

Psychotherapeuten journal

- Wie zuverlässig und praxisrelevant sind neurobiogenetische Befunde in der Depressionsforschung?
- Versorgungsrelevante Besonderheiten und Hindernisse der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung
- Geschichte und Zukunft der Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen
- Traumafokussierte Therapie für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen
- Pferdegestützte Psychotherapie in der Behandlung von Traumafolgestörungen

Geschlechtersensible Sprache

Das Psychotherapeutenjournal wechselt im Sinne eines geschlechtersensiblen Sprachgebrauchs in seinen Ausgaben zwischen einem in weiblicher Form und einem in männlicher Form verfassten Heft ab. Dies betrifft Textpassagen, in denen nicht eindeutig ein Mann/Männer bzw. eine Frau/Frauen gemeint sind. Durch das Abwechseln zwischen weiblicher und männlicher Sprachform sollen Frauen ebenso wie Männer sprachlich sichtbar gemacht werden. Transgeschlechtlichkeit kann aktuell in der Sprache des PTJ noch nicht abgebildet werden, transgeschlechtliche Menschen sind jedoch ausdrücklich mitgemeint und angesprochen. Zur ausführlichen Begründung dieses Beschlusses lesen Sie bitte das Editorial in Ausgabe 4/2017.

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Fridays for Future“ – nicht nur diese Bewegung unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollte uns vor Augen führen, dass es in vielen Lebensbereichen höchste Zeit ist, Maßnahmen zu ergreifen, die die Lebensbedingungen der nachfolgenden Generationen nachhaltig und lebenswert sichern. Aus-sichtsreich erscheint dies nur, wenn sowohl die globalen Herausforderungen für Umwelt und Natur diskutiert werden, als auch in jedem gesellschaftlichen Bereich die Bedingungen für die kommenden Generationen überprüft und gegebenenfalls verändert werden.

Wenn auch nur in einem Teilbereich des gesellschaftlichen Lebens, so ist das neue Psychotherapeutengesetz ein Schritt in diese Richtung. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung haben uns schon lange vor Augen geführt, unter welchen Bedingungen sie ihre anspruchsvolle Ausbildung bewältigen müssen – als Praktikantinnen und Praktikanten finanziert, aber konfrontiert mit den Kosten einer langen und teuren Ausbildungszeit. Das Gesetz schafft die Basis, angehende Psychotherapeutinnen und -therapeuten während ihrer Aus- und Weiterbildung aus prekären Lebensverhältnissen herauszuholen und ihnen ein dem Bildungsgrad und Ausbildungsstand angemessenes Auskommen zu sichern.

Die Etablierung eines eigenen Studienganges festigt zudem die Bedeutung des Arbeitsfelds „Psychotherapie“ im gesamtgesellschaftlichen Kontext. Es ist zu erwarten, dass damit psychotherapeutische Methoden und Verfahren weiterentwickelt werden und die bis-

lang schon hohe Behandlungsqualität gesichert wird.

Dennoch sollten auch kritische Fragen weiterhin Gehör finden. Verliert die Psychotherapie vielleicht ihre Verankerung in der psychologischen Grundlagenforschung? Wird die Psychotherapie eher technik- und machbarkeitsorientiert (und gerät der Beziehungsaspekt in den Hintergrund)? Verliert die Psychotherapie möglicherweise die Verbindung zur somatischen Medizin? Wie verändern sich die Biografien von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, wenn die Entscheidung für diesen Beruf bereits in sehr jungem Lebensalter (in der Regel nach dem Abitur) getroffen werden muss? Welche Möglichkeiten gibt es für „Spätberufene“, d. h. Menschen, die nach oft mehrjähriger Tätigkeit in einem anderen Beruf die Aus- und Weiterbildung zur Psychotherapeutin / zum Psychotherapeuten anstreben (in der gegenwärtigen Psychotherapielandschaft gar nicht so selten)? Welche Durchlässigkeit gibt es zwischen den Studiengängen der Psychologie und der Psychotherapie? Gelingt es, eine Psychotherapieausbildung zu schaffen, die breit aufgestellt ist, Kenntnisse in verschiedenen Psychotherapieverfahren vermittelt und therapeutische Beziehungsmodelle anbietet, die es den Psychotherapie-Lernenden ermöglichen, ihre Berufsidentität zu entwickeln?

Wir sollten die Weiterentwicklung unseres Berufsstandes mit kritischem Blick, aber auch mit Zuversicht weiter begleiten. Die Herausforderungen werden bestehen bleiben.

Die Psychotherapie lebt von Beziehung und Bezügen, einer integrativen Sicht



der Fachdisziplinen und der Lebenswirklichkeiten. Und diese Integration sollte unser Fach auch weiterhin anstreben – durch Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, durch Kommunikation, durch Offenheit für andere Sichtweisen.

Das Psychotherapeutenjournal bietet eine gute Möglichkeit die Kommunikation untereinander zu fördern und auch in größerem Rahmen Erkenntnisse auszutauschen und Diskussionsprozesse kontrovers zu führen. Erfreulicherweise ist die Anzahl der Rückmeldungen, die uns erreichen, deutlich gestiegen, was uns darin bestärkt, weiterhin kontroverse Themen anzubieten und zur Diskussion zu stellen.

Auch in dieser Ausgabe liefern wir Ihnen ein breites Spektrum an Themen: wissenschaftliche Forschungsergebnisse, praktische Erfahrungen aus unterschiedlichsten Praxisfeldern der Psychotherapie, Diskussionsbeiträge. Wir hoffen, dass die Texte Ihr Interesse und Ihre Neugierde wecken und für uns alle gewinnbringende Debatten anstoßen.

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

Inhalt

Originalia 110

Michael P. Hengartner

Eine methodenkritische Evaluation der biomedizinischen Depressionsforschung: Wie zuverlässig und praxisrelevant sind vielbeachtete neurobiogenetische Befunde?

Neurobiologisch-genetische Forschung prägt nach wie vor die Erklärungsmuster für Depression – in psychiatrischen Fachdiskursen wie in der breiten Öffentlichkeit. Dieser Essay setzt sich aus einer wissenschaftsmethodischen Perspektive kritisch mit der biomedizinischen Depressionsforschung auseinander und schlussfolgert, dass es keine zuverlässige Evidenz für eine spezifische neurobiogenetische Ursache der Depression gibt.

118

Christian Janßen

Versorgungsrelevante Besonderheiten und Hindernisse der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung

Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung ist durch die UN-Behindertenrechtskonvention seit 2006 Auftrag an die bundesdeutsche Politik. Der Autor gibt in Fortsetzung eines Beitrags aus Ausgabe 4/2018 Hinweise, wie angesichts einer nach wie vor schlechten psychotherapeutischen Versorgung dieser Klientel in der Übergangszeit bis zur Umsetzung der UN-Vorgaben Psychotherapie zusätzlich finanziert werden kann.

128

Jonas P.W. Goebel & Renate Maurer-Hein

Psychotherapie in der Erziehungsberatung: Ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern

Psychotherapeutische Tätigkeiten im Kontext von Erziehungsberatung werden in Zugang und Setting von Psychotherapie in Niederlassung und Klinik unterschieden. Dass sie gerade damit im heutigen Gesamtversorgungssystem einen wichtigen Beitrag leisten – darauf wird unter Bezug auf die historische Entwicklung der Psychotherapie in der Erziehungsberatung verwiesen.

137

Rita Rosner, Patrick Fornaro & Johanna Unterhitzenberger

Traumafokussierte Therapie für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen: Was Psychotherapeutinnen wissen sollten und wie sie sich online weiterbilden können

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse wird die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie beschrieben. Diese zeichnet sich durch einen intensiven Einbezug der Eltern, ein modularisiertes Vorgehen und eine leichte Erlernbarkeit aus.

146

Nina Romanczuk-Seiferth & Stefanie Schwitzer

Pferdegestützte Psychotherapie in der Behandlung von Traumafolgestörungen

Pferdegestützte Psychotherapie stellt einen alternativen Behandlungsansatz dar, der v. a. in der Behandlung von Menschen mit traumatisierenden Beziehungserfahrungen und von Soldatinnen bereits erfolgreich eingesetzt wurde. Mit ihren Verhaltensmerkmalen können Pferde Barrieren in der Behandlung von Traumafolgestörungen überwinden helfen und relevante Behandlungserfolge ermöglichen.

Kommentar 156

Michael B. Buchholz & Horst Kächele

Verirrungen der bundesdeutschen Diskussion – Eine Polemik

Interview

163

Heiner Vogel im Gespräch mit Onno Dannenberg, Klaus Thomsen & Bettina Weitermann

Die Einbeziehung der Psychotherapeutinnen (PP/KJP) in die Entgeltordnung im Tarifvertrag der Länder (TV-L) ist endlich gelungen: Ein Fortschritt?

Buchrezensionen

168

Die Psychiatrie entschleiert sich selbst

Eine Rezension von Jürgen Karres: Weinmann, S. (2019). Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets.

169

... und immer auch die psychische Gesundheit stabilisieren

Eine Rezension von Renate Frank: Fava, G. A. (2018). Well-Being Therapie. Eine Kurzzeittherapie zur psychischen Stabilisierung. Behandlungsmanual – Arbeitsmaterialien – Klinische Anwendungen.

170

Ein hilfreicher psychotherapeutischer Werkzeugkasten für die Behandlung chronischer Depression

Eine Rezension von Daniela Schultheis. Klein, J. P., Backenstraß, M. & Schramm, E. (2018). Therapie-Tools CBASP – Psychotherapie chronischer Depression.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

174

Bundespsychotherapeutenkammer

179

Baden-Württemberg

183

Bayern

187

Berlin

191

Bremen

195

Hamburg

199

Hessen

205

Niedersachsen

209

Nordrhein-Westfalen

213

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

218

Rheinland-Pfalz

222

Saarland

227

Schleswig-Holstein

107

Editorial

171

Leserbriefe

232

Impressum Psychotherapeutenjournal

A1

Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A18

Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

Diese Ausgabe können Sie auch als PDF-Dokument von der Internetseite www.psychotherapeutenjournal.de herunterladen.

Eine methodenkritische Evaluation der biomedizinischen Depressionsforschung: Wie zuverlässig und praxisrelevant sind vielbeachtete neurobiogenetische Befunde?

Michael P. Hengartner

Zusammenfassung: Depressionen werden von zahlreichen Fachverbänden, der psychiatrischen Meinungsführerschaft, der Laienpresse und der Allgemeinbevölkerung oftmals als neurobiogenetische Störungen definiert. Bei der Beurteilung und Interpretation biomedizinischer Daten werden wissenschaftsmethodisch bedingte Verzerrungen leider aber häufig vernachlässigt. Am Beispiel von einigen vielbeachteten neurobiogenetischen Forschungsarbeiten wird aufgezeigt, dass just solche Verzerrungen dazu geführt haben, dass inkonsistente und nicht replizierbare Ergebnisse mitunter unkritisch als gesicherter Nachweis für eine neurobiogenetische Ätiologie der Depression fehlinterpretiert wurden. Zusammenfassend wird festgehalten, dass es bisher keine robusten Befunde gibt, welche die Annahme der Depression als eine spezifische und ursächlich neurobiogenetische Störung bestätigen würden. Es wird zu mehr Zurückhaltung in der Interpretation neurobiogenetischer Studien geraten und vor einem einseitigen biomedizinischen Reduktionismus in der Depressionsforschung gewarnt.

