA** in der Kammer entwickelt, das zu einer institutsgebundenen PiA-Vertretung in der Kammer geführt hat. Als indirekten Nebeneffekt dieser bis heute gültigen PiA-Vertretung haben die hessischen Ausbildungsstätten in der Folgezeit durch die Wahl eigener PiA-Sprecher notwendige strukturelle Veränderungen eingeführt. Heute hat die Kammer fast 1.000 beitragsfreie PiA-Mitglieder, die über ihre gewählten Institutesprecher eine Landes-PiA-Vertretung wählen, die dann Wahlkörper für die Wahl der Bundes-PiA-Sprecher sind. Damals fand eine erste Umfrage zur PiA-Vergütung der Praktischen Tätigkeit I statt, die seither fortgesetzte Gespräche aller Kammervorstände mit der Vitos-GmbH zur Bezahlung der PiA und zum Status der angestellten Psychotherapeuten nach sich zogen.

Gemäß der tragenden Überzeugung von der Bedeutung aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren für die Weiterentwicklung in der Psychotherapie war die Verabschiedung der hessischen **Weiterbildungsordnung** für die wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie sowie die Systemische Therapie ein wichtiger Baustein meiner Tätigkeit. Die hohen Hürden

für die Aufnahme neuer Weiterbildungswege halte ich für eine wichtige Garantie der Qualität der in Hessen geschaffenen Ordnung.

2007 bis 2008 stellte die Erarbeitung einer Positionierung der Kammer im Rahmen der Befragungen zum **Forschungsgutachten** eine große Aufgabe dar, die uns alle bewegt hat. Bis zu den weiteren heutigen Diskussionen zur **PsychThG-Novellierung** zieht sich dieser Themenkreis durch meine gesamte Arbeit in den letzten fünf Jahren. Hier sind auch in den nächsten Jahren viele Aufgaben zu bewältigen, die mich auch in meiner neuen Funktion als Vorsitzende der DGPT begleiten werden. Ich hoffe, es gelingt, eine Reform zu erarbeiten, die die Pluralität der verschiedenen Verfahren im Sinne je spezifischer wissenschaftlicher Zugänge in die Psychotherapie erhält und die Qualität der Approbation aus Gründen des Patientenschutzes auch für die Zukunft sichert. Wie bedeutsam die hohe Qualität der Ausbildung im Sinne eines umfassenden persönlichen Bildungsprozesses ist, wurde mir nachhaltig auch in meiner Tätigkeit als **Vorstandsverantwortliche für den Ausschuss Beschwerde- und Schlichtung** (2006 bis 2011) deutlich, dessen Mitgliedern ich für ihre verantwortungsvolle und wichtige Arbeit hier besonders danken möchte.

Nach sieben Jahren habe ich mindestens 105 Vorstandssitzungen, 14 Delegiertenversammlungen, unzählige Ausschusssitzungen und andere Veranstaltungen besucht. Gewonnen habe ich viel Erfahrung, das Wissen um die Schwierigkeit politischer Prozesse, etwas mehr Geduld und mindestens fünf Kilogramm Gewicht. Ich möchte mich zum Abschied bei all meinen

Kolleginnen und Kollegen in beiden Vorständen für die meist gute Kooperation und aufgabenbezogene Sacharbeit bedanken, ebenso bei den stets geduldigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Geschäftsstelle.

Ich freue mich, an der wichtigen Aufbau- und Konsolidierungsarbeit unserer Kammer beteiligt gewesen zu sein. Ich wünsche mir, dass unsere Aktivitäten zur Bedeutung einer breit aufgestellten Psychotherapie in ihrer kulturellen Verantwortung

für den neuen Berufsstand und für die Gesellschaft Bestand haben werden. Meiner „Nachfolgerin“, Birgit Pechmann, wünsche ich alles Gute.

*Susanne Walz-Pawlita
(ehemaliges Vorstandsmitglied)*

Neues Vorstandsmitglied Birgit Pechmann

Jahrgang 1956, Dipl.-Psych., PP. Ausbildung zur Hebamme, als solche angestellt und freiberuflich, sowie als Dozentin in der Hebammenausbildung tätig. Studium der Psychologie an der Universität zu Köln, anschließend Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin am Institut für Psychoanalyse der DPG, Frankfurt/Main, mehrjährige Tätigkeit im Zentrum für soziale Psychiatrie Bergstraße (Mutter-Kind-Station), Approbation 2009, seit 2010 in eigener Praxis für tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie in Wiesbaden niedergelassen. Klinische Interessenschwerpunkte: frühe Entwicklung und deren Störungen, Psychosomatik.

Berufspolitisches Engagement u. a. als Bundeskandidatensprecherin der DPG (2004 bis 2009) sowie als Vertreterin der Kandidaten der DPG in der IPSO (International Psychoanalytical Studies Organization, 2006 bis 2010). Seit 2011 für die Psychodynamische Liste PP, Delegierte und stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildung in der LPPKJP Hessen (bis 2013), seit November 2013 Mitglied des Vorstandes.

„Eine Herausforderung in der Kammer-Arbeit sehe ich darin, in gegenseitigem Respekt und Anerkennung der vorhandenen, in der Vielfalt der Verfahren begründeten Differenzen und Qualitäten, eine gemeinsame

politische Position der Profession zu erarbeiten. Dafür möchte ich mich, gerade angesichts anstehender Veränderungen wie der Ausbildungsreform, einsetzen.“



Birgit Pechmann

*Birgit Pechmann
(Vorstandsmitglied)*

Verabschiedung von Prof. Dr. Matthias Ochs (Wissenschaftlicher Referent)



Prof. Matthias Ochs

Im September 2013 trat Herr Prof. Matthias Ochs, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Systemischer Familientherapeut, sein neues Amt als Professor für Psychologie und Beratung an der Hochschule Fulda an. Genau sechs Jahre zuvor war er als Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Geschäftsstelle der hessischen Psychotherapeutenkammer eingestellt worden. Damals gab es in der Delegation noch Diskussionen um die Notwendigkeit einer solchen Funktion in einer Landeskammer. Herrn Prof. Ochs ist es gelungen, die damaligen Bedenken

ger durch seine fundierte Arbeit zu überzeugen.

Er hatte zuvor mit Kindern, Jugendlichen und Eltern in einer privaten Jugend- und Sozialhilfeeinrichtung bei Osnabrück gearbeitet, war in einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Ludwigshafen tätig und an der Universität Heidelberg als wissenschaftlicher Mitarbeiter in einem Forschungsprojekt zur „Multidimensionalität des chronischen Schmerzes“ angestellt. Daraus ist seine Promotion zum Thema „Systemische Therapie und Beratung bei Kinderkopfschmerz“ 2005 bei Prof. Dr. Schweizer entstanden. Mit seiner Dissertation gewann er den Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie. Schon 1998 hatte er für seine Diplomarbeit über die Erforschung dyadischer Therapieprozesse den Forschungspreis der systemischen Gesellschaft erhalten. Von 2000 bis 2004 war er Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Fachzeitschrift „Psychothe-

rapie im Dialog“ und hat neben zahlreichen Fachartikeln zwei Familienratgeber geschrieben.

Als der erste wissenschaftliche Referent hat Herr Prof. Ochs bei der hessischen Psychotherapeutenkammer Maßstäbe gesetzt. Hervorzuheben ist seine Mitarbeit an der Veröffentlichung der BPtK „10 Tatsachen zur Psychotherapie“. Wir haben diese Broschüre, die ursprünglich den schönen Arbeitstitel „Märchen & Mythen“ trug, in der Diskussion mit hessischen Bundestagsabgeordneten oft verwendet, um Vor- und Fehlurteilen über Psychotherapeuten und deren Berufstätigkeit wirksam entgegenzutreten.

Beispielhaft für seine zahlreichen Veröffentlichungen sei ein 2011 neu aufgelegtes Buch mit Rainer Orban als Mitautor genannt „Familie geht auch anders. Wie Alleinerziehende, Scheidungskinder und Patchworkfamilien glücklich werden.“ Hier sind sicher auch seine Erfahrungen als Va-

ter eines jetzt 13-jährigen Jungen eingegangen und natürlich auch seine Behandlungserfahrung als Paar- und Familientherapeut in eigener Praxis.

Präsident Krieger dankte Herrn Prof. Ochs: „Ich freue mich, dass Ihre wissenschaftli-

che Qualifikation und Ihre Fähigkeit, Fachleuten wie auch Laien Wissenschaft zu vermitteln, zu Ihrer Berufung geführt haben, wozu ich Ihnen im Namen aller Delegierten sehr herzlich gratuliere. Sicher sehen wir uns auf Tagungen, vielleicht engagieren Sie sich noch stärker in der Berufs-

politik, ja vielleicht kandidieren Sie für eine so noch nicht existierende Liste Systemischer Therapeuten.“

Die Wiederbesetzung der Stelle des wissenschaftlichen Referenten ist für März 2014 vorgesehen.

AK

Verabschiedung von Kerstin Geis (Kaufmännische Leiterin, stv. Geschäftsführerin)



Kerstin Geis

Die hessischen Landtagswahlen im September 2013 haben sicher alle Kammermitglieder mit Spannung verfolgt. Dass mit Frau Kerstin Geis auch eine Mitarbeiterin der Kammergeschäftsstelle im Wahlkampf engagiert war und für ihre Partei, die SPD, auch gewählt wurde, ist sicher nicht allen bekannt. Für die Kammer hat dies zur Folge, dass wir eine langjährige Mitarbeiterin in zentraler Position als stellvertretende Geschäftsführerin zum Jahreswechsel verabschieden mussten.

Im April 2002, noch in der Errichtungsphase der Kammer, wurde Frau Geis als Fachfrau für das Rechnungswesen und die Finanzen eingestellt. Nach ihrer Ausbildung zur Steuerfachgehilfin hatte sie BWL studiert und brachte einschlägige Berufserfahrungen mit. Mit der Entwicklung des „Kammerprojekts“ wuchsen die Aufgaben in der Geschäftsstelle. Dank ihres Engagements und ihrer vielfältigen Begabungen übernahm Frau Geis zusätzlich den Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Als langjährige Vorsitzende des hessischen Landeselternbeirates und nicht zuletzt als Mutter von vier Kindern konnte sie ihr Wissen über Schule und Bildung einbringen. Der Kontakt mit den anderen Heilberufekammern in Hessen, mit den Ausländerbeiräten, mit den gesundheitspolitischen Sprechern der Landtagsparteien seien stellvertretend genannt für das Aufgabenspektrum von Frau Geis.

Zentral blieb ihre Zuständigkeit für die Kammerfinanzen. Die Delegierten werden die kompetente und vor allem verständliche Darstellung von Haushaltsentwürfen, Soll-Ist-Vergleichen und testierten Jahresabschlüssen in den Delegiertenversammlungen in bester Erinnerung haben. Die Beratung bei der Erstellung eines Geschäftsplans hat manchem Mitglied beim Einstieg in die Niederlassung geholfen.

Bei der Verabschiedung von Frau Geis sagte Präsident Krieger: „In der Bildungspolitik ist Ihr Motto: ‚Kein Kind wird zurück gelassen!‘ Jetzt lassen Sie uns am Ende des Jahres zurück. Ein Glück, dass wir kein Kind mehr sind und sich die Kammer nicht zuletzt dank Ihrer Aufbauleistung so gut entwickelt hat. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg für die politische Arbeit!“

AK

Vorstellung von Horst Kuhl (Kaufmännischer Leiter)



Horst Kuhl (re.)

Jahrgang 1974, Ausbildung zum Verwaltungsfachangestellten bei der Stadtverwaltung Mainz, danach Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Fachhochschule Mainz mit den Schwerpunkten Krankenhausmanagement und Management sozialer Einrichtungen. Praktika im Hildegardis-

Krankenhaus Mainz und im Klinikum Ludwigshafen. 2008 Abschluss der berufs begleitenden Fortbildung zum Bilanzbuchhalter (IHK).

2001 bis 2008 im Agaplesion Markus-Krankenhaus, Frankfurt, als Kaufmännischer Controller zuständig für das Berichtswesen (z. B. Soll-Ist-Vergleiche, Statistiken, Fallkostenkalkulationen) des Krankenhauses und einzelner Fachabteilungen (u. a. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie). Weitere Aufgaben waren das Beschwerdemanagement und die Mitarbeit im Bereich Öffentlichkeitsarbeit.

2008 bis 2013 als Referent Betriebswirtschaft in der Zentrale des Katholischen Kli-

nikverbundes Südhessen GmbH in Bensheim tätig. Aufgabenschwerpunkte dort waren: Erstellung des zentralen Berichtswesens für Geschäftsführung, Aufsichtsrat und Gesellschafter sowie externe Adressaten. Jahresabschlüsse des Verbundes und der Tochtergesellschaften, Liquiditätsplanung, Steuerangelegenheiten sowie die finanzielle Steuerung von Baumaßnahmen.

Seit Jahresanfang 2014 als Kaufmännischer Leiter in der Geschäftsstelle der Kammer tätig mit Zuständigkeiten u. a. für Haushalt, Buchhaltung, Personal, Unterstützung der Gremien sowie Veranstaltungsmanagement und Niederlassungsberatung.

Horst Kuhl

Veranstaltungen der Kammer

Datenschutz in der Praxis

Samstag, 24. Mai 2014,
10:00 Uhr – 15:30 Uhr

Aktuelle Themen und Probleme des Datenschutzes in der psychotherapeutischen Praxis, zum Beispiel:

- Einsatz neuer Medien in der Praxis
- Digitale Patientenakte
- Rechtssichere Gestaltung der Homepage
- Auslagerung von Datenbeständen in die Cloud?

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen
Kollegen:

Dr. rer. med. Erich Rossel, Frankfurt

Dr. Gerald Kogan, Frankfurt

Referentin: Rechtsanwältin Astrid Ackermann, Fachanwältin für IT-Recht, Frankfurt a. M.

Veranstaltungsort: Haus am Dom, Frankfurt, Giebelsaal

Kostenbeitrag: 20,- EUR

Informationsveranstaltungen zu Patientenrechten und Berufsordnung

- 18. Juni 2014, Frankfurt, Gewerkschaftshaus

- 4. Juli 2014, Darmstadt, Maritim Konferenzhotel
- 10. September 2014, Gießen, Mathematikum
- 8. Oktober 2014, Kassel, Tagungszentrum Kulturbahnhof

Die Veranstaltungen beginnen jeweils um 19:00 Uhr. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Ankündigungen der Veranstaltungen und Anmeldeformulare finden Sie auf der Website der Kammer.

Redaktion

Yvonne Winter, Dr. Heike Winter
und Alfred Krieger

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Bekanntmachung

Am 2. November 2013 hat die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgenden Änderungen der Kostenordnung (zuletzt geändert am 3. November 2007) beschlossen:

Ziffer 6 des Gebührenverzeichnisses enthält folgende neue Fassung:

Gebühren in der Fortbildung

6.1. Die Akkreditierung von Veranstaltungen aller Angebotsformen, für die keinerlei Entgelt für die Teilnahme erhoben wird, ist gebührenfrei.

6.2. Die Akkreditierung von Veranstaltungen der Angebotsformen 1.2., 2.1., 2.3. sowie 3.3. ist gebührenfrei.

6.3. Für die Bearbeitung von Anträgen auf Akkreditierung werden die folgenden Gebührensätze erhoben:

a. Angebotsform 1.1. 5 EUR je akkreditierter Fortbildungseinheit

b. Angebotsform 1.3. 10 EUR je akkreditierter Fortbildungseinheit

c. Supervision oder Selbsterfahrung jeweils 125 EUR je Akkreditierungszeitraum

Maximale Gebühr je Veranstaltung: 250 EUR

Wird ein gebührenpflichtiger Antrag nach Beginn der Bearbeitung zurückgenommen, wird eine Stornierungsgebühr von max. 25 EUR erhoben. Bis zur Gebührenehöhe von 25 EUR wird die Regelgebühr als Stornierungsgebühr angesetzt. Nach Befassung der Akkreditierungs- und Zertifizierungskommission mit dem Antrag oder der abschließenden Bearbeitung durch die Geschäftsstelle entsteht die volle Regelgebühr.

Kostenschuldner ist jeweils der Antragsteller.

6.4. Die Akkreditierung in den Bereichen Supervision oder Selbsterfahrung erfolgt für Anträge, die unter der Geltung dieser Gebührenregelung beschieden werden, für 5 Jahre.

Wiesbaden, den 27. November 2013

gez. Alfred Krieger
Präsident

Hessisches Sozialministerium

V 2 b – 18b 2120-0001/2009/09

Die von der Delegiertenversammlung der Kammer am 2. November 2013 beschlossene Änderung der Kostenordnung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeuten wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, den 11. Dezember 2013

Im Auftrag
gez. Dr. Stephan Hölz

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen am 2. November 2013 beschlossene Änderung der Kostenordnung, vom Hessischen Sozialministerium genehmigt am 11. Dezember 2013, Geschäftszeichen V 2 b – 18b 2120-0001/2009/09, wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal öffentlich bekannt gemacht.

Wiesbaden, den 3. Februar 2014

gez. Alfred Krieger
Präsident

Wahl zur Kammerversammlung 2015

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Fragen wir Menschen, wie weit sie Urlaubsreisen im Voraus planen, so bekommt man die Antwort: mindestens ein Jahr im Voraus. Für längere Reisen beträgt der Vorlauf noch länger. Die aktive Mitarbeit in der Kammer ist sicher keine Urlaubsreise, doch die Analogie zum Reisen sei erlaubt, begegnet man in der ehrenamtlichen Kammerarbeit vielen Gebieten und Menschen, die man bisher nicht kannte und die im Rahmen der bisherigen Berufsausübung noch nicht Thema geworden sind.

Einige Zitate mögen dies illustrieren: „Die Arbeit in der PKN ist eine umfangreiche Fortbildung in Sachen Recht. Erstmals verstehe ich rechtliche Zusammenhänge in meinem Beruf, die ich vorher nur mit Skepsis und Angst betrachtet habe.“ „In der Arbeit in den Ausschüssen habe ich so viele Kolleginnen und Kollegen aus anderen Fachgebieten kennengelernt und es macht Spaß, sich über die Unterschiede auszutauschen.“ „Gespräche mit Politikern über die Gesundheitspolitik sind für mich spannend geworden.“

Gerade im Flächenland Niedersachsen mag es spannend sein, Psychotherapeuten aus anderen Regionen kennenzulernen und miteinander daran zu arbeiten, wie die Berufsausübung zu gestalten ist.

Wir möchten Sie erinnern, dass Anfang kommenden Jahres Wahlen zur Kammerversammlung anstehen werden und dass sich im Laufe dieses Jahres, spätestens im November 2014, alle Mitglieder der PKN melden mögen, die in Erwägung ziehen, sich in die Kammerversammlung wählen zu lassen.

Zentrale Aufgabe der Kammer ist es, den Berufsstand zu fördern und die Qualität der Berufsausübung zu gewährleisten, zu erweitern und auf gesellschaftliche Defizite hinzuweisen. Hier sucht die Kammer aktiv Gespräche mit Politik, Öffentlichkeit, Wissenschaft und Verwaltung. In den Kammerversammlungen werden Standpunkte erarbeitet und in die Diskussionen auf überregionaler Ebene eingegeben, dabei werden immer wieder neue Impulse aus der Mitgliedschaft aufgenommen und weitergegeben. Die beste Vertretung von Interessen einzelner Gruppen, seien es Psychothera-

pieverfahren, seien es Berufsbereiche wie Kliniken, Beratungsstellen oder Schulen, seien es die wichtigen Fragen Ausbildung und Nachwuchs, geschieht durch direkte Beteiligung in der Kammerversammlung.

Die zweite Seite der Kammeraufgaben besteht darin, den Berufsstand der PP und KJP in Niedersachsen zu verwalten und ordnungspolitische Aufgaben zu übernehmen. Ein freier Heilberuf mit Approbation wird am besten durch die Berufsangehörigen selbst verwaltet. So hat der Staat die Aufsicht an die Kammern übertragen, die sich sozusagen selbst verwalten. Manch bürokratische Hürde ist Ihnen als Mitglied dadurch auferlegt, jedoch dies versuchen wir mithilfe der Geschäftsstelle in sinnvollen Bahnen zu halten.

Wichtigste Voraussetzung für die aktive Mitarbeit in der Kammer ist Spaß am Austausch, Neugier auf den Blick hinter die Kulissen und eine Familie, die sie ab und zu mal für einen Tag (oder mehr) freigibt. Die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Ehrenamt betrifft uns alle, und wir bemühen uns darum, dass die Arbeit sich auf viele Schultern verteilt.

Der Vorstand der PKN begrüßt es sehr, wenn unsere Kammerversammlung weiterhin die Vielfalt ihrer Mitglieder repräsentiert und wir laden Sie herzlich ein, sich aktiv an den Prozessen in der Kammergestaltung zu beteiligen. Denn nur in gelebter Demokratie kann sich eine Kammer weiterentwickeln.

Gerne möchten wir den Wahlbewerberinnen und Wahlbewerbern die Gelegenheit geben, Sie zu informieren. Sollten Sie mit der Weitergabe Ihrer Kontaktdaten zu diesem Zweck nicht einverstanden sein, bitten wir um einen Hinweis an die Geschäftsstelle.



Dezentrale Veranstaltungsreihe des Vorstandes der PKN

Der Vorstand der PKN möchte in den nächsten Monaten in regionalen Veranstaltungen über seine Arbeit informieren.

Die neue Regierung hat sich eine Reform des Psychotherapeutengesetzes vorgenommen. Seit einem Jahr wird in der Bundeskammer das Berufsbild des Psychotherapeuten diskutiert, die daraus abgeleiteten Kompetenzen zusammengetragen.

In diesem Diskussionsprozess möchten wir Sie als Kammermitglieder einbeziehen, über die bisherige Arbeit berichten und Impulse von Ihnen für die weitere Diskussion mitnehmen.

Für die angestellten Kolleginnen und Kollegen liegen nun die Ergebnisse der bundesweiten Angestelltenbefragung vor, die in ihren Grundzügen dargestellt werden können. Darin wird die Vielfalt der Arbeitsbereiche genauso deutlich wie Unterschiede in der Honorierung, der Leitungskompetenzen und -positionen und der Arbeitszufriedenheit.

In den nächsten 15 Jahren wird die Hälfte der Kolleginnen und Kollegen in Rente gehen und ihren Kassensitz an jüngere Kolleginnen und Kollegen übergeben.

Weitere wichtige Fragen, die Sie in Ihrer praktischen Arbeit beschäftigen, können Sie gerne zum Termin mitbringen.

Die Veranstaltungen finden statt am:

- Freitag, den 09. Mai 2014 in der Zeit von 16:00 bis 18:00 Uhr in Hannover,
- Freitag, den 23. Mai 2014 in der Zeit von 17:00 bis 19:00 Uhr in Osnabrück,
- Freitag, den 27. Juni 2014 in der Zeit von 16:00 bis 18:00 Uhr in Lüneburg und
- Freitag, den 04. Juli 2014 in der Zeit von 16:00 Uhr bis 18:00 Uhr in Oldenburg.

Die Veranstaltung ist für PKN-Mitglieder kostenfrei. Teilnehmen kann nur, wer sich vor der Veranstaltung verbindlich anmeldet. Das Anmeldeformular finden Sie auf unserer Homepage www.pknds.de.

Zum Engagement der Psychotherapeutenkammer im Bündnis White IT

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen ist seit mehreren Jahren aktiver Partner von White IT, einem Bündnis gegen Kinderpornografie im Internet.

Was macht White IT?

White IT hat das Ziel, eine ganzheitliche Strategie zur Bekämpfung von Kinderpornografie im Internet zu erarbeiten und weiter zu entwickeln. Auf der einen Seite wird nach technischen Lösungen gesucht, vorhandene Schutzmechanismen auszubauen und zu überarbeiten, auf der anderen Seite sollen auch neue rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen sowie Hilfs- und präventive Angebote weiterentwickelt werden. Allen Bündnispartnern gemeinsam ist der Wunsch nach verstärkter Vernetzung, Prävention und der Schaffung einer sich fortlaufend aktualisierenden „Informationsdrehscheibe“ zum Thema. In einigen Projekten geht das Engagement von White IT noch über die Bekämpfung von Kinderpornografie hinaus. Dies wird beispielsweise in dem zentralen Präventionsanliegen, Kinder grundsätzlich zum Vertreten ihrer Bedürfnisse zu ermutigen, sichtbar.



Wer ist White IT?

White IT setzt sich aus heterogenen Bündnispartnern aus Politik, Verwaltung, Wirtschaft, Heilberufen, Interessensverbänden und Wissenschaft zusammen. Neben der PKN engagieren sich bei White IT zum Beispiel das niedersächsische Innenministerium, die Techniker Krankenkasse, die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), der Weiße Ring und das Landeskriminalamt.

Was macht die PKN bei White IT?

Vertreter der Psychotherapeutenkammer sind dauernde Mitglieder der AG Prävention. In dieser Arbeitsgemeinschaft werden die Bündnispartner über die wesentlichen

aktuellen und geplanten Präventionsprojekte informiert. Aktuell ist die PKN an der Erarbeitung eines Elternbriefs beteiligt, in dem Eltern ermutigt werden, an der Medienutzung ihrer Kinder Interesse zu zeigen. Dieser Elternbrief soll voraussichtlich Ende Februar sämtlichen interessierten Psychotherapeuten im Download zur Verfügung gestellt werden.



Ein laufendes bekanntes und erfolgreiches Projekt von White IT ist auch die Pixi-Buch-Kampagne: Bereits 2011 wurden zwei Bücher, die dem sexuellen Missbrauch von Kindern präventiv entgegen wirken sollen, vom Carlsen Verlag veröffentlicht. Unter dem Titel „Lena/Ben sagt Nein!“ stellten sich die beiden Bücher als voller Erfolg he-

raus. Aktuell lassen sich die Pixi-Bücher noch beim Weißen Ring zum Unkostenpreis von € 0,73 bestellen (Mindestabnahmemenge: 200 Stück).

Ideenwettbewerb 2014

Unter dem Motto „Kinderhände sagen JA! – zum selbstbestimmten Handeln, zur Hilfe und zum Schutz, zum Starkmachen“ startet ab März 2014 bereits zum zweiten Mal ein Ideenwettbewerb. Mit dem Ziel der Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit in Bezug auf sexuellen Kindesmiss-

brauch sollen hier Ideen vorgestellt werden, wie Kinder besser geschützt werden können.

Mitmachen kann jeder, auch bereits bestehende Projekte oder Umsetzungen sind willkommen und werden schließlich von einer Jury aus den Vertretern der White IT Bündnispartnern bewertet und prämiert.

Weitere Informationen zum Ideenwettbewerb finden Sie ab dem 14. März 2014 auf der White IT Homepage (www.whiteit.de).



Dipl.-Psych. L. Peplau, PP

Wichtige Satzungsänderungen

Die Kammerversammlung beschloss am 02.11.2013 Änderungen der Berufsordnung und der Beitragsordnung der PKN. Die geänderten Fassungen der Satzungen finden Sie auf unserer Homepage www.pknds.de.

Änderungen im Beitragswesen

Zwingender Anlass für die Änderung der Beitragsordnung war die ab 1. Februar 2014 verpflichtend vorgeschriebene Umstellung des Einzugsermächtigungsverfahrens auf das SEPA-Lastschriftverfahren zur Vereinheitlichung des Inlands- und des EU-Zahlungsverkehrs.

Falls Sie uns eine Ermächtigung zum Einzug der Beitragsforderungen erteilt haben, haben wir Sie bereits schriftlich darüber informiert, dass wir die Umstellung schon zum 1. Dezember 2013 vorgenommen haben.

Die Beitragsordnung war deshalb an die neuen Begrifflichkeiten im SEPA-Lastschriftverfahren anzupassen.

Neu ist auch die sog. Pre-Notification. Künftig informieren wir bereits im Beitragsbescheid über den genauen Belastungstermin, also den Tag, an dem der Kammerbeitrag von Ihrem Konto abgebucht wird. So kann rechtzeitig für eine ausreichende Deckung auf dem Konto gesorgt werden.

Abgestellt wird hier auf die Fälligkeit der Beitragsforderung am 01.04. des Beitragsjahres. Wird die Beitragsforderung ausnahmsweise nach diesem Fälligkeitstermin festgesetzt, wird der Beitrag in der Monatsmitte des Folgemonats der Beitragsfestsetzung fällig.

Bitte beachten Sie, dass künftig Anträge auf Beitragsermäßigung wegen der Umstellung des Verfahrens bis spätestens 15. März des Beitragsjahres zu stellen sind. Da wir SEPA-Lastschriften innerhalb vorgegebener Fristen bei der Bank einreichen müssen, konnte am Stichtag des 31. März des Beitragsjahres nicht mehr festgehalten werden. Durch diese Anpassung können wir sicherstellen, dass bei fristgemäßer Antragstellung nicht der volle Kammerbeitrag am 01.04. des Beitragsjahres abgebucht wird.

Auch im SEPA-Lastschriftverfahren wird ein Bonus für das erteilte Lastschriftmandat in Höhe von 10,- € je Beitragsjahr gewährt. Dieser Bonus entfällt jedoch, wenn ein Mitglied ohne hinreichenden Grund eine Rücklastschrift bei seiner Bank veranlasst und damit unnötigen Verwaltungsaufwand verursacht.

Beauftragter/Ansprechpartner im Verhinderungsfall

Durch ihren einstimmigen Beschluss zur Satzungsänderung hat die Kammerver-

sammlung der PKN ihr Votum für die Regelungen in der Berufsordnung zum Verhinderungsfall bekräftigt.

Aber auch die Kritik am Wortlaut der Regelung in § 24 Abs. 5 der Berufsordnung wurde aufgegriffen und in der Satzungsänderung umgesetzt. Die Vorschrift wurde überarbeitet, um mögliche Missverständnisse bei ihrer Anwendung zu vermeiden. So tritt der Verhinderungsfall nicht nur bei Erkrankung des Praxisinhabers sondern beispielsweise auch im Todesfall ein. Deutlicher geregelt wird nun auch, dass Ärztinnen und Ärzte (mit Berufserlaubnis oder Approbation) als Ansprechpartner benannt werden können, nicht hingegen Heilpraktiker.