Einleitung

Seit über 40 Jahren wird in der Psychiatrie offiziell das biopsychosoziale Störungsmodell gelehrt. Dieses Modell betont das dynamische Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren in der Entstehung (und Behandlung) psychischer Störungen (Engel, 1977). In zahlreichen ärztlichen Fachkreisen, in der Laienpresse und auch in der Allgemeinbevölkerung wird das biopsychosoziale Modell jedoch immer stärker und immer häufiger auf die biologische Komponente reduziert (Borsboom, Cramer & Kalis, 2019; Deacon, 2013). Psychische Störungen werden heutzutage weitgehend als neurobiologisch-genetische Störungen oder kurz biomedizinische Störungen verstanden und weniger als psychosoziale Probleme (Lebowitz & Appelbaum, 2019; Whitaker & Cosgrove, 2015).¹ Gemäß Deacon (2013) lauten die drei Grundsätze des biomedizinischen Modells psychischer Störungen wie folgt:

- 1) Psychische Störungen werden durch biologische Anomalitäten verursacht, welche hauptsächlich im Gehirn lokalisiert sind.
- 2) Es gibt keine bedeutsame Unterscheidung zwischen psychischen Störungen und physischen Erkrankungen.
- 3) Biochemisch und pharmakologisch fundierte, medikamentöse Behandlungen werden bevorzugt.

Nahezu alle führenden psychiatrischen Forschungsinstitutionen und Fachverbände, darunter die American Psychia-

tric Association (APA) oder das National Institut of Mental Health (NIMH), definieren psychische Störungen primär als biomedizinische Störungen (Borsboom et al., 2019; Deacon, 2013; Whitaker, 2010). Und immer häufiger werden psychische Probleme wie Depressionen in neueren Fachartikeln entsprechend als „Gehirnerkrankungen“ bezeichnet (z. B. Insel & Cuthbert, 2015; Reynolds, Lewis, Detre, Schatzberg & Kupfer, 2009). Kürzlich schrieb Thorsten Padberg (2018) im Psychotherapeutenjournal, dass selbst ein wissenschaftlich widerlegtes biomedizinisches Erklärungsmodell wie die Serotoninhypothese der Depression (siehe Healy, 2015; Lacasse & Leo, 2005), von der Pharmaindustrie, von Patientenvereinigungen und sogar von führenden Psychiaterinnen² weiterhin propagiert wird. Zweifellos genießt die biologische Psychiatrie von allen psychiatrischen Disziplinen weltweit das höchste Ansehen und Prestige (Deacon, 2013; Whitaker & Cosgrove, 2015), und mit Biological Psychiatry und Molecular Psychiatry haben sich zwei der bedeutsamsten psychiatrischen Fachzeitschriften (gemessen am Impact Factor) ausschließlich der biomedizinischen Forschung verschrieben. Ein Blick in die letzten Ausgaben einflussreicher allgemeiner Psychiatriezeit-schriften (z. B. das American Journal of Psychiatry oder Acta Psychiatrica Scandinavica) verdeutlicht, dass die aktuell führende Psychiatrieforschung stark biomedizinisch geprägt ist.

¹ Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

² Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

Umfangreiche Informations- und Marketingkampagnen, finanziell oftmals großzügig durch die Pharmaindustrie unterstützt, konnten in der Allgemeinbevölkerung das biomedizinische Modell psychischer Störungen erfolgreich verankern (Deacon, 2013; Greenslit & Kaptchuk, 2012). Folglich verstehen auch Laien psychische Probleme längst als primär biomedizinische Erkrankungen (Lebowitz & Appelbaum, 2019; Schomerus et al., 2012). Das zeigt sich nicht zuletzt bei der Deutung depressiver Störungsbilder: Die gesellschaftliche Anerkennung des neurobiologisch-genetischen Depressionsmodells zeigt sich hier beispielsweise in der zunehmenden Häufigkeit, mit welcher Medienberichte Depressionen als biomedizinische Störungen beschreiben (Clarke & Gawley, 2009). In der Allgemeinbevölkerung hat über die letzten 30 Jahre hinweg nicht nur die Akzeptanz biomedizinischer Erklärungsmuster für Depression deutlich zugenommen, sondern auch die Befürwortung der pharmakologischen Depressionsbehandlung (Schomerus et al., 2012). Eine Arbeit von Pescosolido et al. (2010) aus den USA führt beispielsweise vor, dass im Jahre 1996 „nur“ 54 % der US-Bevölkerung die Depression als eine überwiegend neurobiogenetische Störung erachtete, während im Jahre 2006 dieser Wert bereits auf 67 % anstieg. Eine neurobiogenetische Ursachenzuschreibung war zudem stark mit der Befürwortung einer medikamentösen Behandlung assoziiert (ebd.). Konsequenterweise ist auch der Verbrauch von Antidepressiva in den letzten drei Jahrzehnten in den westlichen Ländern massiv angestiegen (Jorm, Patten, Brugha & Mojtabai, 2017; Whitaker, 2010).

Es lässt sich darum festhalten, dass in vielen meinungsführenden Fachkreisen, in der Laienpresse und in der Allgemeinbevölkerung das biomedizinische Modell der Depression seit zwei

bis drei Jahrzehnten klar das vorherrschende Paradigma darstellt (Deacon, 2013; Lebowitz & Appelbaum, 2019; Whitaker & Cosgrove, 2015). Diverse Kritiker, darunter auch zahlreiche Mediziner, stören sich jedoch am Reduktionismus des biomedizinischen Modells und betrachten dessen gesellschaftliche Konsequenzen mit Sorge (Deacon, 2013; Gotzsche, 2015; Priebe, Burns & Craig, 2013; Summerfield, 2018; Whitaker, 2010). In diesem Essay wird deshalb die Gültigkeit des biomedizinischen Modells geprüft, indem die Evidenzlage genetischer und neurobiologischer Ursachen der Depression kritisch begutachtet wird. Hierfür werden exemplarisch die Forschungsergebnisse zu zwei der meist erforschten Untersuchungsgegenstände der neurobiogenetischen Depressionsforschung ausführlich unter die Lupe genommen: dem Serotonintransporter-Gen und dem Hippocampus-Volumen. Es werden dabei insbesondere wissenschaftsmethodisch bedingte Einschränkungen und Verzerrungen hervorgehoben. Inkonsistenzen in der Fachliteratur werden dezidiert aufgezeigt, denn weiterhin bestimmen aufsehenerregende Positivbefunde oftmals unkritisch den fachlichen Diskurs und die mediale Berichterstattung (Dumas-Mallet, Smith, Boraud &

Gonon, 2017). Auch scheinen insbesondere die Allgemeinbevölkerung und die Laienpresse, aber auch diverse Fachkreise, wissenschaftsmethodische Verzerrungen in der biomedizinischen Forschung nicht ausreichend zu berücksichtigen (Boutron & Ravaut, 2018; Ioannidis, 2005). Solche Aspekte werden in diesem Essay darum schwerpunktmäßig beleuchtet. Im Rahmen der abschließenden allgemeinen Schlussfolgerungen wird auch auf die gesellschaftliche und klinisch-praktische Relevanz des biomedizinischen Modells eingegangen.

Genetische Befunde

Bezüglich Genetik der Depression lautet die zentrale Frage, ob es spezifische genetische Marker der Depression gibt, welche klinisch-praktisch bedeutsam sind. Trotz intensiver Forschungsbemühungen gibt es bis heute aber keine robusten, geschweige denn gesicherten, molekulargenetischen Befunde (Border et al., 2019; Cohen-Woods, Craig, & McGuffin, 2013; Dubovsky, 2016; Flint & Kendler, 2014). Einer der wenigen genetischen Faktoren, welcher sich in einigen, aber bei Weitem nicht allen Meta-Analysen als signifikanter Prädiktor der Depression herausgestellt hat, ist ein Polymorphismus in der Promotorregion des Serotonintransporters (5-HTTLPR). Mit einer mittleren Odds Ratio von $OR = 1,08$ ist der Einfluss von 5-HTTLPR auf das Depressionsrisiko gemäß einer neueren Meta-Analyse jedoch marginal klein und das

Psychische Störungen werden heutzutage weitgehend als biomedizinische Störungen verstanden und weniger als psychosoziale Probleme.

Autorenteam hält zusätzlich fest, dass der Effekt womöglich ein methodisches Artefakt darstellt (Clarke, Flint, Attwood & Munafo, 2010). Für diese Annahme sprechen die Befunde von drei aktuellen GWAS aus dem Jahr 2018, welche allesamt keinen Zusammenhang zwischen der s-Allel-Genvariante des Serotonintransporters (Genmarker Klassifikationsnummer rs25531) und depressiven Störungen herstellen konnten (Hall et al., 2018; Howard et al., 2018; Wray et al., 2018). Die drei oben zitierten GWAS verdeutlichen zudem, wie inkonsistent molekulargenetische Befunde in der Depressionsforschung sind. Eine jede GWAS findet sozusagen neue, zuvor unbekannte genetische Marker der Depression; die in früheren Studien berichteten Marker lassen sich jedoch von anderen Forschungsgruppen in unabhängigen Stichproben nicht replizieren. Zur Veranschaulichung: Wray et al. (2018) fanden 44 unabhängige Marker, während Howard et al. (2018) insgesamt 17 Marker fanden und Hall et al. (2018) wiederum 13 Marker. Kein einziger genetischer Marker konnte jedoch in einer dieser Studien bestätigt werden, d. h. es gab keinerlei Übereinstimmung in den Ergebnissen. Somit bekräftigen diese GWAS die Ergebnisse einer ganz aktuellen Studie, die

bislang größte und umfangreichste ihrer Art: nämlich, dass bisher kein Kandidatengen gefunden wurde, welches zuverlässig und bedeutsam mit Depressionen assoziiert ist (Border et al., 2019).

Diesbezüglich dürfte auch nicht erstaunen, dass genomweit kein einziger genetischer Marker eine zuverlässige individuelle Vorhersage ermöglicht, ob spezifische Klassen von Antidepressiva (z. B. primär serotonerg oder noradrenerg wirksame Medikamente) bei einem bestimmten Patienten wirksam sind oder nicht (Tansey et al., 2012). Obschon sie aggressiv vermarktet werden und immer häufiger eingesetzt werden, gelten entsprechende genetische Tests als unzuverlässig und sind für die klinische Praxis zum jetzigen Zeitpunkt darum weder nützlich noch sinnvoll (Bousman & Hopwood, 2016; Dubovsky, 2016). Selbst die amerikanische Arzneimittelbehörde

— Es gibt keinen nachgewiesenen Effekt von 5-HTTLPR auf die Entstehung von Depressionen – wohl auch nicht unter Mitwirkung von Stressfaktoren.

FDA warnte kürzlich in einer Sicherheitsmitteilung, dass der klinische Nutzen solcher Gentests wissenschaftlich noch nicht bestätigt worden sei, und riet von deren Anwendung ab (FDA, 2018).

Es gibt folglich bislang keinen nachgewiesenen Haupteffekt von 5-HTTLPR auf die Entstehung von Depressionen. Ein vielbeachteter Forschungsbefund legt jedoch nahe, dass das s-Allel des Serotonintransporter-Polymorphismus in Interaktion mit stressreichen Lebensereignissen die Entstehung von Depressionen begünstigen könnte (Caspi et al., 2003). Viele psychiatrische Fachkreise erachten diesen Befund als zuverlässig nachgewiesen, obschon auch hier die wissenschaftliche Literatur alles andere als schlüssig ist. Zwei ältere Meta-Analysen fanden keine Evidenz für die Interaktion zwischen 5-HTTLPR und stressreichen Lebensereignissen (Munafò, Durrant, Lewis & Flint, 2009; Risch et al., 2009), während zwei neuere Meta-Analysen, welche die Definition von Stress weiter fassten und somit deutlich mehr Studien einbeziehen konnten, zumindest eine statistisch signifikante Interaktion fanden (Karg, Burmeister, Shedden & Sen, 2011; Sharpley, Palanisamy, Glyde, Dillingham & Agnew, 2014). Erstaunlicherweise wurde in den beiden positiven Meta-Analysen die Effektstärke nicht berichtet. Diese dürfte aber innerhalb des Konfidenzintervalls der früher berichteten Ergebnisse liegen und wäre somit, selbst wenn statistisch signifikant und positiv, sehr klein und darum klinisch-praktisch nahezu bedeutungslos (d. h. OR = 1,0–1,1; siehe Risch et al., 2009). An dieser Stelle muss darum betont werden, dass die statistische Signifikanz alleine keine Aussage über die praktische Bedeutsamkeit eines Effektes zulässt (Cohen, 1994; Hengartner, 2018; Wasserstein & Lazar, 2016). Die klinische

Relevanz lässt sich nur anhand der Effektstärke bestimmen, welche in diesem Fall äußerst schwach ausfällt.

Wie inzwischen mehrfach aufgezeigt wurde, dürften sich in vielen Fällen selbst statistisch signifikante Effekte letztlich als falsch-positive Befunde (d. h. methodische Artefakte) herausstellen (Bakker, van Dijk & Wickerts, 2012; Button et al., 2013; Ioannidis, 2005). Dass dies womöglich auch auf die Interaktion zwischen 5-HTTLPR und stressreichen Lebensereignissen zutreffen dürfte, legt ein interessanter Befund in der Meta-Analyse von Sharpley et al. (2014) nahe. Darin zeigte sich nämlich, dass die Studien, welche eine signifikante Interaktion berichteten, auf deutlich kleineren Stichproben beruhten als die Studien, welche diesen Effekt nicht fanden. Dies lässt Biostatistikerinnen argwöhnisch aufhorchen, denn kleine Stichproben produzieren weniger zuverlässige Schätzungen als große Stichproben. Auch ist bei kleinen Stichproben die Wahrscheinlichkeit kleiner, dass überhaupt ein Effekt statistisch nachgewiesen werden kann, denn je kleiner die Stichprobe, desto größer der Messfehler und desto geringer die Zuverlässigkeit des berichteten Effekts (Asendorp et al., 2013; Bakker et al., 2012; Button et al., 2013).

Biostatistikerinnen sprechen in diesem Fall auch von fehlender oder inadäquater statistischer Power. Wenn in der Fachliteratur signifikante Befunde vermehrt in kleinen Stichproben gefunden werden, ist dies darum ein zuverlässiger Indikator für selektives Publizieren (Bakker et al., 2012; Bastiaansen et al., 2014). Trotz statistisch signifikanter Befunde dürften Munafò et al. (2009) letztlich also doch recht behalten, als sie schlussfolgerten, dass die signifikanten Interaktionseffekte zwischen 5-HTTLPR und Stress in Depressionen womöglich bloß Zufallsbefunde darstellen. Die kritische Leserschaft dürfte darum wenig erstaunen, dass die aktuellste Meta-Analyse, welche auch unveröffentlichte Datensätze berücksichtigte, keinen Hinweis auf einen Interaktionseffekt zwischen 5-HTTLPR und Stress auf die Entstehung von Depressionen fand (Culverhouse et al., 2018). Diesen Nullbefund bestätigte auch eine soeben publizierte Studie, welche auf der größten bisher erhobenen Stichprobe beruht (Border et al., 2019).

An dieser Stelle wird noch ein weiteres konkretes Beispiel zum Polymorphismus in der Promotorregion des Serotonintransporters aufgeführt, da es sich hierbei um den meistuntersuchten genetischen Marker bei depressiven Störungen handelt. Konkret geht es um die inzwischen relativ umfangreiche Literatur zum Zusammenhang zwischen 5-HTTLPR und der Amygdala-Aktivierung. Letztere gilt als ein Endophänotyp der Depression (d. h. ein zuverlässiges neurobiologisches Krankheitskorrelat), da Aktivität in der Amygdala stark mit dysphorischen Emotionen korreliert (Krishnan & Nestler, 2008). Mit diesem letzten Beispiel wird somit auch gleich eine Brücke zum nachfolgenden Kapitel „Neurobiologische Befunde“ geschlagen.

Eine Meta-Analyse von Murphy et al. (2013) fand zwar einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen 5-HTTLPR und der Amygdala-Aktivität in 31 publizierten Studien, hielt aber fest, dass dieser Effekt mit $d = 0,35$ ($p = 0,001$) relativ schwach ausgeprägt sei und mit hoher Wahrscheinlichkeit durch selektives Publizieren aufgebläht wurde (d. h. zahlreiche Studien mit negativen Befunden wurden wahrscheinlich nie veröffentlicht). Übereinstimmend mit dieser Annahme zeigte eine weitere Analyse, welche zusätzlich noch vier unveröffentlichte Datensätze berücksichtigte, dass nunmehr eine durchschnittliche Effektstärke von lediglich $d = 0,21$ ($p = 0,05$) resultierte (Murphy et al., 2013). Im Vergleich zu dem ermittelten $d = 0,35$ in den publizierten Studien eine beträchtliche Reduktion um 40 %. Bastiaansen et al. (2014) versuchten darum den Zusammenhang zwischen 5-HTTLPR und der Amygdala-Aktivität in einer großen, aussagekräftigen Studie zu replizieren. Die Autoren fanden jedoch keinen Effekt ($d = -0,15$, $p = 0,51$), und als sie mit ihrer eigenen Studie die Meta-Analyse von Murphy et al. (2013) aktualisierten, sank die durchschnittliche Effektgröße in den publizierten Studien von $d = 0,35$ ($p = 0,001$) auf $d = 0,20$ ($p = 0,06$). Somit war die in der Fachliteratur berichtete Stärke des Zusammenhangs zwischen 5-HTTLPR und der Amygdala-Aktivität durch Hinzufügen einer einzigen, adäquat gewerteten Studie um 43 % geschrumpft und war danach auch statistisch nicht mehr signifikant. Es zeigte sich zudem, dass die zwei Studien mit den größten Stichproben und somit der zuverlässigsten Effektschätzung (eine davon war ihre eigene) ganz klar keinen Zusammenhang fanden (Bastiaansen et al., 2014). Folglich waren selektiv publizierte, fehleranfällige Studien mit kleinen Stichproben (d. h. inadäquater statistischer Power) für den vermeintlichen Zusammenhang zwischen 5-HTTLPR und der Amygdala-Aktivierung verantwortlich. Ein tatsächlicher Zusammenhang ist zum jetzigen Wissensstand aber nahezu ausgeschlossen.

Neurobiologische Befunde

Ein häufig genannter neurobiologischer Befund, der gemäß Experten zuverlässig mit depressiven Störungen in Zusammenhang steht, ist ein reduziertes Hippocampus-Volumen (Palazidou, 2012). Dieser Befund soll an dieser Stelle stellvertretend für die äußerst umfangreiche neurobiologische Fachliteratur genauer beleuchtet werden. Eine aktuelle Meta-Analyse von 15 Datensätzen kam zu dem Schluss, dass von neun untersuchten subkortikalen Gehirnregionen lediglich ein reduziertes Hippocampus-Volumen mit Depressionen assoziiert ist; dies aber nur bei Personen mit wiederkehrenden Depressionen, nicht aber bei Personen mit einer ersten Episode (Schmaal et al., 2016). Diese Befunde replizieren frühere Arbeiten, welche auf wesentlich kleineren Stichproben beruhten (z. B. MacQueen et al., 2003). Im Gegensatz zu diesen älteren, statistisch unterpowernten und darum weniger aussagekräftigen Studien, fanden Schmaal et al. (2016) aber lediglich eine verschwindend kleine Effektstärke von $d = 0,17$. Die prädiktive Zuverlässigkeit, mit welcher aufgrund vom Hip-

pocampus-Volumen auf wiederkehrende Depressionen geschlossen werden kann, beträgt somit lediglich 52,6 %, was nur unwesentlich besser ist als eine rein zufällige Klassifikationsgenauigkeit von 50 %, wie sie beispielsweise durch einen Münzwurf erzielt wird (Fried & Kievit, 2016). Abgesehen davon, dass sich das Hippocampus-Volumen von Personen mit und ohne wiederkehrende Depressionen praktisch kaum unterscheidet (die Überlappung beträgt nahezu 95 %), so ist ein reduziertes Hippocampus-Volumen auch keineswegs spezifisch für Depressionen, sondern lässt sich, obschon zumeist nur schwach, auch mit zahlreichen anderen psychischen Störungen in Verbindung setzen (Fried & Kievit, 2016). Auch weisen diese Befunde darauf hin, dass ein geringfügig reduziertes Hippocampus-Volumen nicht eine Ursache von Depressionen darstellt, sondern am ehesten eine Folge wiederkehrender Depressionen bzw. der begleitenden Lebensumstände (ansonsten müsste auch bei Personen mit einer ersten depressiven Episode das Volumen reduziert sein). Es ist aber gut möglich, dass es sich lediglich um eine Scheinkorrelation handelt (mehr dazu weiter unten).