Sollten niedergelassene Mitglieder uns bisher noch nicht ihren Beauftragten/Ansprechpartner für den Verhinderungsfall gemeldet haben, besteht noch Gelegenheit bis zum 30.03.2014. Im Zuge der Vorbereitung der Satzungsänderung war die Meldefrist verlängert worden.

Wesentliche Informationen zur Beauftragung im Verhinderungsfall finden Sie im geschlossenen Mitgliedsbereich auf unserer Homepage. Bei Fragen können Sie sich gerne auch direkt an die Geschäftsstelle der PKN wenden.

Ass. jur. Susanne Passow

Interview mit Frau Hackenberger

In unserer Reihe kurzer Interviews mit den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle der PKN stellen wir Ihnen heute Jessica Hackenberger vor.

Seit wann sind Sie bei der PKN und welche Aufgaben nehmen Sie wahr, Frau Hackenberger?

Ich bin seit 2006 in der Geschäftsstelle der PKN als Assistenz der Geschäftsführung beschäftigt. Die dazugehörigen Aufgaben sind vor allem die Organisation und Begleitung von Veranstaltungen, wie zum Beispiel der Fortbildungsveranstaltungen, Pflege der PKN-Homepage, aber auch der Sitzungen der Kammerversammlung der PKN. In Absprache mit der Geschäftsführung bin ich für die Büro- und Ablauforganisation der Geschäftsstelle zuständig und stehe als Ansprechpartnerin für das Personal zur Verfügung. Ebenfalls gibt es eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem Vorstandssekretariat, Frau Pietz.

Gab es in Ihrem Arbeitsbereich spürbare Entwicklungen oder Veränderungen in den letzten Jahren?

Es gibt einen deutlichen Zuwachs im Veranstaltungsbereich und natürlich auch den Zuwachs bei den Mitgliederzahlen. Daraus resultiert auch ein erhöhtes Anfrageaufkommen in der Geschäftsstelle. Überhaupt ist mein Eindruck, dass sich ein gesteigertes Interesse an der PKN und ihren Aktivitäten entwickelt hat.

An welchen Stellen haben Sie mit den Mitgliedern der PKN direkten Kontakt?



Jessica Hackenberger

Den habe ich vor allem bei den Fortbildungsveranstaltungen vor Ort, aber auch im Rahmen der Kammerversammlung und in der Telefonzentrale. Dort ist die Inanspruchnahme deutlich gewachsen.

Welche Themenbereiche werden häufig an Sie herangetragen?

Das sind oft Fragen zur Berufsausübung unserer Mitglieder, die per E-Mail eingehen und die ich dann an die Vorstandsmitglieder weiterleite. Es gibt auch eine Zunahme an Patienten, die mehr nach speziellen psychotherapeutischen Angeboten fragen, die ich dann z. B. auf unseren Suchdienst Psycho-Info hinweise. Eigentlich ist es ein bunter Reigen an gemischten Fragen, die zentral eingehen und dann ggf. an die verschiedenen Gremien weitergeleitet werden.

Gibt es etwas, was Sie unseren Mitgliedern auf diesem Weg gern mitteilen würden?

Da geht es mir eigentlich wie meinen Kolleginnen: Auch ich stehe unseren Mitgliedern gern bei Fragen zur Verfügung, egal, ob sie per E-Mail, auf dem Postweg oder telefonisch eingehen. Gern nehme ich auch Rückmeldungen und Anregungen entgegen, die die Homepage betreffen, die wir gern noch informativer für unsere Mitglieder gestalten wollen.

Haben Sie Wünsche an die Mitglieder?

Eigentlich nicht, ich habe einen guten Draht zu den Mitgliedern und bin mit den Kontakten zufrieden. Und wenn es mal Kritikpunkte gibt, die geäußert werden, ist das in Ordnung. Das gehört dazu.

Liebe Frau Hackenberger, 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
Mail-Anschrift: info@pknds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“:
Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Bekanntmachung

Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2014

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung vom 26.11.2013 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2014 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiermit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 12.12.2012 (Nds. GVBl. S. 591), i. V. m. § 25 Nr. 7 HKG i. V. m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i. V. m. dem Vertrag über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZZa) vom 22.12.2005 (Niedersächsisches Ärzteblatt 2/2006 S. 68 ff., Einhefter für Niedersachsen im Psychotherapeutenjournal 1/2006 S. 7 f., ZKN Mitteilungen 2/2006 S. 126 f.), zuletzt geändert am 06.07.2011 (Niedersächsisches Ärzteblatt 8/2011 S. 38, Psychotherapeutenjournal 3/2011 S. 308, ZKN Mitteilungen 9/2011 S. 530), bekannt gemacht.

Hannover, den 26.11.2013, Dr. med. Martina Wenker

- Vorsitzende der Verbandsversammlung -

Aktuelle Gesundheitspolitik – Kammerversammlung am 13. Dezember 2013

Die Kammerversammlung der nordrhein-westfälischen Psychotherapeuten kritisierte scharf das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Reform der ambulanten Psychotherapie, beschloss ein Leitbild für die Psychotherapeutenkammer NRW und verabschiedete eine einkommensabhängige Beitragsordnung ab 2015.

Ein falscher Weg – Resolution zum GKV-Positionspapier

Die Kammerversammlung wies die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur Reform der ambulanten Psychotherapie entschieden zurück. Obwohl es hinreichend bekannt und belegt sei, dass psychische Störungen zunehmen und die Zahl qualifizierter Psychotherapeuten für eine ambulante Behandlung unzureichend sei, wollten die Krankenkassen das Angebot einschränken.

„Nicht qualitätsfördernd“ sei die Absicht, die wichtige diagnostische Phase zu verkürzen, neue bürokratische Hürden aufzubauen und die Höchststundenzahl auf max. 50 psychotherapeutische Sitzungen zu begrenzen. „Auch der Vorschlag des Spitzenverbandes der GKV, nach zwölf Sitzungen eine sechswöchige Zwangspause einzulegen, ist aus Sicht der psychotherapeutischen Experten allein von der Ökonomie bestimmt und deshalb unter fachli-



Kammerversammlung am 13. Dezember 2013

cher Sicht abzulehnen“, stellte die Kammerversammlung der nordrhein-westfälischen Psychotherapeuten in einer Resolution fest.

Pläne der neuen Bundesregierung

Im mündlichen Bericht des Vorstandes ging Präsidentin Monika Konitzer insbesondere auf den Koalitionsvertrag der neuen rot-schwarzen Bundesregierung ein. Erfreulich sei, dass der Koalitionsvertrag ein Bekenntnis zu den freien Berufen enthalte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten explizit nenne und die Kammern mit ihren Aufgaben würdige. Die Förderung der psychischen Gesundheit und eine Verbesserung der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen werde als Aufgabe für die nächste Legislaturperiode gesehen. Dabei plane die neue Bundesregierung, die Wartezeiten zu verringern und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie zu eröffnen. Hierzu wolle sie das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppen-

therapie fördern und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetzlich definierten Frist die Psychotherapierichtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten sollen überprüft, künftig auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren zugelassen und die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke weiterentwickelt und neue Programme für Rückenleiden und Depressionen konzipiert werden.

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in NRW auf der Tagesordnung

Auch NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens sehe Handlungsbedarf bei der Versorgung psychisch kranker Menschen, berichtete Konitzer. Die Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in NRW stehe 2014 auf der Tagesordnung der Landesregierung. Angestrebt werde vor allem mehr Transparenz für Menschen mit psychischen Beschwerden über die Terminvergabe und

18./19. Oktober 2014

10. Jahreskongress Psychotherapie des Hochschulverbundes Psychotherapie NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW „Manie, Wahn, Schizophrenie: Neue Wege“

Kursprogramm und

nähere Informationen unter:

www.unifortbildung-psychotherapie.de

Anmeldung ab 30. Juni 2014

den Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung und eine deutliche Verminderung der Wartezeiten.

Der Vorstand der PTK NRW schlage hierzu die vertragliche Vereinbarung eines antrags- und genehmigungsfreien Leistungskontingents für psychotherapeutische Praxen vor, das Folgendes ermöglicht:

- das Vorhalten und Ankündigen eines festen wöchentlichen Zeitkontingents für offene Sprechstunden zur Durchführung von Diagnostik, differentialdiagnostischer Abklärung, Indikationsstellung und Beratung z. B. im Hinblick auf Angebote der geleiteten Patientenselbsthilfe bzw. den Weiterverweis auf Angebote der Beratung außerhalb des GKV-Systems,
- die Durchführung niedrigschwelliger psychoedukativer Maßnahmen, auch in Gruppen,
- die Durchführung von Kriseninterventionen und stabilisierenden Maßnahmen bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie,
- die zeitnahe Überleitung von Patienten in die ambulante Versorgung im Anschluss an eine stationäre Behandlung.

Ferner seien die Möglichkeiten für Patienten mit komplexem Leistungsbedarf, auch ambulant eine längere und intensive Behandlung durchzuführen, auszubauen.

Psychotherapeutenausbildung

Eine besonders erfreuliche Nachricht sei, so Präsidentin Konitzer, die Aussage der Koalitionäre: „Wir werden das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung überarbeiten.“

Bedarfsplanung

Besonders kritisch sei jedoch die Absicht zu bewerten, bei den gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Arzt- bzw. Psychotherapeutesitzen aus der bisherigen „Kann“-eine „Soll“-Regelung zu machen. Da in der Psychotherapie alle Regionen in NRW statistisch überversorgt seien, bedeute dies, dass kein Kapazitätsausbau, sondern im Gegenteil ein Abbau von Praxissitzen geplant sei. Das werde die ohnehin schon bestehende Unterversorgung in NRW noch weiter vergrößern. Die Ergebnisse der Bedarfsplanungsreform von Dezember 2012 seien überhaupt für Nordrhein-Westfalen besonders enttäuschend: Von den angekündigten mehr als 1.100 neuen Pra-



Präsidentin Monika Konitzer

xissitzen für Psychotherapeuten seien in NRW nicht mehr als 58,5 Sitze entstanden. Die Versorgung im Ruhrgebiet sei inzwischen schlechter als in ländlichen Regionen und werde sich durch den Demografiefaktor noch weiter verschlechtern.

Krankenhaus

Die neue Bundesregierung plant, in den Krankenhäusern die Qualität der stationären Versorgung zu verbessern und als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich einzuführen (§ 1 KHG). Zum neuen Vergütungssystem für die Krankenhäuser (PEPP) stellt sie fest: „Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.“

In NRW stehe eine Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG) an. Der Referentenentwurf wurde schon im Januar 2014 beraten. Entscheidend sei, dass diesmal die Psychotherapeuten als



Am Tag der Neuapprobierten am 01.02.2014 nahmen mehr als 130 neue Kammerangehörige teil. Sie nahmen die Gelegenheit wahr, sich persönlich und aus erster Hand vom Kammervorstand über die Aufgaben der Kammer, ihre Rechte und Pflichten als Angehörige eines verkammerten Heilberufs und aktuelle berufliche Themen informieren zu lassen. Auf großes Interesse stießen auch die Vorträge zum Versorgungswerk und insbesondere die Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanung und den aktuellen Zulassungsmöglichkeiten.

unmittelbar Beteiligte in die Krankenhausplanung einbezogen werden, forderte die Präsidentin. Außerdem solle es eine Verpflichtung der Krankenhäuser geben, sich an der Aus- und Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu beteiligen.

Interessenvertretung der Psychotherapeuten sicherstellen!

Die Kammerversammlung beschloss mehrere Resolutionen zur aktuellen Gesundheitspolitik. Sie begrüßte, dass im Koalitionsvertrag Belange der Psychotherapeuten aufgegriffen werden, sie sehe jedoch nicht, wie bei der geplanten Neustrukturierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV die Interessen der Psychotherapeuten angemessen vertreten sein sollen. Die Psychotherapeutenkammer NRW forderte deshalb eine gesetzliche Vorgabe

für eine verbesserte Vertretungsmöglichkeit der psychotherapeutischen Belange im KV-System.

Honorargerechtigkeit herstellen!

Die PTK NRW forderte Politik, Krankenhausträger und die Regierungspräsidenten, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverband der Krankenkassen auf Bundesebene, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und KVNO sowie KWVL auf, endlich Honorargerechtigkeit für die psychotherapeutischen Leistungserbringer herzustellen. Sie forderte „eine substantielle Erhöhung der Honorare für psychotherapeutische Leistungen“ gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Sie forderte darüber hinaus den Gesetzgeber auf, mit einer gesetzlichen Klarstellung den Bewertungsausschuss zu verpflichten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten so zu vergüten, dass sie bei gleichem



Andreas Pichler

Arbeitseinsatz dasselbe verdienen können wie Ärzte der somatischen Medizin.

Neue Beitragsordnung ab 2015

Die Kammerversammlung beschloss, ab 2015 eine einkommensabhängige Beitragsordnung einzuführen. Diese löst die bisherige Beitragsordnung mit einem Regelbeitrag von 350 Euro ab.

Ab 2015 zahlt jeder Kammerangehöriger den gleichen Prozentsatz von seinen Ein-

künften aus psychotherapeutischer Tätigkeit. Der Prozentsatz beträgt 0,7 Prozent. Einkünfte bis zu 10.000 Euro bleiben beitragsfrei, ab 100.001 und mehr beträgt der Beitrag 700 Euro. Im Approbationsjahr ist kein Beitrag zu zahlen. Ist ein Kammermitglied nicht psychotherapeutisch tätig, so muss es nur einen Betrag von zehn Euro

zahlen. Zur psychotherapeutischen Tätigkeit gehört nicht nur die Behandlung von Patienten, sondern jede Tätigkeit, bei der Kenntnisse, die Voraussetzung für die Approbation waren, eingesetzt oder mitverwendet werden oder werden können. Jeder Kammerangehörige erhält Anfang des Kalenderjahres die Aufforderung, sich hin-



Vizepräsident Hermann Schürmann



Uschi Gersch



Matthias Fink

sichtlich der Beitragshöhe selbst einzustufen.

Vizepräsident Hermann Schürmann erläuterte die Vorteile der neuen Beitragsordnung. Ein einkommensabhängiger Beitragsatz sei finanziell gerechter, weil er insbesondere Kammerangehörige entlaste,

- die aufgrund familiärer Verpflichtungen weniger arbeiten könnten,

- die als Niedergelassene geringe Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit erzielen (z. B. bei Privatpraxis, Existenzgründung, hälftigem Versorgungsauftrag),
- die in geringem Umfang selbstständig zur Rente hinzuverdienen,
- die in geringem Umfang selbstständig zu einer angestellten oder beamteten Teilzeittätigkeit hinzuverdienen.

Dagegen würden Kammerangehörige mit höheren Einkommen stärker belastet, erklärte Schürmann.