Die größte jemals durchgeführte meta-analytische Studie zu kortikalen (d. h. in der Großhirnrinde vorzufindenden) Unterschieden zwischen Personen mit und ohne Depression fand einige, zumeist sehr schwache Zusammenhänge (Schmaal et al., 2017). Inzwischen wissen wir aber auch, dass solche neurobiologischen Befunde alles andere als spezifisch für Depressionen sind und inter-individuell stark variieren können (Borsboom et al., 2019; Kapur, Phillips & Insel, 2012). Klinisch-praktisch sind somit auch diese vielzitierten Unterschiede im Kortex zum jetzigen Zeitpunkt nicht verwertbar. Auch können die Befunde von früheren Studien selten repliziert werden. Dass sich aufsehenerregende Positivbefunde von vielzitierten Biomarker-Studien in nachfolgenden Arbeiten letztlich als viel schwächer oder sogar unbedeutend herausstellen, ist ein allgemeines Phänomen in der biomedizinischen Forschung (Ioannidis & Panagiotou, 2011), es scheint in der psychiatrischen Forschung aber besonders ausgeprägt zu sein (Dumas-Mallet, Button, Boraud, Munafò & Gonon, 2016).

Dies führt uns zu den zahlreichen durch wissenschaftsmethodische Aspekte hervorgerufenen Einschränkungen und Verzerrungen in den Neurowissenschaften. Obschon die Neurowissenschaften die psychiatrische Forschung deutlich dominieren und weithin als reliabel und valide erachtet werden, sind neurobiologische Befunde oftmals weder zuverlässig noch beweiskräftig (Miller, 2010; Weinberger & Radulescu, 2016). So ist die Reliabilität, d. h. die Messgenauigkeit, von fMRI-Studien alles andere als optimal (Bennett & Miller, 2010), wodurch die Validität, d. h. die Gültigkeit, von Befunden zu funktionaler Gehirnaktivierung per se in Frage gestellt wird (denn Reliabilität ist eine Voraussetzung für Validität). Die statistischen Methoden in den Neurowissenschaften sind zudem undurchsichtig und extrem variabel (Carp, 2012) und mitunter eindeutig unzulässig (Eklund, Nichols & Knutsson, 2016; Kriegeskorte, Simmons, Bellgowan & Baker, 2009). Dadurch wird das Risiko für inkorrekte statistische Inferen-

zen (d. h. falsch-positive Befunde) deutlich erhöht. Dieses schwerwiegende Problem wird aufgrund der oftmals sehr kleinen Stichprobengrößen und dem daraus resultierenden Mangel an statistischer Power noch weiter verstärkt, sodass letztlich viele der berichteten Effekte massiv verzerrt sind und darum nicht replizierbar (*Button et al., 2013; Turner, Paul, Miller & Barbey, 2018*).

Inzwischen hat sich auch gezeigt, dass zahlreiche neurobiologische Befunde, d. h. Unterschiede in den Gehirnschans von Personen mit und ohne psychische Störung, womöglich gar nichts mit einer neurobiologischen Störung zu tun haben, sondern lediglich mit dem Umstand, dass Personen mit psychischen Störungen mehr ungewollte Kopfbewegungen im Scanner zeigen oder mehr rauchen und mehr Medikamente konsumieren als gesunde Kontrollpersonen. Diese Störfaktoren (auch Konfundierungen genannt) können zu merkbaren Datenverzerrungen führen und neurobiologische Effekte andeuten, wo tatsächlich keine vorhanden sind (*Makowski, Lepage & Evans, 2018; Weinberger & Radulescu, 2016*). Nicht zuletzt werden statistisch signifikante neurobiologische Befunde viel häufiger berichtet bzw. veröffentlicht (Reporting bzw. Publication Bias) (*Ioannidis, 2011; Ioannidis, Munafò, Fusar-Poli, Nosek & David, 2014*) und auch noch signifikant häufiger zitiert (Citation Bias) (*Bastiaansen, de Vries & Munafò, 2015; Greenberg, 2009*). In den psychiatrischen Neurowissenschaften werden folglich viele spektakuläre Ergebnisse

Neurobiologische Korrelate implizieren nicht zwingend eine ursächliche Wirkung.

publiziert, welche dann auch häufig zitiert werden, diese dürften aber aufgrund der massiven methodischen Verzerrungen häufig falsch-positiv sein und darum nicht replizierbar (*Button et al., 2013; Ioannidis, 2005; Turner et al., 2018*).

Manch eine Leserin mag bezweifeln, dass die Befunde der Neurobiologie der Depression dermaßen von Ungenauigkeiten und Störeffekten beeinträchtigt sein sollen, zumal doch immer wieder behauptet wird, dass Depressionen von neurobiologischen Störungen verursacht werden (*Deacon, 2013; Padberg, 2018*). Die nachfolgend zitierte Studie ist darum sehr bedeutsam und dürfte hierzu interessante Einsichten liefern. *Müller et al. (2017)* gingen der Forschungsfrage nach, ob Personen mit unipolarer Depression im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen tatsächlich abweichende Aktivierung (d. h. Über- oder Unterfunktion) in bestimmten Gehirnbereichen aufweisen. Dutzende von Studien haben ebendies immer wieder berichtet und in vielen Fachkreisen gilt dies als wissenschaftlich klar erwiesen. Im Gegensatz zu den oben beschriebenen Studien zu *Hirnstrukturen* geht es hierbei folglich um *Hirnfunktionen*. Eine umfangreiche Meta-Analyse sollte Klarheit schaffen, und *Müller et al. (2017)* hatten hierfür

insgesamt 57 Studien mit 99 individuellen Neuroimaging-Experimenten untersucht (dies beinhaltete 34 kognitive und 65 emotionsverarbeitende fMRI- oder PET-Experimente). Über alle Experimente gemittelt fand sich jedoch kein einziges signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass die publizierten fMRI- und PET-Studien zu neuronalen Aktivitätsmustern in unipolaren Depressionen inkonsistent und unschlüssig sind (*Müller et al., 2017*). Dies bedeutet weiter, dass wir aktuell immer noch nicht zuverlässig wissen, *ob* irgendetwas, und falls ja, *was* im Gehirn von Personen mit Depressionen anders funktioniert als im Gehirn von Gesunden. Ein depressions-spezifisches neuronales Aktivitätsmuster ließ sich in dieser Meta-Analyse jedenfalls nicht bestätigen. Eine weitere wichtige Konsequenz ist, dass aus diesen inkonsistenten Forschungsbefunden zwangsläufig keine Praxisanwendungen hervorgehen können (z. B. diagnostische oder prognostische Tests, neue innovative Behandlungsmodalitäten; siehe auch *Savitz, Rauch & Drevets, 2013*).

Zuletzt sei noch kurz ein weiteres Problem der Neurowissenschaften erwähnt, das bei der Interpretation von neurobiologischen Studien selten beachtet wird. Neurobiologische Korrelate implizieren nicht zwingend eine ursächliche Wirkung (im Sinne von Aktivität in Hirnbereich XY ist verantwortlich für die Entstehung von Depressionen), obschon dies leider sehr häufig gemacht wird (*Miller, 2010*). Der logische Fehlschluss, dass neurobiologische Prozesse dem psychischen Erleben

kausal zugrunde liegen, wird von Expertinnen auch als umgekehrte Folgerung (Englisch: reverse inference) bezeichnet (*Poldrack, 2006; Sprooten et al., 2017*). Im Lateinischen lautet dieser weitverbreitete logische Fehlschluss „cum hoc ergo propter hoc“ und

bedeutet vereinfacht, dass beruhend auf der Korrelation zweier Merkmale (hier neuronale Aktivität in Areal XY und Depressivität) fälschlicherweise ein Kausalzusammenhang hergestellt wird. Empirisch kann einem bestimmten Hirnbereich aber keine störungsspezifische Funktion zugeordnet werden (*Miller, 2010; Sprooten et al., 2017*). Das Volumen bestimmter Hirnbereiche korreliert meistens nur sehr schwach mit Depressionen und zudem korrelieren dieselben Areale minimal auch mit vielen anderen Störungen und psychologischen Merkmalen (bezüglich Hippocampus-Volumen und Depressionen siehe beispielsweise *Fried & Kievit, 2016*). Somit ist zum jetzigen Erkenntnisstand ein zuverlässiger kausaler Zusammenhang zwischen spezifischen neurobiologischen Abweichungen (funktionaler und struktureller Art) und Depressionen weiterhin unbestätigt, obschon Affektregulation zweifelsohne mit neurophysiologischen Prozessen korrelieren mag (*Borsboom et al., 2019; Krishnan & Nestler, 2008*). Die leider oft getätigte Schlussfolgerung, dass die Ursachen von psychischen Störungen hauptsächlich auf Gehirnerkrankungen beruhen, ist jedoch nicht zulässig (entsprechende Aussagen von namhaften Experten wie dem früheren NIMH-Direktor Dr. Thomas Insel finden sich in *Deacon, 2013*; siehe auch *Padberg, 2018*). Es

ist zudem durchaus denkbar, dass auch psychologische Prozesse zu neurobiologischen Veränderungen führen könnten, wie aktuelle Forschung zu neuronalen Mechanismen von Psychotherapie nahelegt (Barsaglini, Sartori, Benetti, Pettersson-Yeo, & Mechelli, 2014; Marwood, Wise, Perkins, & Cleare, 2018). Wie zuverlässig und robust diese Befunde tatsächlich sind, wird sich aber erst noch zeigen. Auch hier ist Zurückhaltung bei der Interpretation der Befunde ratsam.

Zusammenfassung und Implikationen

Kein einziger molekulargenetischer Marker ließ sich bisher zuverlässig mit depressiven Störungen in Verbindung bringen (Border et al., 2019; Dubovsky, 2016; Flint & Kendler, 2014). Bezüglich der Struktur von Gehirnarealen finden sich zwar immer wieder vereinzelte Zusammenhänge mit dem Auftreten von Depressionen (Schmaal et al., 2016; 2017), diese sind zumeist aber sehr schwach, inkonsistent und unspezifisch, sodass sie keine zuverlässige Differenzierung zwischen gesund und krank sowie zwischen Depressionen und anderen Störungen ermöglichen (Fried & Kievit, 2016; Kapur et al., 2012). Diese schwachen Effekte könnten zudem auch auf Messartefakte in der Bildgebung (z. B. durch ungewollte Kopfbewegungen oder mehr Substanzkonsum bei Personen mit psychischen Störungen) zurückzuführen sein (Weinberger & Radulescu, 2016). Funktionale neurobiologische Studien zu kognitiven und emotionsverarbeitenden Prozessen konnten bisher ebenfalls keine konsistenten Ergebnisse spezifisch für Depressionen generieren (Müller et al., 2017; Sprooten et al., 2017). Oftmals wird übersehen, dass die aufsehenerregenden Ergebnisse von vielzitierten Biomarker-Studien in nachfolgenden Replikationsstudien oftmals relativiert werden (Ioannidis & Panagiotou, 2011). Und dennoch werden biomedizinische Befunde häufig beschönigt und überinterpretiert (Boutron & Ravaud, 2018). Interessanterweise scheint die Zuverlässigkeit in der neurobiogenetischen Psychiatrieforschung aber besonders gering zu sein (Dumas-Mallet et al., 2016; Ioannidis, 2019). Die biomedizinischen Befunde von psychiatrischen Assoziationsstudien sind darum mit besonderer Vorsicht zu interpretieren, was aber nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in der Laienpresse, selten getan wird (Dumas-Mallet et al., 2017). Thorsten Padberg (2018) hat dies kürzlich im Psychotherapeutenjournal am Beispiel der Serotonin-Hypothese ausführlich diskutiert.