Der Vorstand wurde von der Kammerversammlung beauftragt, im Jahr 2017 einen Bericht zur geänderten Beitragsordnung vorzulegen und darüber zu informieren, wie sich der Verwaltungsaufwand und die Anträge auf Ermäßigung entwickelt haben.

Haushalt

Die Kammerversammlung entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2012, beschloss einen Nachtragshaushalt für das Jahr 2013 und genehmigte den Haushaltsplan für das Jahr 2014, der Aufwendungen von insgesamt rund 3,6 Millionen Euro vorsieht.

Den größten Posten machen dabei die Personalaufwendungen für die Geschäftsstelle aus (ca. 1,467 Mio. Euro), beschlossen wurde eine zusätzliche Stelle zum Ausbau der Mitgliederberatung. An die Bundespsychotherapeutenkammer wer-

den 486.000 Euro abgeführt, 55 Euro pro Mitglied. Für die Kosten der Kammerwahl in 2014 wurden 100.000 Euro veranschlagt.

Es wird mit Einnahmen aus Kammerbeiträgen in Höhe von 3 Mio. Euro gerechnet, die restlichen Ausgaben finanzieren sich durch andere Einnahmen (Gebühren, Fortbildungsveranstaltungen, Zinsen) und durch Entnahme aus der Rücklage.

Wolfgang Schreck



Weiterbildung in Systemischer Therapie

Sabine Unverhau als Vorsitzende des Ausschusses Fort- und Weiterbildung konnte



Anni Michelmann

bei der Kammerversammlung berichten, dass ein verabschiedungsfähiger Entwurf für die Aufnahme eines Bereichs Systemische Therapie zu Beginn des Jahres vorliegen werde. Sie wurde unterstützt von Anni Michelmann, die erklärte, dass die Fachgesellschaften nach wie vor an der Aufnahme der Systemischen Therapie in die Weiterbildungsordnung der PTK NRW interessiert seien.

Dieses Thema hatte den Ausschuss Fort- und Weiterbildung und die Kammerversammlung über die ganze Amtsperiode beschäftigt. Zunächst löste das Vorhaben, Weiterbildung in einem auch für die Ausbildung als Vertiefungsverfahren anerkannten Verfahren zu regeln, Diskussionen über die Struktur und die Qualitätsanforderungen an Weiterbildung in einem weiteren Verfahren aus. In einer zweiten Phase waren konkrete Probleme zu lösen: Wie kann eine Weiterbildung in Verfahren während

der Berufstätigkeit gestaltet werden, welche berufsrechtlichen Vorgaben sind zu beachten, wie können die Übergangsregelungen für den Erwerb der Bezeichnung rechtssicher und möglichst unbürokratisch gestaltet werden? Vorarbeiten hierzu waren schon durch die Aufnahme von Kriterien für die Anerkennung von Supervisoren in Systemischer Therapie in die Weiterbildungsordnung geleistet worden.

Nicht zuletzt war zu berücksichtigen, dass die Weiterbildung in Systemischer Therapie für beide Berufe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten, zu regeln war. In Gesprächen von Ausschuss, Vorstand und Juristen konnten schließlich Lösungen für all diese Fragen gefunden werden, sodass der Ausschuss in einer Sitzung im Januar 2014 einen Entwurf zur Vorlage in der Kammerversammlung im Mai verabschieden konnte.

Der Entwurf ist nun zur Prüfung der Genehmigungsfähigkeit beim Aufsichtsministerium. Wenn von dort keine wesentlichen

Einwände kommen, kann und muss die Kammerversammlung im Mai über die Aufnahme eines ersten Verfahrens in die

Weiterbildungsordnung der PTK NRW entscheiden.

Leitbild – Psychotherapeutenkammer NRW

Die Kammerversammlung verabschiedete schließlich nahezu einstimmig ein Leitbild für die Tätigkeit der Kammer und ihrer Gre-

mien. Dieser Beschluss wurde in den letzten beiden Jahren durch vielfältige Beratungen in den unterschiedlichen Gremien

und der Kammerversammlung selbst vorbereitet.

Präambel

Die Psychotherapeutenkammer NRW ist die Selbstverwaltung aller Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen.

Wir schaffen mit dem Leitbild Orientierung für Mandatsträgerinnen und Mandatsträger, Kammerangehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Leitbild richtet sich auch nach außen.

Wir sind uns dabei unserer Verantwortung und unserer Einflussmöglichkeiten auf den Beruf und die Berufsausübung der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten bewusst.

Der Beruf

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Expertinnen und Experten für psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen und tragen mit ihrer Tätigkeit zur Gesundheit in der Bevölkerung bei. Sie üben einen seiner Natur nach freien Beruf aus.

Sie arbeiten wissenschaftlich fundiert und wenden wissenschaftlich anerkannte Verfahren und Methoden an, nutzen klinische Expertise und gestalten die Beziehung zu Patientinnen und Patienten professionell.

Sie achten die Würde ihrer Patientinnen und Patienten und üben ihren Beruf zu deren Wohl gewissenhaft aus. Dabei berücksichtigen und achten sie den kulturellen und sozialen Kontext. Sie respektieren die Autonomie ihrer Patientinnen und Patienten und gestalten ihr Handeln nachvollziehbar in einem sicheren Rahmen.

Die Psychotherapeutenkammer NRW

Die Psychotherapeutenkammer NRW legt verpflichtende Standards der Berufsausübung fest und entwickelt sie kontinuierlich unter Beachtung des Versorgungsbedarfs,

der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Berufstätigkeit weiter.

Sie engagiert sich für die Berücksichtigung der Belange psychisch kranker Menschen und für ein hochwertiges und ausreichendes psychotherapeutisches Versorgungsangebot. Sie zeigt Verbesserungsbedarf und -notwendigkeiten auf und macht auf gesellschaftliche Entwicklungen aufmerksam, die psychische Gesundheit beeinträchtigen können.

Sie informiert die Öffentlichkeit zu Themen der psychischen Gesundheit und der psychotherapeutischen Behandlung und berücksichtigt dabei die Vielfalt psychotherapeutischen Arbeitens. Sie fördert das Vertrauen zu Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Sie setzt sich für angemessene gesellschaftliche, gesetzliche und ökonomische Rahmenbedingungen der Berufsausübung ein.

Sie unterstützt die Kammerangehörigen in beruflichen Angelegenheiten und durch Fürsorgeeinrichtungen bei ihrer sozialen Absicherung.

Die Hauptaufgaben

Die Psychotherapeutenkammer NRW sorgt für eine hochwertige Fort- und Weiterbildung und angemessene Qualitätssicherung. Sie setzt sich kontinuierlich ein für eine höchsten Ansprüchen genügende Ausbildung und für entsprechende Ausbildungsbedingungen.

Sie sichert die Erfüllung der Pflicht zur sorgfältigen Berufsausübung.

Sie informiert die Kammerangehörigen in berufsbezogenen Belangen und bietet dazu Beratung und Dienstleistungen an.

Sie formuliert Positionen des Berufs und vertritt diese gegenüber Behörden und Politik, in Gesetzgebungsverfahren und gegenüber anderen Organisationen.

Sie setzt sich für leistungsfähige Versorgungsstrukturen und berufsübergreifende Zusammenarbeit ein.

Sie arbeitet eng mit anderen Kammern zusammen und pflegt regen Austausch mit Organisationen des Gesundheitswesens in Gremien und Initiativen.

Die Organisation

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist die Psychotherapeutenkammer NRW demokratisch verfasst. Sie handelt eigenständig auf der Grundlage von Recht und Gesetz durch den Erlass von Satzungen und Ordnungen.

Sie strebt eine breite Beteiligung der Kammerangehörigen an der Meinungsbildung zu wichtigen beruflichen Themen, die klare Formulierung der jeweiligen Interessen und Positionen und eine offene, kollegiale Diskussion an. Zu diesem offenen Diskurs gehört die Akzeptanz der Vielfalt psychotherapeutischer Entwicklungen und Verfahren.

Sie ist der Qualität und Professionalität ihrer Arbeit besonders verpflichtet. Wissen und Erfahrung bilden das Fundament der Arbeit. Dies erfordert eine entsprechende Ausgestaltung und Kontinuität der Geschäftsstelle.

Die gewählten Ehrenamtlichen steuern und kontrollieren in ihren jeweiligen Funktionen die Ausrichtung und das Handeln der Kammer über die Kammerversammlung und den Vorstand. Die Zusammenarbeit von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen ist getragen von gegenseitiger Wertschätzung und respektiert die unterschiedlichen Zuständigkeiten.

Klare Strukturen, eine funktionsgerechte Aufgabenteilung und die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen sind die Grundlage für einen leistungsfähigen Betrieb der Kammer.

Die Psychotherapeutenkammer NRW verwirklicht in ihrem Organisationshandeln die Grundsätze guter Verwaltung. Sie sorgt dafür, dass ihre Entscheidungen für die Kammermitglieder nachvollziehbar, transparent und begründet sind.

Nachruf: Zum Tode von Karl-Otto Hentze

Karl-Otto Hentze hat sich sein Leben lang für die gesellschaftliche Anerkennung der Psychotherapeuten engagiert. Die Durchsetzung des Psychotherapeutengesetzes und der gleichberechtigte Status der Psychotherapeuten und Mediziner war ihm eines seiner wichtigsten Anliegen. Sein berufspolitisches Engagement begann schon lange vor dem Psychotherapeutengesetz mit seiner Aktivität im BDP, mit seinem Einsatz für das Kostenerstattungsverfahren und für die Vernetzung und Vereinsgründung der Psychotherapeuten in Köln.

Wesentlicher Antrieb dafür war sicher auch die humanistische Grundhaltung von Karl-Otto Hentze, sein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und Person und das damit verbundene Bestreben, den Zugang zur Psychotherapie für Menschen aus allen Schichten zu öffnen.

Karl-Otto Hentze war von Beginn an Mitglied der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW. Er war Mitglied des ersten Vorstands der Kammer und über viele Jahre in verschiedenen Ausschüssen aktiv. Überall hat er Initiativen eingebracht, Vorlagen erstellt und seinen Standpunkt dargelegt.

An den vorbereitenden Arbeiten zur Satzung und der Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hatte er großen Anteil. Über lange Jahre gehörte er

zu den Sprechern der Gruppen auf dem Deutschen Psychotherapeutentag.



Karl-Otto Hentze
26. Juni 1939 – 3. Oktober 2013

Ein besonderes Anliegen war ihm die volle Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutisches Verfahren. Nach deren Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie hat die Psychotherapeutenkammer NRW auf seine Initiative hin den Antrag auf sozialrechtliche Anerkennung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestellt. Er hat eine Kommission Gesprächspsychotherapie der PTK NRW begründet, die

auch der BPTK in der Vertretung gegenüber dem G-BA zugearbeitet hat. In den Folgejahren hat Karl-Otto Hentze immer wieder das Engagement der PTK NRW und der BPTK dafür, dass dieses humanistische Verfahren allen Patienten zur Verfügung steht, eingefordert und nach Kräften unterstützt.

Sein Engagement war von immenssem Fleiß, von großer Beharrlichkeit und Loyalität zu den von ihm einmal als richtig und wichtig erkannten Anliegen geleitet.

Karl-Otto Hentze hat die Kammerversammlung immer wieder zur Reflexion über die anzustrebenden berufspolitischen Ziele, über das Verhältnis der verschiedenen Therapieverfahren untereinander herausgefordert und den fairen Interessenausgleich angemahnt, dies zuletzt noch in seiner Rede als Alterspräsident der konstituierenden Versammlung dieser Amtsperiode. Nicht nur für den großen Beitrag, den er für die Entwicklung der Profession und der Kammer geleistet hat, haben wir ihm zu danken. Wir werden uns auch immer an seine kritische Haltung gegenüber einem auf Reparatur eingeschränkten Verständnis von Heilung, seine unbedingte Ausrichtung auf die Wertschätzung der Autonomie jedes Einzelnen wie seinen Mut, auch gegen Widerstände und Widrigkeiten beharrlich zu seinen Auffassungen und Zielen zu stehen, erinnern.

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

Vor dem 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentag am 21. und 22. März in Leipzig – „Das Thema des Kongresses liegt mir sehr am Herzen.“



*OPK-Präsidentin Andrea Mrazek,
M. A., M. S. (USA)*

Nur noch wenige Tage bis zum 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentag (OPT) in Leipzig. Rund 450 Teilnehmer haben sich angemeldet und dürfen sich auf einen anregenden, praxisnahen Kongress an der Universität Leipzig freuen. Das PTJ bat die Präsidentin der OPK, Andrea Mrazek, noch kurz vor diesem bedeutenden ostdeutschen Kongress zum Interview.

So wenige Tage vor dem 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentag in Leipzig – mit welchen Gedanken und Emotionen gehen Sie als Präsidentin der OPK in diesen Kongress?

Je näher der Termin rückt, desto gespannter und neugieriger bin ich und natürlich auch aufgeregter. Die Art und die Größe der Veranstaltung ist für die Kammer einfach ein absolutes Novum. So etwas richten wir ja nicht ununterbrochen aus. Ich bin auch sehr gespannt auf die Reaktion unserer Mitglieder, so zum Beispiel auf die Themenwahl „Therapeutische Beziehungen“ für den 2. OPT. Es ist aus praxisnaher Sicht von größter Relevanz, aber auch unsere Wissenschaftler werden ihren Beitrag dazu leisten. Ich wünsche mir eine rege Diskussion zwischen Praktikern und Wissenschaftlern. Das wird sehr spannend.

Der OPT steht unter Ihrer wissenschaftlichen Leitung. Wie hat die Kammer ein so beeindruckendes Programm mit internationalen Größen der Therapieforschung auf die Beine stellen können?

Das Thema des Kongresses liegt mir sehr am Herzen. Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist in hohem Maße und über alle Verfahren hinreichend belegt. Umso interessanter ist es, welche einzelnen Faktoren dazu beitragen, Behandlungen weiter zu verbessern, sie individueller auf die einzelnen Patienten zuzuschneiden. Dazu werden uns unsere beteiligten Universitätsprofessoren, bildlich gesprochen, ihre Forschungsergebnisse säckeweise mitbringen.

Es geht aber auch um die Diskussion in der Kollegenschaft, ob uns randomisierte, kontrollierte Studien in unserer Arbeit in der Praxis weiterbringen oder ob wichtige Aspekte der Psychotherapie – wie die Passung PatientIn/TherapeutIn – wissenschaftlich mit anderen Methoden untersucht werden sollten. Es stehen also auch forschungsmethodische Fragen an, die in hohem Maße praxisrelevant sind.

Für die Gewinnung von Prof. Norcross und Prof. Castonguay aus den USA hatten wir zwei Bonusfaktoren: Wir sind von Amerika aus gesehen immer noch Osten, und man ist neugierig auf uns. Wir haben zudem einen sehr interessanten Veranstaltungsort in die Waagschale geworfen. Leipzig ist eine Stadt, für die man auch gern über den großen Teich kommt. Die Universitätslehrer aus unserem Kammergebiet beteiligen sich wieder sehr zahlreich mit ihren aktuellen Beiträgen. Erfreulich viele Kolleginnen und Kollegen bieten Workshops aus der Praxis für die Praxis an, sodass wir eine große Bandbreite an Beiträgen anbieten können.