Welche genetischen Marker und welche neurobiologischen Strukturen und Prozesse tatsächlich für die Entstehung depressiver Störungen verantwortlich sind (sofern es überhaupt eine spezifische biologische Ursache gibt), konnte die biologische Psychiatrie folglich noch nicht beantworten. Aus diesem Grund konnte die biomedizinische Depressionsforschung der letzten drei Jahrzehnte bisher auch noch keinen signifikanten Beitrag zur Verbesserung der klinischen Praxis leisten (Dubovsky, 2016; Ioannidis, 2019; Priebe et al., 2013; Tansey et al., 2012). So wurden immer noch keine Labor-Tests mit klinischem Nutzen entwickelt, d. h. Tests welche die Diagnostik oder Behandlungspraxis nachweislich erleichtern bzw.

zuverlässig verbessern würden (Kapur et al., 2012; Savitz et al., 2013). Aus den letzten 30 Jahren intensivster neurobiogenetischer Forschung resultierten auch keine neuartigen pharmakologischen Behandlungen, welche älteren Medikamenten wie den trizyklischen Antidepressiva (seit den 50er Jahren) oder den SSRI (seit den 80er Jahren) in irgendeiner Weise klinisch bedeutsam überlegen wären (Cipriani et al., 2018; Gartlehner et al., 2011).

Es drängt sich darum die Frage auf, ob der etwas einseitige Fokus auf das biomedizinische Modell der Depression womöglich unbeabsichtigte negative Konsequenzen hatte. Die gesellschaftliche Akzeptanz des biomedizinischen Depressionsmodells hat in den letzten Jahrzehnten zwar deutlich zugenommen (Pescosolido et al., 2010; Schomerus et al., 2012), und immer mehr Personen befürworten bzw. beanspruchen eine medikamentöse Therapie (Jorm et al., 2017), doch konnte dies entgegen der Annahmen des biomedizinischen Modells die Stigmatisierung von Depressionen nicht reduzieren (Pescosolido et al., 2010; Schomerus et al., 2012). Im Gegenteil: Die Befunde einer aktuellen Meta-Analyse legen nahe, dass die Akzeptanz neurobiologisch-genetischer Erklärungsmodelle zwar nicht mit sozialer Distanz korreliert, dafür aber schwach mit negativen Stereotypen wie Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit (Kvaale, Gottdiener & Haslam, 2013; siehe auch Lebowitz & Appelbaum, 2019).

Besondere Sorge bereitet einigen Expertinnen die massive Zunahme von Antidepressiva-Verschreibungen über die letzten 30 Jahre hinweg (Gotzsche, 2014; Spence, 2013; Summerfield, 2018), welche stark mit der verstärkten Akzeptanz des biomedizinischen Depressionsmodells korreliert ist (Pescosolido et al., 2010; Schomerus et al., 2012). Die massive Zunahme von Antidepressiva-Verschreibungen hatte auf nationaler Bevölkerungsebene nachweislich keinen Nutzen und hat nicht wie erhofft zu einer Abnahme der Depressions-Prävalenz geführt (Jorm et al., 2017). Dies liegt womöglich auch daran, dass die akute anti-depressive Wirkung der Medikamente schwach ist (Hengartner & Plöderl, 2018; McCormack & Korownyk, 2018), während die medikamentöse Langzeitbehandlung das Funktionsniveau womöglich negativ beeinflusst und bei einigen Personen das Risiko für wiederkehrende oder chronische Depressionen sogar erhöht (Dewa, Hoch, Lin, Paterson & Goering, 2003; Fava, 2014; Fornaro et al., 2018; Hengartner, Angst & Rossler, 2018). Zahlreiche Fachexpertinnen, darunter Ärztinnen, Psychologinnen, Psychiatriepflegerinnen, Sozialarbeiterinnen und Wissenschaftsjournalistinnen, erachten das biomedizinische Depressionsmodell deswegen als überwiegend nachteilig oder sogar schädlich (Deacon, 2013; Gomory, Wong, Cohen & Lacasse, 2011; Summerfield, 2018; Wand, 2018; Whitaker, 2010).

Schlussfolgerungen

Eine kritische Evaluation der genetisch-neurobiologischen Psychiatrieliteratur verdeutlicht, dass bisher keine störungs-

spezifischen Biomarker gefunden wurden, die einen klar erwiesenen klinischen Nutzen aufweisen (Dubovsky, 2016; Ioannidis, 2019; Kapur et al., 2012; Savitz et al., 2013; Tansey et al., 2012). Obschon objektive biomedizinische Tests wünschenswert wären, müssen wir in Betracht ziehen, dass die biologische Psychiatrie dieses Ziel nie erreichen wird. Denn ob die Ursache für psychische Störungen im Allgemeinen und für Depressionen im Speziellen wirklich eine (genetisch bedingte) Störung des Gehirns ist, bleibt vorerst eine unbestätigte Hypothese. Ein überzeugender wissenschaftlicher Nachweis fehlt jedenfalls weiterhin (Borsboom et al., 2019; Deacon, 2013; Whitaker & Cosgrove, 2015). Im Gegenteil: Gemäß dem führenden Medizinforscher Prof. Dr. John Ioannidis

— Nachdem über 30 Jahre lang fast ausschließlich in die biologische Forschung investiert wurde, sollte jetzt den psychosozialen Faktoren wieder mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

von der Stanford University legt die biomedizinische Psychiatrieliteratur selbst nahe, dass die Hauptursache psychischer Störungen wie der Depression *nicht* in der Neurobiologie zu finden sind (Ioannidis, 2019). Um die steigende gesellschaftliche Belastung durch Depressionen abzubauen, so schlussfolgert Ioannidis, ist ein Forschungsschwerpunkt notwendig, welcher weniger auf neurobiologische Ursachen und medikamentöse Behandlung baut, sondern stärker auf psychosoziale Determinanten und entsprechende gesellschaftliche Interventionen wie wirtschaftliche und soziale Sicherheit und Schutz vor Ausbeutung und Missbrauch (siehe auch Priebe et al., 2013). In den Worten des Sonderberichterstatters für Menschenrechte der Vereinten Nationen, dem Psychiater Prof. Dr. Dainius Puras, klingt das so:

Mental health policies and services are in crisis – not a crisis of chemical imbalances, but of power imbalances. We need bold political commitments, urgent policy responses and immediate remedial action ... There is now unequivocal evidence of the failures of a system that relies too heavily on the biomedical model of mental health services, including the front-line and excessive use of psychotropic medicines, and yet these models persist. (United Nations, 2017)

Die depressive Störung, welche nachweislich so stark abhängig ist von sozialen Faktoren (Harvey et al., 2018; Kohler et al., 2018; Stansfeld, Shipley, Head & Fuhrer, 2012; World Health Organization, 2014), sollte nicht einseitig durch eine biomedizinische Linse betrachtet werden. Dr. Thomas Insel, als ehemaliger Direktor des NIMH einer der Hauptförderer und Befürworter des biomedizinischen Modells, proklamierte vor vier Jahren noch, dass psychische Störungen mit Sicherheit Gehirnerkrankungen sind: „Brain disorders? Precisely“ (Insel & Cuthbert, 2015). Weder damals noch heute gab es für diese undifferenzierte Behauptung einen zwingenden

wissenschaftlichen Nachweis, und es ist immer unwahrscheinlicher, dass die These zutrifft. Borsboom et al. (2019) entgegneten darum vor kurzem: „Brain disorders? Not really“. Ob Insel dem zustimmt, ist fraglich, er hat aber eingesehen, dass die neurobiogenetische Forschung bisher keinen messbaren klinisch-praktischen Nutzen hatte. Denn nach seinem Rücktritt als Direktor des NIMH machte er in einem Interview eine bemerkenswerte Aussage. Er gestand, dass die massiven Investitionen in die genetische und neurobiologische Psychiatrieforschung zwar viele aufsehenerregende Arbeiten hervorgebracht hätten, diese hätten jedoch weder zu einer Reduktion von Suiziden und Hospitalisierungen noch zu einer Verbesserung der Krankheitsverläufe beigetragen (Rogers, 2017). Im originalen Sprachlaut:

„I spent 13 years at NIMH really pushing on the neuroscience and genetics of mental disorders, and when I look back on that I realize that while I think I succeeded at getting lots of really cool papers published by cool scientists at fairly large costs – I think \$ 20 billion

– I don't think we moved the needle in reducing suicide, reducing hospitalizations, improving recovery for the tens of millions of people who have mental illnesses“ (Dr. Thomas Insel, zit. n. Rogers, 2017).

Es ist darum höchste Zeit, sich wieder vermehrt auf Engel (1977) zu beziehen, welcher postulierte, dass psychische Störungen auf einer Interaktion biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren beruhen. Der neurobiogenetische Reduktionismus, wie er in der psychiatrischen Forschung weiterhin vorherrscht, wird der komplexen, multifaktoriellen Ätiologie der Depression nicht gerecht. Auch konnte in der klinischen Praxis dadurch kein Fortschritt erzielt werden. Nachdem über 30 Jahre lang fast ausschließlich in die biologische Forschung investiert wurde, sollte jetzt den psychosozialen Faktoren wieder mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bastiaansen, J. A., Servaas, M. N., Marsman, J. B., Ormel, J., Nolte, I. M., Riese, H. & Aleman, A. (2014). Filling the gap: relationship between the serotonin transporter-linked polymorphic region and amygdala activation. *Psychological Science*, 25 (11), 2058-2066.

Button, K. S., Ioannidis, J. P., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S. & Munafò, M. R. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 14 (5), 365-376.

Culverhouse, R. C., Saccone, N. L., Horton, A. C., Ma, Y., Anstey, K. J., Banaschewski, T. & Bierut, L. J. (2018). Collaborative meta-analysis finds no evidence of a strong interaction between stress and 5-HTTLPR genotype contributing to the development of depression. *Molecular Psychiatry*, 23 (1), 133-142.

Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33 (7), 846-861.

Dubovsky, S. L. (2016). The limitations of genetic testing in psychiatry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85 (3), 129-135.

Dumas-Mallet, E., Button, K., Boraud, T., Munafo, M. & Gonon, F. (2016). Replication validity of initial association studies: A comparison between psychiatry, neurology and four somatic diseases. *PLoS One*, 11 (6), e0158064.

Fried, E. I. & Kievit, R. A. (2016). The volumes of subcortical regions in depressed and healthy individuals are strikingly similar: a reinterpretation of the results by Schmaal et al. *Molecular Psychiatry*, 21 (6), 724-725.