Außerdem übersetzen wir die Vorträge und den Vertiefungsworkshop der Hauptvortragenden simultan. Daran ist beiden amerikanischen Kollegen sehr gelegen. Nicht weil wir denken, dass unsere Mitglieder nicht Englisch verstehen könnten, sondern um sicherzustellen, dass auch alle Feinheiten und Nuancen der wissenschaftlichen Beiträge diskutiert werden können.

Einen Ausblick wagend: Wird es in drei Jahren den 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentag geben?

Dazu würde ich mich zum jetzigen Zeitpunkt nicht festlegen wollen. Wir werden erst einmal den 2. Kongress im Nachgang auswerten und diskutieren. Natürlich ist der Wille vorhanden, länderübergreifend eine solche Veranstaltung für unsere Mitglieder anzubieten. Wir sind ja eine länderübergreifende Kammer. In welchem zeitlichen Abstand dies aber geschehen wird, bleibt erst einmal offen.



OPK-Fortbildungsveranstaltungen 2014 – Ankündigungen kurz und knapp

Psychohygiene – Präventionsansätze für den Alltag 25.-27.09.2014 in Rangsdorf

Bei dieser bereits zum zweiten Mal stattfindenden Veranstaltung stehen Sie selbst mit Ihrem Berufsalltag im Fokus der Aufmerksamkeit. Wie kann es gelingen, bei all der Konfrontation mit schwierigen und leidvollen Erfahrungen die innere Balance zu halten und die Lust am Leben nicht zu verlieren. Referenten aus Forschung und Praxis skizzieren kreative Wege, die Ihnen helfen sollen, selbst heil und handlungsfähig zu bleiben.

Mit einem Schmunzeln begleitet Sie Frau Dr. Nadine Schuster hinein in Ihr ganz persönliches Burn-out, nur um Sie mit dem anschließenden Workshop wieder einzufangen, in dem Erholung und der Fokus auf die inneren Antreiber im Zentrum stehen. Sie möchten wissen, wie Genuss Ihnen helfen kann, die innere Balance zu wahren? Das wird Ihnen der Genussforscher Dr. Rainer Lutz mit seiner kleinen Schule des Genießens näher bringen. Dipl.-Psych. Joachim Guzy möchte sich mit seinem Programm „1 Tag Selbsterfahrung für Psychotherapeuten“ auf die Belastungsfaktoren in der Therapeuten-Patienten-Beziehung konzentrieren und hier der



Frage nachgehen, was konkret in der Interaktion zwischen TherapeutInnen und PatientInnen belastend ist. In diesem Tagesseminar wird versucht, Antworten zu finden auf die Fragen, die Sie am meisten bewegen. Dabei wird die Selbsterfahrung das zentrale Thema sein. Im zweiten Teil des Seminars, bei der Anwendung von konkreten Übungen, werden wir uns auf psychohygienische „Schutzmaßnahmen“ konzentrieren, wie wir mit „emotionalem Smog“

umgehen können. Prof. Dr. med. Ralf Zwiebel, Psychoanalytiker, wird die Veranstaltung mit einem Vortrag zum Thema Professionalität im bipersonalen therapeutischen Beziehungsfeld abrunden.

Die Veranstaltung findet vom 25.09.-27.09.2014 im Hotel Seebad-Casino in Rangsdorf statt und kostet für Mitglieder der OPK 450,00 € und für Nicht-Mitglieder 470,00 € (zzgl. Übernachtungskosten).

Informationsveranstaltungen der OPK 2014

Die Diagnostik spielt im Berufsalltag der PsychotherapeutInnen eine entscheidende Rolle. Deshalb stellt die OPK die diesjährigen Informationsveranstaltungen unter den Titel „Stellenwert einer adäquaten Diagnostik“. Neben einer hoffentlich angeregten Diskussion erwartet Sie zu diesem Thema ein Vortrag. Weitere Tagespunkte werden wieder die aktuellen Arbeitsschwerpunkte der OPK, vergangene und zukünftige Entwicklungen in der Kammerpolitik sowie der persönliche Austausch mit Ihnen sein.

Folgende Termine und Orte sollten sich die OPK-Mitglieder daher vormerken:

- **08.09.2014 Mecklenburg-Vorpommern:**
Rostock, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- **09.09.2014 Brandenburg:**
Potsdam, Kassenzahnärztliche Vereinigung Brandenburg
- **30.09.2014 Thüringen:**
Erfurt, Kaisersaal Erfurt
- **13.10.2014 Sachsen-Anhalt:**
Magdeburg, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

- **16.10.2014 Sachsen:**
Dresden, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen

Im Anschluss an die Veranstaltung (16.00-18.30 Uhr) möchten wir Sie wie jedes Jahr zu einem gemeinsamen Imbiss einladen. Das Anmeldeformular mit allen notwendigen Informationen wird Ihnen im nächsten OPK aktuell zugestellt sowie auf unserer Homepage www.opk-info.de zu finden sein.

Die Veranstaltung ist für OPK-Mitglieder kostenfrei.

Aus der Reihe: Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben täglich mit kleinen und größeren PatientInnen zu tun, deren frühe Bindungsunsicherheiten Auswirkungen auf die gesamte Entwicklung der Kinder und deren Familien haben. Diesem Thema widmet sich die zweitägige Veranstaltung „Verhaltensauffälligkeiten und Störungen im Baby- und Kleinkindalter“ vom 14.11. bis 15.11.2014.

Neben grundlegenden Vorträgen zur normativen Entwicklung der Kinder bis zum dritten Lebensjahr sowie einem Überblick über erste Störungen im Entwicklungsverlauf werden Eltern-Kind-Interaktionen in der frühen Entwicklung und bei psychisch kranken Eltern thematisiert. Am zweiten Tag werden in Workshops Elterntrainings vorgestellt sowie praktisch eingeübt.



Sofortmaßnahmen der psychologischen ersten Hilfe bei Kindern und Jugendlichen 11.-12.07.2014, Halle (Saale)

Psychotherapeutische Akutversorgung in Notfällen gehört zu den gesetzlichen Pflichten der approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Um für den Fall des Falles gewappnet zu sein, werden im Rahmen der Weiterbildung Infor-

mationen und Basiskompetenzen vermittelt, z. B. für Notfälle bei Großveranstaltungen, in Schulen, bei Zugunglücken oder bei anderen Schadensereignissen, von denen Kinder betroffen sein können. Zentrale Inhalte der Weiterbildung sind die situ-

ationsangemessene Diagnostik, stützende und stabilisierende Interventionen, therapeutische Kurzinterventionen und administrative bzw. organisatorische Grundlagen.

Fortbildung Sachverständigentätigkeit

Grundlagenmodul, 05.-09.05.2014 in Halle (Saale)

In diesem Modul werden wichtige juristische und gesetzliche Rahmenbedingungen dargelegt, Einführungen in die verschiedenen Rechtsgebiete gegeben sowie die Rolle der Gutachter vor Gericht diskutiert. Weiterhin werden Aspekte zur Erstellung von Gutachten aufgegriffen, häufige Fehlerquellen erläutert und das Auftreten vor Gericht geklärt. Die Rechtsgebiete werden als Coreferate jeweils von juristischer und von psychotherapeutischer Seite vortragen. So entsteht ein interessantes Wechselspiel aus gerichtlicher Praxis und psychotherapeutischer Sichtweise.

Spezialisierung Sozialrecht, 07.-09.05.2014 in Potsdam

Begutachtung in diesem Rechtsfeld umfasst Ansprüche und Leistungen, die im Sozialgesetzbuch geregelt sind. Daraus erwachsende Fragestellungen sind zum Beispiel die nach der Zumutbarkeit einer Tätigkeit, der Bemessung eines Grades der Minderung der Erwerbsfähigkeit oder dem

Grad einer Behinderung. Neben dem theoretischen Teil werden Ihnen in dieser sehr praxisnahen Fortbildung Patienten vorgestellt, deren Begutachtung Sie in schriftlicher Form als Abschluss der Fortbildung dem Referenten vorlegen.

Spezialisierung Familienrecht, 23.-26.06.2014 im Schloss Machern

Das Modul Familienrecht vermittelt Ihnen vertiefte Kenntnisse der Sachverständigentätigkeit im Bereich Familien- und Sorgerecht. Neben rechtlichen Aspekten werden eingehend psychologisch-psychotherapeutische Voraussetzungen für die Begutachtung behandelt. Nach diesen einführenden Aspekten wird die familienrechtliche Gutachtenerstellung im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen.

NEU: Spezialisierung Zivil- und Verwaltungsrecht, 15.-19.09.2014 in Halle (Saale)

Zivil- und verwaltungsrechtliche Fragen betreffen sowohl Rechte und Zumutbarkei-

ten für die Patienten und für die Allgemeinheit wie auch Pflichten und Handlungsoptionen des Therapeuten und des Gesetzgebers. Vermittelt werden Ihnen vertiefte Kenntnisse der Sachverständigentätigkeit im Bereich des Zivilrechtes. Gleichwohl werden Sie mit Fragestellungen des Verwaltungsrechtes konfrontiert.

Für Fragen sowie Anmeldungen zu den OPK-Fortbildungsveranstaltungen wenden Sie sich bitte unter Tel. 0341-46243218 oder angelika.wendt@opk-info.de an Frau Wendt.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
Homepage: www.opk-info.de
E-Mail: info@opk-info.de

LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

LPK aktiv beim Jahresempfang der Wirtschaft 2014 Wenn die Seele krank wird, ist Professionalität gefragt!

Unter dem Motto „Wenn die Seele krank wird, ist Professionalität gefragt“ beteiligte sich die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz auch in diesem Jahr wieder am Jahresempfang der Wirtschaft in der Mainzer Rheingoldhalle. Dabei lenkte die Psychotherapeutenkammer die Aufmerksamkeit der Beteiligten auf die Frage, wie es gelingen kann, lange zu arbeiten und dabei zufrieden zu bleiben. Es war ein besonderes Anliegen deutlich zu machen, dass der Anstieg der psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz auch ein Umdenken in vielen Betrieben erfordert. Psychotherapeutischer Sachverstand ist notwendig, wenn es darum geht, mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die von einem Burn-out bedroht sind, angemessen umgehen zu können. Psychotherapeutische Expertise ist gefragt, wenn Mitarbeiter mit den psychischen Belastungen am Arbeitsplatz nicht mehr alleine klarkommen. Die Wirtschaftskammern und die Kammern der Freien Berufe in Rheinland-Pfalz, darunter auch alle Heilberufekammern in Rheinland-Pfalz, veranstalten in diesem Jahr zum 15. Mal den Jahres-



Die Ministerpräsidentin Malu Dreyer gemeinsam mit den PräsidentInnen und GeschäftsführerInnen der Landeskammern.

empfang der Wirtschaft. Die rheinland-pfälzischen Kammern vertreten insgesamt über 100.000 Unternehmen mit mehr als 413.000 Beschäftigten. In diesem Jahr hielt Ministerpräsidentin Malu Dreyer die Ansprache vor rund 4.000 geladenen Gästen aus Wirtschaft, Politik und Gesellschaft. „Nur wer mitmacht, kann mitgestalten, nur wer sich einbringt kann es

besser machen“, so das Votum der Ministerpräsidentin und der beteiligten Kammern.

Beim Jahresempfang der Wirtschaft trifft sich die rheinland-pfälzische Landespolitik mit den Kammernvertretern. Hier werden Kontakte geknüpft, Gespräche vereinbart und wichtige Themen diskutiert.



Verabreden sich zu weiterführenden Gesprächen – Julia Klöckner, Fraktionsvorsitzende CDU, Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin und Petra Regelin, Geschäftsführerin der LPK RLP.



Vertieft in Gespräche – die Ministerpräsidentin Malu Dreyer und die Vertreter der Landeskammern.

Gute Arbeit – Gesunde Arbeit: Expertise der LPK Rheinland-Pfalz ist bei Gesundheitspolitikern gefragt

„Gute Arbeit – Gesunde Arbeit: Prävention, betriebliches Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz im gesellschaftlichen Wandel“ – das ist der Titel eines Antrags der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen im rheinland-pfälzischen Landtag. Der Präsident der LPK RLP, Alfred Kappauf, ist vom Sozialpolitischen Ausschuss des Landtags sowohl zu einer schriftlichen Stellungnahme zum Antrag aufgefordert als auch zur mündlichen Anhörung eingeladen worden.

In ihrem Antrag setzen sich die Fraktionen aktiv damit auseinander, dass die psychischen Erkrankungen in Rheinland-Pfalz deutlich angestiegen sind und bei der Verursachung von Fehltagen in Betrieben erstmals auf den 2. Platz nach oben geklettert sind. Das Grundproblem: Viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fühlen sich durch immer längere Arbeitswege, ständige Erreichbarkeit und Überstunden überlastet. Inzwischen hat fast jeder zweite Beschäftigte mit seinem Arbeitgeber eine Absprache, außerhalb der Arbeitszeit erreichbar zu sein. Mehr als

jeder Dritte hat dienstliche Anrufe oder E-Mails auch außerhalb der Arbeitszeit erhalten. Diese Personengruppe berichtet häufiger als andere über psychische Beschwerden wie Erschöpfung, Niedergeschlagenheit oder Kopfschmerzen. „Diese Faktoren wirken besonders krankmachend auf Arbeitnehmer, wenn sie das Gefühl haben, ihr Arbeitsumfeld nicht selbst gestalten, steuern und kontrollieren zu können sondern, wenn sie sich Veränderungsprozessen hilflos ausgeliefert fühlen“, dies sagte der Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Alfred Kappauf, bei seiner mündlichen Anhörung im Landtag. „Flexible Arbeitswelten bieten also Chancen, wenn die Akteure ein hohes Maß an autonomer Kontrolle behalten. Wenn das nicht der Fall ist, werden die Grenzen der psychischen Belastbarkeit häufig überschritten. Besonders gesundheitsgefährdend sind innerbetriebliche Veränderungen, die nicht transparent gemacht werden, und deren Zielsetzung für Arbeitnehmer nicht klar erkennbar sind. Veränderungen, die als bedrohlich erlebt werden, lösen Stress

aus“, so der Präsident weiter. Besonders interessiert zeigten sich die Abgeordneten auch an der Feststellung des LPK-Präsidenten Kappauf, dass es bei der Suche nach den richtigen politischen Lösungen nicht nur darum gehen sollte, psychische Belastungen während der Arbeit zu eliminieren, sondern dass die Arbeitnehmer, zum Beispiel mit psychotherapeutischer Unterstützung lernen können, Belastungssituationen besser bewältigen zu können.

Der Landtag wird sich im Weiteren damit auseinandersetzen, mit welchem Maßnahmenpaket dem deutlichen Anstieg an Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen entgegengewirkt werden kann. Die Anhörung hat dazu beigetragen, den rheinland-pfälzischen Gesundheitspolitikern deutlich zu machen, dass Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz nicht ohne psychotherapeutisches Know-How denkbar ist. Insgesamt konnte die Rolle der Psychologischen Psychotherapeuten im Kontext der Gesunderhaltung am Arbeitsplatz gestärkt werden.

Herzliches Willkommen an unsere neuen Mitglieder

Richtig nett war die Veranstaltung zur Begrüßung der in 2013 eingetretenen Kammermitglieder am 04.12.2013 in den Räumen der LPK. Viele der eingeladenen Neumitglieder kamen interessiert und gut gelaunt, um eine kurze Einführung in das Kammerwesen und seine Bedeutung für den Berufsstand der Psychotherapeutinnen zu hören und um anschließend mit den anwesenden Vorstandsmitgliedern (A. Kappauf, Dr. A. Benecke, G. Borgmann-Schäfer), der Geschäftsführerin Frau Regelin und Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle ins Gespräch zu kommen. Es konnten direkt organisatorische Fragen

beantwortet werden, die Kompetenzbereiche der Sacharbeiterinnen „mit Gesichtern“ verbunden werden und das berufspolitische Handeln der Kammer konnte mit konkreten Menschen verbunden werden. Erwartungsgemäß standen Fragen zum Berufseinstieg im Vordergrund, wie etwa Niederlassung innerhalb des KV-Systems oder in der Kostenerstattung, Anstellung als Psychotherapeutin oder die Altersvorsorge.

Es mag ein sehr ambitioniertes Ziel sein, dass die Mitglieder die LPK auch als *ihre* Kammer wahrnehmen – sie ist und bleibt



Der Vorstand begrüßt die neuen Mitglieder.

eine Behörde –, aber die Bedeutung der Selbstverwaltung konnte vermittelt werden und bei einem Gläschen Sekt auch gelebt werden.

Ist das noch normal? Psychische Erkrankungen im Fokus

Psychische und psychosomatische Erkrankungen werden in den letzten Jahren immer häufiger diagnostiziert. Auch bei der

Verordnung von Antidepressiva verzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen

während der letzten Jahre einen maßgeblichen Anstieg.



Prof. Dr. Dr. Schneider (Universität Rostock), A. Bodemar (TK) und A. Kappauf (Präsident der LPK RLP).

Dies hat die rheinland-pfälzische Landesvertretung der Techniker Krankenkasse zum Anlass genommen, um in einer Expertenrunde gemeinsam über mögliche Ursachen und geeignete Maßnahmen nachzudenken.

Für die Landespsychotherapeutenkammer waren der Präsident, Alfred Kappauf, und die Geschäftsführerin, Petra Regelin, bei der Expertenrunde dabei.

Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Universität Rostock stellte die These auf, dass die Grenzen zwischen Gesundheit und seelischer Erkrankung zunehmend verschwimmen und dass soziale Probleme heute oft als pathologisch definiert und deshalb auch mit Medikamenten behandelt werden. Beispielhaft nannte er das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom

(ADHS) sowie Trauer mit depressiver Symptomatik. Eine solche Diagnosestellung hat negative Folgen für die Betroffenen, so die These von Prof. Schneider. Die Menschen werden unnötig stigmatisiert, Krankheitsprozesse werden eingeleitet und fixiert, die Selbstwirksamkeit geht verloren.

Alfred Kappauf stellte klar, dass Gesundheit und Krankheit keine klar definierten kategorialen Begriffe sind, sondern dimensional zu verstehen sind. Es lässt sich ein Konsens darüber erzielen, was eindeutig krank bzw. eindeutig gesund ist. Die Grenze zwischen leicht krank und wahrscheinlich gesund kann nur politisch, nicht theoretisch definiert werden und lässt sich je nach Interessenslagen verschieben. Die gesellschaftliche Toleranz gegenüber individuellem Anderssein hat abgenommen. Gesundheit wird zunehmend enger definiert, damit nimmt die Zahl der Lebensumstände, die nach und nach als Störungen gesehen werden, zu. Oft wird dies auch mit Präventionszielen gerechtfertigt. Diese steigende Pathologisierung ist kennzeichnend für alle Bereiche der Medizin, nicht nur für den psychischen Bereich. Die Anzahl der psychischen Diagnosen stieg mit jeder Überarbeitung des Diagnostischen und statistischen Manuals für psychische Störungen (DSM) bis zum DSM IV (1994) stark an; im neuen DSM V (2013) ist jedoch die Anzahl der Diagnosen um etwa 100, d. h. um mehr als ein Fünftel redu-

ziert. Nicht die Klassifikationssysteme können für die Pathologisierung verantwortlich gemacht werden, sondern die Klassifikationskriterien werden deutlich „elastischer“ als früher gehandhabt.

Die Experten waren sich einig: Es muss exakt diagnostiziert werden. Unser Gesundheitssystem braucht als Antwort auf die heterogenen Ausprägungen und Schweregrade von Symptomen und Erkrankungen sehr viel differenziertere und vielfältigere Interventions- und Behandlungsbausteine. Es ist dringend erforderlich, eine professionelle Prävention von psychischen Erkrankungen aufzubauen und auch niedrigschwellige Behandlungsansätze nachhaltig zu verankern, gleichzeitig aber die Normalität von vorübergehenden Auffälligkeiten und deren adaptive Funktion zu berücksichtigen. Sowohl zu wenig als auch zu viel kann weichenstellend sein, dass sich aus Befindlichkeitsstörungen chronische psychische Erkrankungen entwickeln.



„Ist das noch normal?“ Die Expertise des Präsidenten, Alfred Kappauf, ist gefragt.

Elektronische Gesundheitskarte geht in die Erprobung



Im 4. Quartal 2014 soll es nun ernst werden: Die an fast 95% der GKV-Versicherten neu ausgegebene elektronische Gesundheitskarte (eGK) soll online erprobt werden. In zwei Testregionen Nordwest (NRW, RLP, SLH) und Südost (Bayern, Sachsen) werden rund 375 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten

(davon 40% Hausärzte), 125 Zahnärzte, vier Krankenhäuser und ein Universitätsklinikum gesucht, die sich daran beteiligen. Bei den ausgewählten Praxen und Institutionen einschließlich etwa 25 bis 30 Psychotherapeuten je Testregion werden zunächst das Management der Versichertenstammdaten und – zeitversetzt um etwa zehn Monate – eine sichere Kommunikation durch signaturgestützte Heilberufekarten zwischen den Leistungserbringern erprobt.

Die eGK wird in den Testregionen bei einem Arztbesuch in einem Kartenterminal der Praxis eingelesen. Dabei werden die Daten auf der Karte mit den aktuellen administrativen Daten der Krankenkasse ab-

geglichen. Name, Adresse und Versichererstatus werden auf Aktualität überprüft und bei Bedarf überschrieben. Daten aus der Arztpraxis sollen dabei nicht in das Netz übermittelt werden. Das Einlese-System ist außerdem nicht mit der jeweiligen Arzt- oder Kliniksoftware verknüpft. Bei der Erprobung werden also allein die Versichertenstammdaten ausgelesen, Behandlungsdaten aber nicht gespeichert. Für die Ärzte und PP/KJP in der Erprobung wird der Einsatz der eGK mit einem kostenfreien Service verbunden: der Aktualisierung der Versichertenstammdaten. Die Behandler haben nichts selbst einzugeben. Der Abgleich läuft online innerhalb von höchstens sieben bis dreizehn Sekunden über

einen Konnektor, das ist ein zusätzlicher Hardware-Router, der das Kartenlesegerät mit dem Internet verbindet und einen VPN-Tunnel (Virtual Personal Network) errichtet. Alle Kosten sowie zusätzliche Aufwandsentschädigung der freiwillig teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten,

die von den verantwortlichen Industriekonsortien rekrutiert werden, werden von der Firma Gematik bestritten.

Die Kammern der beteiligten Testregionen selbst werden in diesem Prozess jeweils die Mitgliedschaft – wahrscheinlich online

– von teilnahmebereiten Psychotherapeuten bestätigen, die dafür einen elektronischen Heilberufsausweis neuer Generation erhalten. Dieser wird über ein Internetportal – eingerichtet von dem verantwortlichen Industriekonsortium – beantragt und zugestellt werden.

Save the date! Fachtagung und Herbstfest am 27.09.2014

„Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen“

Auch in diesem Jahr lädt die LPK wieder zu einer interessanten Fachtagung mit anschließendem Herbstfest ein. Es geht dieses Mal um die Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshinter-

grund. Die Fachtagung befasst sich mit interkulturellen Kompetenzen in der Psychotherapie. Die Veranstaltung findet am 27. September 2014 statt – in der Alten Mensa der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Und anschließend feiern wir – wie immer – das Herbstfest der Landespsychologinnenkammer, mit leckerem Essen und gutem Wein. Bitte merken Sie sich den Termin schon einmal vor. Sobald das Programm zusammengestellt ist, werden Sie natürlich

noch einmal gesondert eingeladen. Wir freuen uns auf Sie!

Das Besondere in diesem Jahr: Die Landespsychologinnenkammer kooperiert mit dem Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen in Rheinland-Pfalz. Frau Ministerin Irene Alt hat die Schirmherrschaft über die Veranstaltung übernommen und wird ein Grußwort sprechen.

Ankündigung

Auch in diesem Jahr wieder! Das Existenzgründungsseminar – Möglichkeiten der freiberuflichen Tätigkeit ohne Kassenzulassung 24. Mai 2014, 10:00 – 17:30 Uhr

Geschäftsstelle der LPK RLP, Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30, 55130 Mainz

Der Fokus ist auf drei Aspekte gerichtet:

Die Privatpraxis und ihre rechtlichen Rahmenbedingungen:

- G. Borgmann-Schäfer, Mitglied des Vorstands LPK RLP

Die Situation in der Gesetzlichen Unfallversicherung:

- T. Schwarz, Landesverband Mitte der Gesetzl. Unfallversicherung

Die steuerrechtlichen Normen:

- W. Steidl, Steuerberater

Das ausführliche Programm und ein Anmeldeformular finden Sie auf unserer Homepage unter:

www.lpk-rlp.de/news/termine

Am 05.04.2014 findet die nächste Vertreterversammlung der LPK statt. Hierzu sind alle interessierten Mitglieder herzlich eingeladen. Wir bitten aus organisatorischen Gründen um vorherige Anmeldung.

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld Str. 30
55130 Mainz

Die Telefonnummern und die Faxnummer der Geschäftsstelle haben sich verändert. Ab sofort erreichen Sie uns unter den folgenden Nummern:

Allgemeine Fragen:

06131/93055-10

Fort- und Weiterbildung:

06131/93055-16

Veranstaltungszertifizierung:

06131/93055-11

Mitgliederverwaltung/Beitrag:

06131/93055-12

Rechtliche Fragen:

06131/93055-13

Fax-Nummer:

06131/93055-20

E-Mail & Internet:

service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Gedenken

Wir gedenken unseres verstorbenen Kollegen:

Klaus-Joachim Noschka

† 12.02.2014

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit:

Gisela Borgmann-Schäfer, Dr. Andrea Benecke, Alfred Kappauf, Petra Regelin, Stefanie Rosenbaum und Peter Andreas Staub.



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Wahlergebnis der Kammerwahl 2013

Die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes haben in der Zeit vom 02.12.2013 bis 17.12.2013 gewählt. Wahlberechtigt waren insgesamt 482 Kammermitglieder, davon 393 Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und 89 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP). Es wurden 311 Wahlbriefe abgegeben (248 von PP, 63 von KJP). Damit lag die Wahlbeteiligung bei insgesamt 65%, der Anteil bei den PP betrug 63%, bei den KJP 71%. Zu besetzen waren 19 Sitze für PP und 5 Sitze für KJP.

Für die PP waren drei Listen angetreten, die folgenden Stimmenanteil erreichten:

- Liste 3 „Angestellte PP“:
1.582 Stimmen = 36,1%
- Liste 2 „Nur mit uns“:
1.491 Stimmen = 34,1%
- Liste 1 „Wir für Sie – PP“:
1.303 Stimmen = 29,8%

Die KJP waren mit zwei Listen angetreten:

- Liste 2 „Kompetenz und Vielfalt“:
166 Stimmen = 56,3%
- Liste 1 „Wir für Sie – KJP“:
129 Stimmen = 43,7%

Wahlergebnis zur Sitzverteilung der zukünftigen Vertreterversammlung

PP = 19 Sitze		
Name	Liste	Stimmen
Joachim Jentner	2	204
Barbara Neurohr	2	204
Bernhard Morsch	3	201
Michael Antes	2	198
Ilse Rohr	1	181
Irmgard Jochum	3	171
Petra Schuhler	3	169
Ernst Kern	3	162
Inge Neiser	2	158
Liz Lorenz-Wallacher	1	158
Thomas Anstadt	1	151
Michael Schwindling	2	129
Roland Waltner	3	125
Ulrike Linke-Stillger	1	113
Lisa Güllich	1	100
Kizil Tekdemir	1	98
Alexander Dröschel	3	91
Sabine Leonhardt	2	90
Birgit Baltes	3	80
KJP = 5 Sitze		
Name	Liste	Stimmen
Susanne Münnich-Hessel	2	69
Werner Singer	1	45
Uwe Weiler	2	37
Frank Paulus	2	31
Andrea Maas-Tannchen	1	25

Bernhard Morsch als Präsident der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes bestätigt

Am 10. Februar 2014 hat die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes Dipl.-Psych. Bernhard Morsch erneut zu ihrem Präsidenten gewählt. Morsch stand der Kammer bereits seit 2009 vor.

Ebenfalls in ihrem Amt bestätigt wurden die Vizepräsidentin Dipl.-Psych. Inge Neiser sowie die VorstandskollegInnen Dipl.-Psych. Irmgard Jochum und Dipl.-Psych. Michael Schwindling. Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hensel wurde als Vertreterin der Berufsgruppe der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in den Vorstand gewählt.

In seiner Antrittsrede hob Morsch den gewachsenen Beitrag der PsychotherapeutInnen in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung hervor. Gerade die Breite der Arbeitsfelder, in denen PsychotherapeutInnen tätig sind, mache den Berufsstand unverzichtbar. Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes vertritt die rund 500 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die in der ambulanten und stationären Versorgung von psychisch Kranken im Saarland tätig sind. Knapp die Hälfte der Kammermitglieder leistet als selbständig Tätige den Hauptteil der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung, zu denen seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1998 jeder Bürger mit seiner Versichertenkarte analog zur haus- und fachärztlichen Versorgung freien Zugang hat. Die andere Hälfte



Bernhard Morsch



Inge Neiser



Susanne Münnich-Hensel



Irmgard Jochum



Michael Schwindling

der PsychotherapeutInnen ist in der Prävention und Beratung von Rat- und Hilfesuchenden sowie in der Behandlung und Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen in unterschiedlichen Institutionen wie Beratungsstellen, Schulpsychologischen Diensten, der Kinder- und Jugendhilfe sowie in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken tätig.