Ioannidis, J. P. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, 2 (8), e124.

Lebowitz, M. S. & Appelbaum, P. S. (2019). Biomedical explanations of psychopathology and their implications for attitudes and beliefs about mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 1.1-1.23.

Miller, G. A. (2010). Mistreating psychology in the decades of the brain. *Perspectives on Psychological Science*, 5 (6), 716-743.

Müller, V. I., Cieslik, E. C., Serbanescu, I., Laird, A. R., Fox, P. T. & Eickhoff, S. B. (2017). Altered Brain Activity in Unipolar Depression Revisited: Meta-analyses of Neuroimaging Studies. *JAMA Psychiatry*, 74 (1), 47-55.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. et al. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125 (6), 440-452.

Tansey, K. E., Guipponi, M., Perroud, N., Bondolfi, G., Domenici, E., Evans, D. et al. (2012). Genetic predictors of response to serotonergic and noradrenergic antidepressants in major depressive disorder: a genome-wide analysis of individual-level data and a meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9 (10), e1001326.

Weinberger, D. R. & Radulescu, E. (2016). Finding the elusive psychiatric "lesion" with 21st-century neuroanatomy: a note of caution. *American Journal of Psychiatry*, 173 (1), 27-33.



PD Dr. Michael P. Hengartner

Zürcher Hochschule für Angewandte
Wissenschaften (ZHAW)
Psychologisches Institut
Pfungstweidstrasse 96
Postfach 707
CH-8037 Zürich
Schweiz
michaelpascal.hengartner@zhaw.ch

PD Dr. Michael P. Hengartner ist promovierter Psychologe mit Habilitation in der Medizin. Er ist Dozent an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). Seit bald zehn Jahren forscht er im Bereich Psychiatrische Epidemiologie, Psychopathologie, Psychosomatik und Sozialpsychiatrie.

Versorgungsrelevante Besonderheiten und Hindernisse der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung

Christian Janßen

Zusammenfassung: Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist eine besondere – wie die Arbeit mit anderen Klientinnen¹ auch –, so lautete das Resümee eines ersten Artikels des Autors im *Psychotherapeutenjournal* 4/2018. Die Arbeit erfordert wie sonst auch ein individuelles Vorgehen und eine Anpassung der Methoden. Wo jedoch liegen die Schwierigkeiten und Hindernisse, die eine angemessene Versorgung der Menschen mit geistiger Behinderung mit psychotherapeutischen Angeboten erschweren? Sie existieren auf verschiedenen Ebenen: in Bezug z. B. auf die Bereitschaft und Berührungängste der Niedergelassenen genauso wie in den Psychotherapie-Richtlinien. Die schlechte Versorgung ist vermutlich einer der Gründe, warum der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Herbst 2018 erste Schritte für eine Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Klientel unternommen hat. Die Inklusion dieser Klientel ist seit 2006 durch die UN-Behindertenrechtskonvention Auftrag an die bundesdeutsche Politik – d. h. das Zurverfügungstellen gleicher Angebote und Möglichkeiten wie für Menschen ohne Beeinträchtigung. Dieser Anspruch gilt auch für die Gesundheitsversorgung und darin insbesondere die Psychotherapie in unserer durch vielfältige Ausgrenzung gekennzeichneten Gesellschaft.

Im *Psychotherapeutenjournal*, Heft 4/2018 (Janßen, 2018a),² wurden die Besonderheiten der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung in der therapeutischen, insbesondere der ambulant-therapeutischen Arbeit dargestellt. Im folgenden Text soll der Frage nachgegangen werden, welche administrativen, alltagspraktischen und sozialpolitischen Besonderheiten und Hindernisse im Rahmen der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung zu berücksichtigen sind. Aktuelle rechtliche Rahmenbedingungen werden im Hinblick auf Perspektiven der Versorgung diskutiert.

Geistige Behinderung (oder in der Nomenklatur der ICD: Intelligenzminderung³) stellt aus Sicht des Verfassers an sich keine psychische Störung von Krankheitswert dar (obwohl die ICD sie in Kapitel V in der Diagnosegruppe F70.x führt), sondern eine Eigenschaft wie die Haarfarbe, die eine Person ihr Leben lang von anderen unterscheidet (Schanze, 2017, S. 100f.). Eine psychische Störung kann zusätzlich – auch aufgrund der besonderen Verletzlichkeit durch die Behinderung häufiger als bei anderen – die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigen (Janßen, 2018a, S. 339f.).

Im November 2003 wandte sich die Bundesvereinigung Lebenshilfe in einem Brief an die Landespsychotherapeutenkammern mit der Bitte um Unterstützung bei der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung: „In erschreckend vielen Fällen gelingt es den Beteiligten vor Ort nicht, geeignete thera-

peutische Hilfsangebote in der Region zu erreichen. Es gibt nur wenige niedergelassene Therapeuten und Ärzte, die in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung spezielle Kenntnisse erworben haben. (...) Wir bitten angesichts dieser Situation um Ihre Unterstützung“ (zit. n. Werther, 2005, S. 116). Bis heute hat sich an der hier beschriebenen Mangelversorgung nicht viel verändert.

Im Jahr 2007 zählte Schanze in Deutschland nur 31 erwachsenenpsychiatrische Spezialabteilungen in Kliniken (siehe auch Werther & Hennicke, 2008, S. 122). Befragungen ergeben immer wieder, dass nur eine geringe Anzahl von Psychologischen Psychotherapeutinnen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) mit dieser Klientel arbeitet. In Baden-Württemberg waren z. B. 2.500 PP angeschrieben

1 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im *Psychotherapeutenjournal* lesen Sie bitte den Hinweis auf der vordecker inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

Ein weiterer Hinweis: Im heilkundlichen Kontext wird normalerweise von „Patientinnen“ gesprochen; auch dieser Artikel beschreibt die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung eben in ihrer Rolle als Patientinnen. Der Begriff „Klientin“ trägt allerdings der regelhaften Eingebundenheit von Menschen mit geistiger Behinderung in einen institutionellen Kontext Rechnung – dort ist er ein üblicher Begriff – und soll daher für diesen Artikel erhalten bleiben.

2 Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

3 Zur Diskussion dieser Begrifflichkeiten vgl. Janßen, 2018a, S. 337.

worden. 154 Kolleginnen davon (6 %) hatten geantwortet, von diesen wiederum berichteten nur 62 über Erfahrung in der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung, somit etwa 2,5 % aller PP (Kremitzl *et al.*, 2018). In Bielefeld, Sitz der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und des Johanneswerks, der europäischen „Hauptstadt“ der Diakonie, wie das Stadtmarketing hervorhebt, sind dem Verfasser ganze vier von aktuell 260 ambulant tätigen PP/KJP bekannt, die angeben, kontinuierlich psychotherapeutisch mit Menschen mit geistiger Behinderung zu arbeiten.

Welche Faktoren lassen sich für die schlechte psychotherapeutische Versorgung dieser Klientel identifizieren?

Faktoren für die psychotherapeutische Unterversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Faktoren aufseiten des Gesundheitssystems

Auf der Grundlage des Sozialgesetzbuchs (SGB) V sind in den letzten Jahrzehnten kassenärztliche Richtlinien und Regelungen zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland entwickelt worden, die nicht auf Sondergruppen spezialisiert sind und sich damit auf die Deckung des psychotherapeutischen Bedarfs von Menschen ohne Behinderung beziehen. Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) hat diese Ausformung eher unterstützt.

In der schulenspezifischen Ausgestaltung von Psychotherapie bildet ebenfalls diese Mehrheit von Klientinnen ohne geistige Behinderung den Orientierungsrahmen. In dem derzeitigen System einer vorwiegend verbalorientierten Psychotherapie und den dafür gestalteten Rahmenbedingungen hat lediglich die Gruppe von Menschen mit leichter geistiger Behinderung eine Chance. Die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und mit psychischen Störungen ist in unserem Gesundheitssystem aus Sicht des Verfassers in Bezug sowohl auf die organisatorischen wie auch die fachlichen Bedingungen schlecht.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 21. Dezember 2018 einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bestätigt, der erstmals die Notwendigkeit besonderer Bedingungen für Menschen mit geistiger Behinderung anerkennt (G-BA, 2018a, b, c; BMG, 2018). Die überarbeitete Psychotherapie-Richtlinie sieht z. B. vor, dass Menschen mit Intelligenzminderung, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, zukünftig zehn zusätzliche Zeiteinheiten zulasten der Krankenkassen erhalten können. Darüber hinaus sind Möglichkeiten eingefügt worden, Be-

zugspersonen zusätzlich in vier Sprechstunden, der Probatorik und zwei bzw. vier Einheiten Rezidivprophylaxe dieser Gruppe einzubeziehen (G-BA, 2018c).

Dies muss als ein erster, von Fachleuten lange ersehnter Schritt in der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie für diese Zielgruppe bewertet werden. Erste Erfahrungen des Verfassers zu einer Planung der Rezidivprophylaxe in der Klientel zeigen jedoch, dass diese nicht den erforderlichen Umfang einer ausschleichenden Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung zu ermöglichen scheint.

Die derzeitige Gebührenordnung ist in Bezug auf diesen größeren Zeitbedarf kaum hilfreich (Janßen, 2018a): Die Ziffer 23220 (Psychologisches Gespräch) ist zwar auch als grundsätzliche Möglichkeit eines stabilisierenden Kontaktes nach Ende einer Psychotherapie (i. S. einer Nachsorge) bzw. als Sicherheit für die Klientin mit maximal 150 Minuten im Quartal berechnungsfähig, sie ist jedoch als „nicht-genehmigungspflichtige Leistung“ z. T. budgetiert. Bei Überschreitung des Budgets wird diese Leistung im Nachhinein nicht vollständig, sondern z. B. je nach Kassenärztlicher Vereinigung und Quartal nur zu etwa 80 % vergütet.

Welche Auswirkungen der Beschluss des G-BA (2018d) zur Anerkennung der systemischen Therapie hat, kann zu diesem Zeitpunkt nicht bewertet werden. Immerhin wird im Folgen-

Psychische Störungen treten bei Menschen mit geistiger Behinderung drei- bis fünfmal häufiger auf als in der Durchschnittsbevölkerung.

den und z. B. bei Janßen (2018a) deutlich, welche Bedeutung ein systemischer Hintergrund der Psychotherapeutin und ein daraus abgeleitetes Vorgehen hat.

Faktoren aufseiten der Klientel

Janßen (2018a, S. 339f.) hat dargestellt, dass Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund der Eigenschaften, die ihre Behinderung mit sich bringt, und deren Folgen verletzlicher sind als andere (Werther, 2005, S. 117). Allein diese Tatsache führt neben weiteren zu einer größeren Prävalenz psychischer Störungen, die bei Menschen mit geistiger Behinderung drei- bis fünfmal häufiger sind als in der Durchschnittsbevölkerung (Schanze, 2007; Meins, 1994).