„Die steigende Anzahl von Menschen, die wegen einer psychischen Erkrankung die ihnen zustehende fachliche Hilfe in Anspruch nehmen möchten, führt seit Jahren zu einer Versorgungslücke, die die Politik bislang nicht ernsthaft geschlossen hat“, stellt Morsch fest. Dies habe wie auch in anderen Facharztgruppen zu langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz geführt. Andererseits seien die Arbeitsunfähigkeitszeiten bei psychischen Erkrankungen mit mehr als 30 Tagen rund doppelt so hoch wie die durchschnittlichen AU-Zeiten aller anderen Erkrankungen je Versichertem und Jahr zusammen. „Psychische Erkrankungen verschlimmern sich unbehandelt, vermeidbare medikamentöse Behandlungen gerade auch bei Kindern- und Jugendlichen sowie teure stationäre Krankenhausaufnahmen steigen und laut einer aktuellen Studie der Bundespsychotherapeutenkammer ist fast jede zweite Frührente psychisch bedingt“, so der Präsident. Die Gesellschaft dürfe nicht weiter die Augen vor diesem Versorgungsnotstand verschließen und müsse die Politik zum entschiedenen Handeln auffordern. Die Kammer leistet hier seit Jahren wichtige berufs- und gesellschaftspolitische Aufklärungsarbeit.

Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes bedankt sich für die eingegangenen Glückwünsche der Landeskammern und freut sich auf eine weiterhin gute Zusammenarbeit in den Gremien auf Bundes- und Länderebene!

Gemeinsame Fachtagung von Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer zum Thema „Schwerkranke Eltern – überforderte Kinder?“

Am 15. Februar 2014 fand in Saarbrücken die erste gemeinsame Fachtagung der Psychotherapeutenkammer und der Ärztekammer des Saarlandes statt. Initiiert und organisiert wurde die Veranstaltung vom gemeinsamen Beirat beider Kammern mit dem Ziel, den Fokus auf die unzureichenden Betreuungsangebote von Kindern schwerkranker Eltern im Saarland zu lenken. Man wollte zu einem Dialog aller am Prozess Beteiligten kommen, Wege zur

Verbesserung der Betreuung betroffener Kinder aufzeigen und Kooperationsmöglichkeiten erörtern.

In ihrem gemeinsamen Grußwort betonten die Präsidenten der beiden Kammern, Dr. med. Josef Mischo, Ärztekammer, und Dipl.-Psych. Bernhard Morsch, Psychotherapeutenkammer, die Bedeutung der interdisziplinären Vernetzungsnotwendigkeit nicht nur bei diesem Thema und begrüß-

ten ausdrücklich die Initiative des gemeinsamen Beirates verbunden mit dem Wunsch, weitere gemeinsame Fortbildungen durchzuführen.

Wenn ein Elternteil psychisch oder auch körperlich schwer erkrankt, belastet das die ganze Familie und vor allem die Kinder. Wie weit das gehen kann, machte Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Albert Lenz von der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfa-

len, Abteilung Paderborn, am Samstag in Saarbrücken an alarmierenden Zahlen deutlich. Das Risiko, selbst eine psychische Störung zu bekommen sei bei Kindern psychisch kranker Eltern gegenüber anderen Gleichaltrigen um das Vierfache erhöht und liege bei rund 60% bis 65%.

Lenz legte in seinem Beitrag dar, welchen Belastungen Kinder ausgesetzt sind, wenn Mutter oder Vater an Depressionen, Borderline-Störungen, Schizophrenie oder anderen schweren psychischen Erkrankungen leiden. So seien die psychisch kranken Eltern häufig emotional weniger verfügbar, achteten nicht ausreichend auf die Bedürfnisse des Kindes und böten selten stabile Bindungen. Stattdessen übernahmen die verunsicherten Kinder vielfach die Verantwortung, „bemutterten“ die Eltern mehr, als sie verkraften könnten. Darüber hinaus seien sie, da die Familien die Krankheit oft tabuisierten, zumeist nach außen isoliert. Auf Dauer könnten Kinder all diese Probleme nur unzureichend kompensieren. Deshalb müsse man sie möglichst frühzeitig mit präventiven Maßnahmen psychologisch mitversorgen, sagte Lenz. Daran fehlt es aber offensichtlich allerorten, auch im Saarland, so ein Fazit der Tagung.

Im Saarland gibt es bislang nur das Projekt Oase des Caritasverbands Schaumberg-Blies, das Kindern psychisch kranker Eltern Hilfe anbietet – und Ende des Jahres läuft dessen Finanzierung aus. Dabei liegt das Risiko für diese Kinder, selbst psychisch zu erkranken, bei bis zu 65%. Die „Oase“ wird lediglich von zwei Mitarbeiterinnen getragen, wie Projektleiterin Dipl. Soz.-Päd. Petra Scherschel in ihrem Vortrag betonte, die Weiterfinanzierung nach Ablauf des derzeit dritten Jahres ist ungesichert.

Auch Patenschaften für betroffene Kinder wie in anderen Bundesländern gebe es hier nicht, ebenso wenig Angebote für Kinder krebserkrankter Eltern, sagte Petra Otto, Leiterin der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Saarland (KISS).

Die besondere Problematik „Wie Kinder mit Tod umgehen“ – erläutert von Privatdozent Dr. med. Sven Gottschling, Chefarzt des Zentrums für Palliativmedizin und Kin-



Bernhard Morsch, Josef Mischo



Sven Gottschling

derschmerztherapie der Universitätsklinikum des Saarlandes – war ein weiteres Thema der Veranstaltung, an der 158 Fachkräfte teilnahmen.

Dr. Gottschling schaffte es in seinem sehr unter die Haut gehenden Vortrag, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung in seinen Bann zu ziehen. Mit eindrucksvollen Fallbeispielen aus seiner langjährigen Berufspraxis v. a. in der Arbeit mit



Albert Lenz

onkologisch schwer erkrankten Kindern zeigte er auf, wie unterschiedlich der Um-

gang mit dem Tod für Erwachsene und Kinder ist: „Die Trauer von Erwachsenen ist

wie ein Waten durch einen Fluss, dessen Ufer nicht zu erkennen ist; Kinder stolpern in Pfützen der Trauer und springen wieder weiter“, und was die Erwachsenen von den Kindern im Hinblick auf einen offeneren, kreativeren und gesünderen Umgang mit dem Thema Tod und Sterben lernen können.

Die Moderatoren Dr. med. Jochen Maus (Ärzttekammer) und Dipl.-Psych. Inge Neiser (Psychotherapeutenkammer) zeigten sich beeindruckt von der großen Resonanz – es waren rund 160 ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen sowie Teilnehmer aus unterschiedlichen Berufsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe anwesend – und die rege Diskussion am Ende der Veranstaltung zeigte, dass ein großer Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem Ziel des Ausbaus der Betreuungsangebote für Kinder schwerkranker Eltern im Saarland besteht.



Inge Neiser, Jochen Maus, Petra Scherschel

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maïke 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,

die Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH) besteht aus Kammern und Verbänden der akademischen Heilberufe in Schleswig-Holstein und versteht sich als die Organisation, die fachübergreifend die interprofessionelle Zusammenarbeit fördert zum Wohle der Patienten. Diese regelmäßigen Zusammentreffen der Präsidenten der Heilberufekammern und Vorsitzenden sind in dieser Form

wohl einzigartig in Deutschland. Aktuell verfolgt die IDH die konzeptionelle Weiterentwicklung der Patientenversorgung im Flächenland unter den Aspekten der Qualität und Struktur. Dabei geht es nicht nur um einen kollegialen Meinungsaustausch unter Präsidenten, sondern auch um fachpolitischen Kontakt zu Landespolitik und Gesundheitsministerium. Außerdem vergibt die IDH jährlich einen Medienpreis an

Journalisten für eine besonders gelungene Veröffentlichung zu Gesundheitsthemen. In diesem Jahr übernimmt die PKS SH turnusmäßig die Geschäftsführung und Ausrichtung der Feierlichkeiten zur Medienpreisverleihung.

Viel Freude beim Lesen wünscht

*Juliane Dürkop
 Präsidentin*

Beeinträchtigung der psychotherapeutischen Grundversorgung in Schleswig-Holstein

Kurzer Rückblick: Anfang letzten Jahres empfahl der Einheitliche Bewertungsausschuss Kassenärzte-Krankenkassen die Ausgliederung von antragspflichtigen Psychotherapieleistungen und Probatorik aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Diese Kosten sollten fortan die Gesetzlichen Krankenkassen außerhalb des Gesamtbudgets für Fachärzte, also „extrabudgetär“, bezahlen. Alle nicht antragspflichtigen Leistungen der niedergelassenen PsychotherapeutInnen wie z. B. Grundpauschalen, Testungen, Anamnesen oder auch 10-Minuten-Ziffern für das sogenannte „psychotherapeutische Gespräch“ verbleiben also im großen Honorarverteilungstopf. Bei der Umsetzung dieses Beschlusses hatten die einzelnen KVen etwas Spielraum. Im Kassenärztlichen Bezirk Schleswig-Holstein gilt seit dem 01.04.2013 ein neuer Honorarverteilungsmaßstab (HVM), der die psychotherapeutischen Leistungen aus dem Gesamtbudget mit Zeitkontingenten versieht. Das sind für Psychologische Psychotherapeuten 2.257 Minuten im Quartal und für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 2.273 Minuten. Bei Überschreitung kann es zu deutlichen Abschlägen bei den Vergütungen kommen. Schon vor der Sommerpause wandten sich einzelne KollegInnen und

regionale Gruppierungen von Betroffenen protestierend an die KVSH, an deren Ausschuss Psychotherapie und auch an die PKS SH. An Leserbriefen im Nordlicht aktuell ist noch immer zu erkennen, dass viele PsychotherapeutInnen sich mit diesen Beschränkungen nicht anfreunden können. Die KollegInnen befürchten überwiegend Einschränkungen für das Leistungsangebot bei besonders belasteten PatientInnen.

Anfragen der PKS SH bei der KVSH wurden eher unhaltend und beschwichtigend beantwortet:

- Die Verpflichtung zur vollen Vergütung bestehe nun einmal nur für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen.
- Die Minutenkontingentierung beziehe sich ja nur auf die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen.
- Die KVSH könne noch keine Leistungsverchiebungen erkennen (Stand November 2013), wolle das aber überprüfen.
- Eigentlich könnte es zu keinen Einschränkungen kommen, da die Gesamtvolumina der nicht genehmigungs-

pflichtigen Leistungen beibehalten würden.

- Die KVSH wolle weiterhin beobachten und analysieren.
- KV-Mitglieder mit Honorarverlusten über 15% könnten Härtefallanträge stellen.

Hier scheint man also allein mit dem Taschenrechner geplant zu haben. Dass die Zeitkontingentierung nicht alle PsychotherapeutInnen durchschnittlich trifft, sondern sie sehr unterschiedlich beeinträchtigt, scheint man in der KVSH nicht wahrnehmen zu wollen. Besonders beeinträchtigt sind PsychotherapeutInnen mit großem Patientenstamm, wo allein die Grundpauschalen schon bis zur Hälfte des Zeitkontingents verbrauchen. Weiterhin leiden insbesondere engagierte KollegInnen, die sich im Angebot auf spezielle Personengruppen beziehen, wie PsychosepatientInnen oder PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen. Auch Testungen und Gruppenbehandlungen führen zu intensiverem „Zeitverbrauch“. Hier besteht die allgemeine Gefahr, dass Leistungsanbieter jetzt schon im Vorwege vorsichtiger rechnen und dann sicherheitshalber auf die genehmigungspflichtigen Leistungen ausweichen. Am Ende könnte es für die Kranken-

kassen paradoxerweise sogar teurer werden.

Die PKSH hat bezüglich dieser Problematik Kontakt mit der KVSH aufgenommen und wird in näherer Zukunft auch versuchen, hierzu mit den Krankenkassen ins Gespräch zu kommen. Erste Termine sind geplant.

Die Pressearbeit der Kammer zu diesen Themen im Jahr 2013 war besonders erfolgreich. Ein eigens angesetztes Pressegespräch am 12.12.2013 mit einem niederge-

lassenen Psychologischen Psychotherapeuten aus Lübeck und einer niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin aus Eckernförde wurde von der schleswig-holsteinischen Presse gut angenommen. An den Folgetagen gab es mehrere Berichte in allen Zeitungen des Landes. Die Präsidentin und der Geschäftsführer der Kammer wurden im Hörfunk und Fernsehen zu der Thematik wiederholt befragt. Am 03.01.2014 erschienen ein Artikel und ein Kommentar zur Situation in Schleswig-Holstein in der Ärzte-Zeitung

online. Es gibt auch in diesem Jahr immer noch Interviewanfragen und weitere Pressemeldungen sind wahrscheinlich.

Die KVSH will den aktuell gültigen HVM in 2014 wieder auf den Prüfstand stellen. Die PsychotherapeutInnen in Schleswig-Holstein hoffen darauf, dass dann Sachargumenten für eine angemessene psychotherapeutische Grundversorgung Rechnung getragen wird.

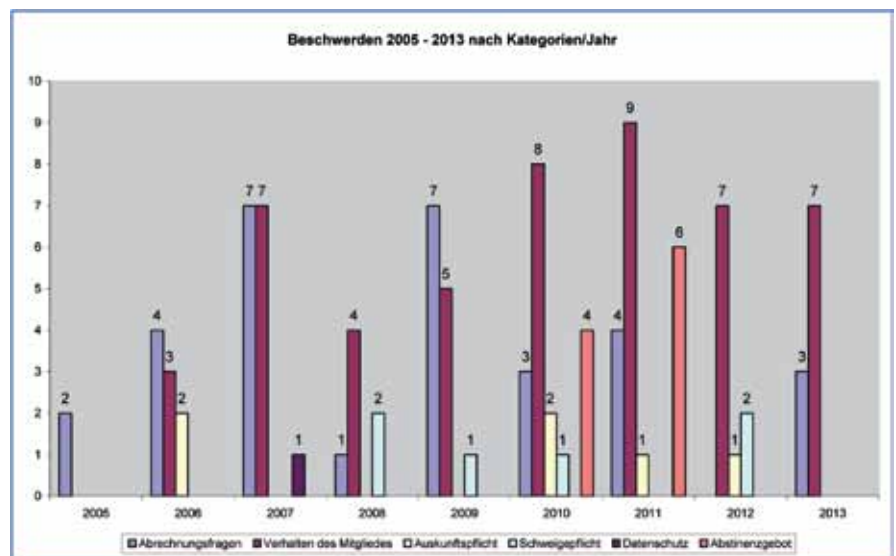
*Dr. Klaus Thomsen
Vorstandsmitglied*

Beschwerdemanagement in 2013

Wie bereits in 2012 war die Zahl der Beschwerden über Kammermitglieder, die in 2013 bei der Psychotherapeutenkammer eingingen, mit zehn Fällen erfreulich niedrig. Ebenso erfreulich war die Tatsache, dass der Gegenstand der Beschwerden in neun der zehn Fälle als geringfügig oder gegenstandslos angesehen werden konnte. In einem Fall steht der Verdacht des Abrechnungsbetruges im Raum, sodass zu diesem Vorgang derzeit vom Untersuchungsführer ermittelt wird.

Inhaltlich bezogen sich die Beschwerden in sieben der zehn neuen Fälle auf Verhaltensweisen des Kammermitgliedes, in drei Fällen auf Honorarstreitigkeiten. Beschwerden zu diesen beiden Bereichen machen seit Jahren den Großteil der Beschwerden aus (zusammen ca. 80% aller Beschwerden seit Bestehen der Berufsordnung 2005), wobei die Anzahl von Beschwerden über Honorarstreitigkeiten tendenziell ab-, die über Verhaltensweise von Mitgliedern tendenziell zunimmt.