Verschiedene klientelspezifische Faktoren (u. a. kognitive, das „Verstehen der Welt“ einschränkende Faktoren oder das Auseinanderfallen von körperlicher, kognitiver und sozial-emotionaler Entwicklung; vgl. Janßen, 2018a, S. 342) führen zu Unterschieden zur Psychotherapie mit Menschen ohne geistige Behinderung und müssen in der Versorgungsplanung wie der individuellen Arbeit berücksichtigt werden. Dies betrifft z. B.

- eine geringe Zuverlässigkeit beim Mitbringen der Gesundheitskarte bzw. einer Überweisung oder
- die Verbindlichkeit der Terminwahrnehmung, die deutlich eingeschränkt sein kann:
 - Häufig ist die zeitliche und/oder örtliche Orientierung begrenzt.
 - Ein pünktlicher Sitzungsbeginn und kontinuierlicher -rhythmus ist erfahrungsgemäß fremd.
 - Das Erscheinen kann auch stark von aktuellen Bedürfnissen geprägt sein.

Terminausfälle und Verspätungen bzw. auch ein zu frühes Erscheinen sind häufig. Die Terminplanung ist dadurch oftmals unkalkulierbar und dann nicht abrechnungsfähig, was Probleme für die wirtschaftlich notwendige Praxisauslastung zur Folge haben kann. Spontane Termine sind unter Umständen in Einrichtungen zu organisieren, unter ambulanten Versorgungsbedingungen geht das nicht. Im Praxisalltag des Verfassers fallen dadurch mehr als 25 % der zuvor vereinbarten Termine aus. Aufgrund ihres Status (Menschen mit geistiger Behinderung sind i. d. R. Empfängerinnen von staatlichen Unterstützungsleistungen) kann jedoch keine ausreichende Ausfallvereinbarung getroffen werden. Pädagogisch wirksam wird ggf. ein symbolischer Geldbetrag.

Wenig überrascht dann auch die Erfahrung, dass Menschen mit geistiger Behinderung weniger zuverlässig in der Erledigung psychotherapeutischer „Hausaufgaben“ oder der Einhaltung von „Absprachen“ sind als nicht-behinderte.

Darüber hinaus braucht Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich mehr Zeit, die anders als bei Menschen ohne geistige Behinderung den kontingentierten Umfang der Bewilligungen belastet. Ein solcher zeitlicher Mehraufwand ist vonnöten

- zum Aufbau und Erhalt von Vertrauen vor dem Hintergrund eines Lebens voller Beziehungsabbrüche oder von Diskriminierungen oder Gewalterfahrungen,
- wegen Verständigungsproblemen in kognitiver Hinsicht und aufgrund des großen Spektrums individueller Signale,
- für das Verständnis angestrebter Interventionen,
- zum Transfer des Bearbeiteten in den Alltag oder bei der Übertragung eines Musters auf ähnliche Themen. Dieser letztgenannte Aspekt impliziert auch, dass Themen nur bedingt aufbauend bearbeitet werden können. In gleichem Maße betrifft dies Schwierigkeiten der Klientinnen, aus eigenen Erfahrungen oder aus beobachteten Verhaltensweisen anderer und deren Erfolg bzw. Misserfolg zu lernen. Ebenso werden die Zusammenhänge im eigenen Verhalten langsamer erkannt und seltener bzw. verzögert im weiteren Vorgehen berücksichtigt (Janßen, 2018a, S. 339, 341).

Somit wird bei dieser Klientel oftmals mehr Zeit zum Wirksamwerden von psychotherapeutischen Interventionen benö-

tigt. Ein anderer Gesichtspunkt betrifft die Dauer der einzelnen Therapiesitzungen, die stark schwanken kann: Ursache sind begrenzte und schwankende Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspannen.

Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung erfordert darüber hinaus oft eine gewisse Flexibilität in Bezug auf eine aufsuchende, niedrigschwellige Arbeit, die auch psychotherapeutische Sitzungen z. B. in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder in der Wohnung bzw. im Wohnheim notwendig machen können, um sich ein möglichst vollständiges Bild von der Klientin zu machen.

Faktoren des Lebensumfeldes

In Ausführungen des G-BA aus dem Oktober 2018 heißt es: „Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung bestehen häufig spezifische Bedingungen der Wahrnehmung, der Problemerkennung, der Problemlösung und -umsetzung sowie der Beziehungsgestaltung und ggf. notwendigen Unterstützung im Alltag. Insofern kann es bei der psychotherapeutischen Behandlung und Diagnostik dieser Patientengruppe auch im Erwachsenenalter nötig sein, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen. Das soziale Umfeld beinhaltet auch die professionellen Unterstützungssysteme. Solche Bezugspersonen können z. B. Mitarbeiterinnen von Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe sein“ (G-BA, 2018b, S. 2).

Menschen mit geistiger Behinderung müssen deshalb in ihrem spezifischen Umfeld wahrgenommen werden. Grundlage einer Darstellung dieser Besonderheit kann das „Soziale Netz“ bieten, das neben den bei allen Menschen relevanten Aspekten des Wohnens, der Arbeit oder der materiellen Existenz für Menschen mit geistiger Behinderung zusätzliche Bereiche umfasst, die Sicherheit und eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen. Sicherheit gibt z. B. eine stabile Alltagsstruktur – mit professioneller Hilfe. In der folgenden Abbildung ist auf der Basis ambulanter Hilfen der Versuch unternommen worden, die Bestandteile dieses Lebens- und Sicherheitsnetzes darzustellen.

Die Psychotherapie in diesem Umfeld beinhaltet somit auch die Notwendigkeit einer Koordination der Interventionen, eine Integration der sich z. T. widersprechenden Einflüsse und manchmal auch konzeptionelle Arbeit. Die Psychotherapeutin ist in diesem Arbeitsfeld somit häufig auch Kooperationsarbeiterin:

- sie vermittelt Therapieinhalte nach Absprache mit der Klientin an wichtige Bezugspersonen,
- sie arbeitet teilweise direkt beratend mit den Betreuungsteams,
- sie fördert damit ein abgestimmtes und aufeinander bezogenes pädagogisch-therapeutisches Handeln i. S. eines ganzheitlichen Therapieplans und leistet dabei eine Übersetzung von Therapieinhalten im Sozialen Netz der Klientin.

Nicht bzw. nur schwer abrechenbar sind dabei derzeit z. B.

- häufige, z. T. längere Telefonate im Umfeld zur Koordination und Absprache,
- die Beratung der Beteiligten im Umfeld oder
- die Vermittlung von Angehörigen an Unterstützungsangebote wie Beratungsstellen oder familienunterstützende Dienste bis hin zur Durchführung von Angehörigengruppen.

Faktoren aufseiten der Psychotherapeutinnen

„Rein rechnerisch würde aufgrund der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen geistig behinderter Menschen der Versorgungsempass für diese Patient(i)nnengruppe entfallen, wenn (...) jede niedergelassene Kollegin nur einen Menschen mit geistiger Behinderung behandeln würde“ (LPK Baden-Württemberg, 2014, S. 3). Die „Zurückhaltung“ der psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen kann sehr unterschiedliche Gründe haben:

- Die Geschichte der „geistigen Behinderung“ ist eine Geschichte der Ausgrenzung. Gesellschaftspolitisch und physisch sahen sich diese Menschen lange Zeit der Aussonderung oder im Nationalsozialismus sogar der Tötung „lebensunwerten Lebens“ ausgesetzt (Klee, 1983). Diese Erfahrungen wirken im kollektiven Gedächtnis unserer Gesellschaft weiter. Diskriminierungen sind auch heute an der Tagesordnung und bewirken Distanz. Von Normalität und Inklusion kann noch keine Rede sein – auch wenn die Gesellschaft insgesamt offener ist als noch vor 50 Jahren. Die Berührungspunkte von niedergelassenen PP zu Menschen mit geistiger Behinderung sind damit nicht selten wie in der übrigen Gesellschaft ausgeprägt.

- Menschen mit geistiger Behinderung galten lange als „therapieunfähig“.
- Die Kompetenz der niedergelassenen Psychotherapeutinnen ist oft nicht ausreichend in der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. In den Ausbildungen zur PP oder KJP wird das Thema geistige Behinderung bislang kaum, im besten Fall höchstens oberflächlich behandelt. In die ambulante Praxis kommen – wenn überhaupt – Menschen mit einer *leichten* geistigen Behinderung oder einer Lernbehinderung. Psychotherapie für schwerere

Grade von geistiger Behinderung findet daher höchstens in größeren bzw. in Komplexeinrichtungen statt.

- Erfahrungen in der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung haben damit primär Psychotherapeutinnen in den Einrichtungen und Beratungsstellen der Behindertenhilfe gesammelt. „Der Transfer dieser Erfahrungen erfolgt bisher überwiegend dann, wenn frühere Angestellte ihre Kenntnisse aus den Einrichtungen in die ambulante Versorgung mitnehmen, sobald sie sich niederlassen“ (Werther, 2005, S. 119).

Sozialpolitische und sozialrechtliche Faktoren

Die gesetzlichen Grundlagen und internationale Verpflichtungen Deutschlands erfordern seit Langem ein neues Denken: Die Organisationen der „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ wie z. B. people first („Wir sind Mensch zuerst“) und die Verbände der Einrichtungen und Dienste weisen zurecht jährlich



Abbildung: Lebens- und Sicherheitsnetz von Menschen mit geistiger Behinderung (überarbeitete Fassung einer eigenen Grafik; vgl. Janßen & Wortberg-Börner, 2003, S. 31)

am 5. Mai, dem „Tag der Gleichstellung“, auf den erst 1994 eingefügten Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes hin: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“.

Der richtige, von den Verbänden vorgetragene sozialpolitische Grundsatz, eine ambulante pädagogische Begleitung vor einer stationären zu priorisieren, wurde von den Kostenträgern später übernommen. Der ökonomische Blickwinkel hat dabei jedoch spätestens seit 1995 – dem Ende des Kostendeckungsprinzips in der Eingliederungshilfe – eine zunehmende Dominanz erfahren: ambulante Betreuung sei billiger als stationäre und damit unter dem Aspekt der Kostendämpfung in der Eingliederungshilfe vorzuziehen. Für Komplexeinrichtungen hat dies heute zunehmend zur Folge, dass Menschen mit schweren Störungen in der Einrichtung

verbleiben und gleichzeitig nur Menschen mit ebensolchem Störungsgrad aufgenommen werden. Nicht alle werden inkludiert, sondern nur diejenigen, die der Sozialraum, ergo: die Gesellschaft, bereit ist zu „ertragen“. Es kommt wieder zur

— Das Gesundheitssystem im SGB V ist nicht auf die Übernahme der ihm durch die UN-Behindertenrechtskonvention übertragenen Inklusionsaufgaben vorbereitet.

Bildung eines „harten Kerns“ in Einrichtungen, wie er Ende der achtziger Jahre z. B. von Bradl (1987) und Jantzen (1990) kritisch betrachtet wurde.