Beschwerden über Verhaltensweisen betrafen in der Regel die Sorgfaltspflichten in der Berufsausübung. In einem konkreten Fall wurde dem Mitglied vorgeworfen, über viele Wochen nicht erreichbar gewesen zu sein. Das Mitglied räumte fehlende Erreichbarkeit über viele Wochen ein und begründete dies mit technischen Problemen seiner Telefonanlage. Aus Sicht der Kammer gehört es jedoch zu den Sorgfaltspflichten der Mitglieder, grundsätzlich für PatientInnen erreichbar zu sein. Beim Wissen um technische Schwierigkeiten



fordert das Berufsrecht, diese entweder in einem angemessenen Zeitraum zu beheben, oder PatientInnen darüber in Kenntnis zu setzen und andere Möglichkeiten der Kontaktaufnahme aufzuzeigen.

In zwei weiteren Fällen wurde deutlich, dass die bestehenden berufsrechtlichen Regelungen zum Abstinenzgebot wenig präzise sind. In den Fällen waren die Mitglieder in Vorgänge involviert, die in Zusammenhang mit strafrechtlich relevantem Verhalten eines dritten Mitgliedes stehen. Aus Sicht der Kammer verstießen die Verhaltensweisen dieser beiden Mitglieder gegen das Abstinenzgebot, da sie zu dem dritten Mitglied private oder berufliche Beziehungen hatten, die sich störend auf die jeweilige berufliche Tätigkeit auswirken dürften. Die Ermittlungen hierzu wurden seitens des Untersuchungsführ-

ers jedoch eingestellt, mit dem Hinweis, dass die Berufsordnung präzisiert werden müsste, um die Verhaltensweisen berufsrechtlich ahnden zu können.

Honorarstreitigkeiten treten meist nur dann auf, wenn PatientInnen mit Rechnungen konfrontiert sind, die sie überraschen, aus welchen Gründen auch immer. Berufsrechtlich sind solche Vorgänge dann zu ahnden, wenn gestellte Rechnungen entweder sittenwidrig sind oder Mitglieder der berufsrechtlich geforderten Aufklärungspflicht nicht nachgekommen sind. In diesem Zusammenhang möchten wir auf das Patientenrechtegesetz hinweisen, dass seit 26.02.2013 in Kraft ist. Demnach ist über Behandlungskosten, von denen bekannt ist, dass sie möglicherweise nicht von Dritten (also beispielsweise der Krankenkasse) getragen werden, vor Beginn der Be-

handlung in Textform aufzuklären. Andernfalls besteht zivilrechtlich kein Anspruch auf die Honorierung solcher Leistungen.

Überhaupt weist das Patientenrechtegesetz einige Berührungspunkte mit dem Berufsrecht auf. Auf Bundes- wie auf Landesebene sind die Psychotherapeutenkammern damit befasst, Angleichungen der Berufsordnungen an das Patientenrechtegesetz zu diskutieren und ggf. vorzunehmen. In Schleswig-Holstein hat sich die Kammerversammlung am 07.03.2014 mit dieser Thematik befasst. Die Sitzung lag aber nach Redaktionsschluss dieser PTJ-Ausgabe. Über die Ergebnisse werden wir Sie in Kürze auch im Rahmen einer Veranstaltung informieren (siehe blauer Kasten).

Auch die Abschlüsse berufsrechtlicher Verfahren in 2013 gestalteten sich in der Re-

Terminankündigung

Informationsveranstaltung zu den Themen:

- Berufsordnung vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes
- Ergebnisse der Angestelltenbefragung

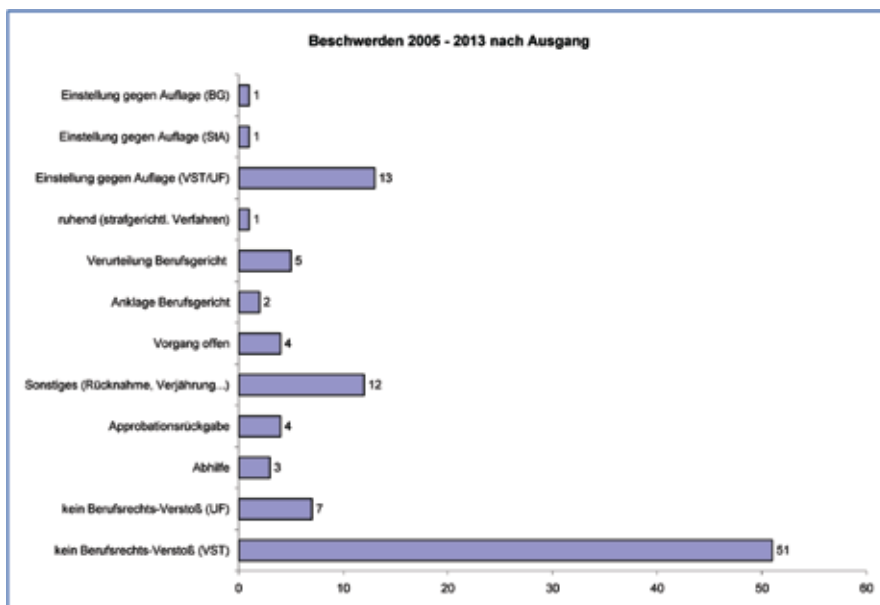
Datum: Do., 08. Mai 2014, 18.30 Uhr
Ort: Hotel PRISMA, Neumünster

Einladung mit weiteren Details folgt.

gel unkompliziert. In den allermeisten Fällen erwiesen sich die Beschwerden als gegenstandslos oder konnten wegen geringfügigkeit gegen Zahlung eines Geldbetrages an eine gemeinnützige Einrichtung eingestellt werden. Ein Verfahren ist derzeit beim Berufsgerichtshof anhängig, in einem weiteren wurde der Untersuchungsführer mit den Ermittlungen beauftragt.

Zum endgültigen Abschluss kam in 2013 schließlich ein strafrechtliches Verfahren, dass auch von den Medien in Schleswig-Holstein sehr aufmerksam begleitet wurde. Ein Mitglied wurde vom Landgericht Itzehoe wegen sexuellen Missbrauchs von Patientinnen zu zwei Jahren Haft auf Bewährung und 33.000,- € Schmerzensgeld verurteilt. Nach diesem Urteil wäre dann für die Kammer der sogenannte berufsrechtliche Überhang zu prüfen. Hiermit sind im Zusammenhang mit dem Delikt stehende berufsrechtliche Verstöße gemeint, die durch die strafrechtliche Sanktionierung nicht abgedeckt sind. In diesem Fall wäre ein berufsrechtlicher Überhang sicher als gegeben anzusehen, da durch die mediale Aufmerksamkeit dem gesamten Berufsstand sicher Schaden zugefügt wurde. Gleichwohl konnte die Kammer im konkreten Fall nicht mehr aktiv werden, da das Mitglied schon im Vorwege der Verurteilung seine Approbation zurückgegeben hatte und damit aus der Kammer ausgeschieden war. Aus anderen Heilberufekammern erfuhren wir, dass Mitglieder gelegentlich ihre Approbation freiwillig zurückgeben, um einem Entzugsverfahren zuvorkommen, dann jedoch bei einer anderen Approbationsbehörde die Wiedererlangung der Approbation erfolgreich beantragen. Nach Rücksprache mit der hiesigen Approbationsbehörde sei dies aber ausgeschlossen, da eine erneute Beantragung der Approbation nur bei der Behörde erfolgen könne, die die Approbation ursprünglich auch ausgestellt habe. Im konkreten Fall war die Approbationsbehörde über das strafrechtliche Verfahren informiert.

Bernhard Schäfer
Vizepräsident



Umsetzung der Weiterbildungsordnung „Klinische Neuropsychologie“ in der Praxis?

Wie in der letzten Ausgabe berichtet, hat die Kammerversammlung im November 2013 eine eigene Weiterbildungsregelung zur klinischen Neuropsychologie beschlossen. Anlass war der G-BA Beschluss vom November 2011, nach dem Vertragspsychotherapeuten mit der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie ambulante neuropsychologische Leistungen zulasten der Gesetzlichen Krankenkassen er-

bringen können. Da bislang in allen Kammern, die die Regelungen der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) zur Neuropsychologie übernommen hatten, seit 2006 nach Auskunft dieser Kammern kein einziges Kammermitglied in der Zwischenzeit die Weiterbildung aufgenommen hat, diskutierte die Kammerversammlung wiederholt unter Einbeziehung von Experten die in der MWBO festgeschriebenen ext-

rem hohen Weiterbildungsstandards. Die Kammerversammlung beschloss schließlich eine Weiterbildungsregelung, die neben klareren Übergangsregelungen insbesondere realistischer und angemessener erscheinende Weiterbildungsumfänge als Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung definiert. Der Vorstand informierte inzwischen alle Kammermitglieder sowie neurologischen Kliniken über die

Verabschiedung der Weiterbildungsregelung in einem Mitgliederbrief bzw. gesonderten Schreiben. Der Vorstand forderte alle Mitglieder, die im Bereich Neuropsychologie tätig sind bzw. tätig werden möchten, auf, zu prüfen, ob sie die Zusatzbezeichnung nach den Übergangsregelungen erwerben können, ob sie qualifiziert

und bereit sind, im neu zu installierenden Prüfungsausschuss oder als Befugte im Rahmen der neu zu organisierenden Weiterbildung aktiv mitzuwirken. Die neurologischen Kliniken wurden gebeten zu prüfen, ob sie sich aktiv in der zukünftigen Weiterbildung als anerkannte Weiterbildungsstätte einbringen können. Es bleibt

abzuwarten, ob die Weiterbildungsordnung der PKSH in der Praxis über die Anwendung der Übergangsregelungen hinaus im Sinne einer praktischen Weiterbildung Akzeptanz finden wird.

*Detlef Deutschmann
Vorstandsmitglied*

Neu-Zulassungen von Kassensitzen

Im Nordlicht Aktuell, dem Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, wurde in der Ausgabe 7/2013 die Neu-Ausschreibung von 19 Kassensitzen für Erwachsenenpsychotherapie und 5,5 Sitzen für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen bekanntgegeben. An dieser Stelle wurde auch auf die Auswahlkriterien des Zulassungsausschusses hingewiesen, die sich dezent von denen der Nachbesetzungsverfahren unterscheiden. Als weiteren wichtigen Punkt wird bei der Neu-Zulassung auch auf die räumliche Wahl des Vertragsarztesitzes geachtet.

Bei der letzten Sitzung des Zulassungsausschusses Psychotherapie im Jahr 2013 konnten nach Aussage der KVSH alle Sitze vergeben werden, davon 13 mit halben Versorgungsaufträgen. Besonders begehrt waren die Planungsbereiche Schleswig-Flensburg inkl. Flensburg und Ostholstein. Einige BewerberInnen hatten sich in mehreren Planungsbereichen beworben und hatten demnach auch mehrere Praxisadressen angegeben.

Der Landesausschuss Ärzte-Krankenkassen kalkuliert derzeit neu, denn diese Zulassungen waren nur der erste Schwung. Jetzt

müssen Ärzte- und KJP-Quoten neu berechnet werden und ggf. werden auch nicht alle Kassensitze angetreten, weil BewerberInnen sich auch in anderen KV-Bezirken beworben haben. Daher ist im Frühjahr mit weiteren Ausschreibungen im Nordlicht Aktuell und im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt zu rechnen. Die Vergabe wird dann frühestens auf der Sitzung des Zulassungsausschusses im August 2014 erfolgen. Interessenten kann nur empfohlen werden, sich vorher bei der KVSH über die Zulassungsmodalitäten zu informieren.

*Dr. Klaus Thomsen
Vorstandsmitglied*

Treffen mit FallmanagerInnen

Die FallmanagerInnen der Jobcenter in Schleswig-Holstein sind an die Kammer herangetreten und baten um ein Informationsgespräch zur ambulanten Psychotherapie. Dieses Gespräch fand am 15.01.2014 im Jobcenter Neumünster statt. Für die PKSH nahm Dr. Klaus Thomsen an diesem Termin teil. Es fanden sich zwischen 40 und 50 FallmanagerInnen ein, die großes Interesse an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Schleswig-Holstein zeigten. FallmanagerInnen betreuen bis zu 100 Kunden, das sind Mitbürger, die keine Arbeitslosenversicherungsleistungen beziehen, sondern mit ALG-II oder Hartz-IV-Leistungen ihren Lebensunterhalt bestreiten müssen. Dieser Personenkreis ist viermal häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als die Durchschnittsbevölkerung.

Die Belastungen durch geringes Einkommen, Dauerarbeitslosigkeit, chronische Erkrankung, Alleinerziehung und vor allem geminderter Erwerbsfähigkeit sei gewaltig.

FallmanagerInnen sähen sich häufig in der Situation, dass sie die einzigen professionellen Berater seien und nicht selten eine wichtige Bezugsperson für ihre Kunden darstellten. In den Beratungsterminen würden häufig private Probleme thematisiert und die Zeit hierfür sei knapp. Supervision gäbe es i. d. R. nicht und die psychosozialen Belastungen für die Mitarbeiter der Jobcenter seien hoch.

Die Fachkenntnis der anwesenden FallmanagerInnen hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie war erfreulich groß. Es gab detaillierte Fragen zur schwierigen psychotherapeutischen Versorgung, zu den psychotherapeutischen Verfahren und Methoden, zur Psychotherapie in Kostenerstattung, zu Diagnosen und zur Indikation von Psychotherapie. In der Diskussion wurde deutlich, dass die Anwesenden sich oft intensiv für ihre Kunden einsetzen, bis dahin, dass die Mitarbeiter selbst telefonisch nach PsychotherapeutenInnen suchen und Kostenerstattungsverfahren einleiten. Erkennbar

war eine hohe Identifikation mit der Tätigkeit und die Sorge um die psychische Gesundheit der Kunden. Es wurde verabredet, das Informationstreffen zu wiederholen.

*Dr. Klaus Thomsen
Vorstandsmitglied*

Gedenken

Wir gedenken des verstorbenen Kollegen:

Harald Muths, Eckernförde
geb. 20.01.1947, verst. 03.01.2014

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 1/2014

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

westermann druck
38104 Braunschweig

Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 2/2014 ist der 24. März 2014, für Ausgabe 3/2014 der 27. Juni 2014, für Ausgabe 4/2014 der 22.

September 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.

**Besuchen Sie uns auch auf
www.psychotherapeutenjournal.de**

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>Psychotherapeutenkammer HAMBURG</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, Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr Mi 14.00 – 17.00 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@opk-info.de www.opk-info.de</p>
 <p>PTK Bayern</p> <p>Bayern Birketweg 30 80339 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>LPPKJP HESSEN</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>LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz</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>PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN</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>pkn. Psychotherapeutenkammer Niedersachsen</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>pks Psychotherapeutenkammer des Saarlandes</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>PK Psychotherapeutenkammer HB Bremen</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>Psychotherapeuten Kammer NRW</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>pkSHI Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein</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>