Deutschland hat sich mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) 2008 auch auf die Sicherstellung gleicher psychotherapeutischer Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung festgelegt (Deutscher Bundestag, 2008, 2011; vgl. auch Bundesverband evangelische Behindertenhilfe et al., 2001). Die UN-BRK fordert Art. 25 die Nutzung der „normalen“ Systeme auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Hier heißt es: „(D)ie Vertragsstaaten stellen (...) eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen (zur Verfügung und) (...) Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden“ (Vereinte Nationen, 2006; vgl. Netzwerk Artikel 3, 2008).

In der UN-BRK – so notwendig und fortschrittlich sie auch ist – wird die Frage ausgeblendet, ob in einer derzeit noch eher ausgrenzenden Gesellschaft wie der deutschen Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung im „normalen“ System angesichts des Fehlens entsprechender Kompetenzen und Versorgungsstrukturen überhaupt möglich ist. Sind nicht aus diesem Grund zunächst (auch) „spezielle Leistungen“ notwendig, bis sich die Gesellschaft tatsächlich einer Inklusion geöffnet hat (Wohlfahrt, 2018)? Aufgrund der Erfahrung ist absehbar, dass die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung auf unbestimmte Zeit in vielen Regionen Deutschlands nicht ausreichen wird. Das Gesundheitssystem im SGB V ist nicht auf die Übernahme der ihm durch die UN-BRK übertragenen Verantwortung im Rahmen der Inklusionsanstrengungen vorbereitet. Das Gesundheitssystem versagt in dieser Hinsicht bei Menschen mit mittelgradiger und schwerer Behinderung und es versagt ebenso bei der Anerkennung nonverbaler Methoden. In Bezug auf die konkreten Anforderungen einer Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung ist damit ein nicht unbeträchtlicher Teil des notwendigen begleitenden Aufwandes im Rahmen des SGB V nur in Teilen oder gar nicht refinanzierbar. Die UN-BRK ist Leitidee und damit Auftrag – bis zur vollständigen Realisierung ist es noch ein weiter Weg.

Das im Dezember 2016 verabschiedete *Bundesteilhabegesetz (BTHG)* soll dabei eine wichtige Rolle spielen. „Mit der Verabschiedung des BTHG (...) ist eine Übergangsphase eingeleitet worden, in der sich die seit Jahrzehnten in der Sozialhilfe verankerte Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nachhaltig verändern wird. Die Selbstbestimmung und (Teilhabe, d. Verf.) (...) sind Kernziele des BTHG. Hierzu sollen bedarfsdeckende, nachteilsausgleichende Unterstützungsleistungen erbracht werden. Damit bietet das

BTHG die Möglichkeit, Schritte auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft zu gehen“ (vBS Bethel, 2017). Das BTHG setzt auf der UN-BRK auf, seine konkreten Auswirkungen für die Anbieter von Unterstützungsleistungen und hier insbesondere die Einrichtungen mit komplexen Unterstützungsangeboten sind jedoch noch immer unklar (Janßen, 2017, 2018b).

Einige stationäre Einrichtungen halten heute psychologische bzw. psychotherapeutische Arbeit als integriertes Angebot in der Eingliederungshilfe vor. Ab 2020 werden die Leistungen getrennt refinanziert: Während Betreuungsleistungen in der Finanzierung des Sozialhilfeträgers verbleiben (in NRW die beiden Landschaftsverbände als überörtliche Kostenträger), werden existenzsichernde Hilfen kommunal finanziert.

Was tun?

Seit *Werthers* Artikel sind 15 Jahre vergangen. Ihre Handlungsempfehlungen (2005, S. 121f.) sind nach wie vor aktuell, die Versorgungsrealität „eklatant“ (DGSG, 2015). Im Folgenden sollen Verbesserungsvorschläge auf unterschiedlichen Ebenen konkretisiert werden:

Ambulant tätige Psychotherapeutinnen

In der konkreten Arbeit können folgende Möglichkeiten von niedergelassenen PP für ihre Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung begründet werden:

- das Ausschöpfen der Kontingente,
- das Einbeziehen der Bezugspersonen und der Aufbau von Sicherheiten im Sozialen Netz,
- die Nutzung des „psychologischen Gesprächs“ (Ziffer 23220) als Sicherheit beim Ausschleichen und zur optionalen Nachsorge („Ich kann kommen, aber ich brauche es nicht!“) – oder die Planung einer Reizdivprophylaxe unter Einbeziehung der Bezugspersonen,
- das Angebot kürzerer Kontakte durch die Möglichkeit der Teilung von 50-Minuten-Gesprächen in zwei 25-minütige Einheiten,

- die Nutzung von Unschärfen in den Richtlinien:
 - Beantragung von Einheiten für die Bezugspersonen zusätzlich zum verfügbaren Kontingent durch Verweis auf die Richtlinien zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Verhältnis 1:4),
 - Beantragung von Kontakten mit Bezugspersonen über das Kontingent hinaus wie auch
 - die Neubeantragung einer Psychotherapie.
- Darüber hinaus ist regionale Vernetzung ein geeignetes Mittel, um Menschen mit geistiger Behinderung erfahrene Kolleginnen vermitteln und einen Erfahrungsaustausch z. B. in kollegialen Qualitätszirkeln oder Intervisionsgruppen anregen zu können.⁴

Psychotherapeutenkammern und -verbände

Werther und Hennicke schrieben schon 2008: „Was können die Psychotherapeutenkammern tun? Es geht zunächst darum, auf das Problem aufmerksam zu machen und vielleicht niedergelassene Kammermitglieder zu ermutigen, einen Patienten mit geistiger Behinderung zu behandeln“ (S. 122).

Weitere Aktivitäten sind i. d. S. denkbar wie:

- die Entwicklung von entsprechenden Curricula,
- die Anregung von Fort- und Weiterbildungen zur Nachqualifizierung in den Besonderheiten der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung sowie
- die Bildung von Kompetenznetzen oder Vermittlungsstellen.

Dazu kann aufseiten der Psychotherapeutenkammern das Thema in deren Arbeitskreisen sowie auf Landes- und Bundesebene durch die Bestellung von „Beauftragten für die Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ aufgenommen werden.

„Die universitären Psychiatrien sowohl im Kinder- und Jugendlichen- als auch Erwachsenenbereich lernen diese Klientel nur in (...) (engem, d. Verf.) Rahmen und häufig nur in (...) (einem spezifischen, d. Verf.) symptomatischen Ausschnitt kennen“ (*Werther & Hennicke, 2008, S. 123*). Die Problematiken von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen sollten daher häufiger Thema klinischer Studien und Forschungsvorhaben sein.

Aus Sicht des Verfassers ist auch eine weitere Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie erforderlich, um die besonderen Belange der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung besser berücksichtigen zu können und Möglichkeiten für eine angemessene Versorgung dieser Klientel zu schaffen. 2015 hat die Deutsche Gesellschaft zur seelischen Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) Vorschläge von Expertinnen an den G-BA weitergeleitet (*DGSGB, 2015*). Dazu gehören:

- die Berücksichtigung der o. g. Besonderheiten der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen der Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen,
- Möglichkeiten für eine deutlich längere Psychotherapie (bei einer Verhaltenstherapie z. B. mehr als 70/90 Sitzungen einschließlich des neuen „Zuschlags“ von zehn Stunden),
- unbürokratische Krisenintervention unter Berücksichtigung der laufenden psychotherapeutischen Prozesse,
- die Möglichkeit zu niedrigschwelliger Hilfe,
- die Erweiterung der Möglichkeit einer Abrechnung:
 - für eine Flexibilisierung der Probatorik, um insbesondere dem erhöhten diagnostischen Zeitbedarf gerecht zu werden,
 - von Telefonaten,
 - für aufsuchende Arbeit bei der Klientin oder z. B. in der WfbM,
 - für Sitzungen mit Bezugspersonen und Angehörigen *zusätzlich* zum Kontingent analog zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Verhältnis 1:4,
 - für koordinierende Tätigkeiten im Bereich des Wohnens und der WfbM,
 - für die begleitende Arbeit während eines Klinikaufenthalts mit der Klientin, mit der Station oder mit den Bezugspersonen oder
 - für die Durchführung von Teambesprechungen im professionellen Lebensumfeld der Klientinnen und zu konsiliatorischen Erörterungen und Fallkonferenzen;
- die Schaffung einer Gebührenziffer für den Ausfall verabredeter Termine
- und schließlich das Einräumen der Möglichkeit, dass in begründeten Ausnahmefällen auch erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung durch weitergebildete KJP behandelt werden können.

Diese Forderungen können die Psychotherapeutenkammern unterstützen.

Welche grundsätzlichen Möglichkeiten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung bestehen derzeit in Deutschland?

Im Rahmen seiner Verpflichtungsübernahme aus der UN-BRK hat Deutschland in Art. 25 auch die Sicherstellung gleicher psychotherapeutischer Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung übernommen. Es wurde dargelegt, dass die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in vielen Regionen Deutschlands jedoch

⁴ Ein Beispiel aus Bielefeld/Ostwestfalen-Lippe ist unter www.sivus-online.de/ [25.04.2019] verfügbar.

unzureichend ist – sie wird nach Einschätzung des Verfassers auch mittelfristig nicht ausreichen. Das Gesundheitssystem im SGB V ist nicht auf die Übernahme der ihr über die UN-BRK übertragenen Verantwortung im Rahmen von Inklusionsanstrengungen vorbereitet und versagt daher trotz der ersten Schritte des *G-BA (2018a, b)*.

Damit ist die Frage zu erörtern, wie eine Versorgung bis zur Umsetzung der Inklusionsvorgaben der UN-BRK gesichert werden kann. 2020 ist der Zeitpunkt, an dem die Umsetzung des BTHG für Betroffene wie für Einrichtungen und Dienste greift. Mit dem BTHG ist in Deutschland weiterhin die Eingliederungshilfe finanzielle Grundlage von Betreuungsleis-

Das Bundesteilhabegesetz erzeugt bei Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung eine nicht unproblematische Dynamik in Richtung Gesetzliche Krankenversicherung.

tungen. Sie soll alle Hilfen zur Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung am Leben in der Gesellschaft (§ 1, 2, 4 SGB IX) sicherstellen. Bisherige stationäre Betreuungsleistungen werden dann als „Assistenzleistungen“ ohne die bis dahin gültige Differenzierung zwischen Wohnheim und ambulanter Betreuung für alle als Fachleistungsstunde geführt. Weitere Differenzierungen von Leistungen sind im Gesetzestext nicht vorgesehen, psychologische Arbeit und Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung nicht als integrierter Bestandteil dieser Eingliederungshilfe formuliert. Menschen mit geistiger Behinderung werden nach Kenntnis des Verfassers dann von bisherigen Eingliederungshilfeleistungen – den psychologischen Leistungen in den Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe – ausgeschlossen. Zukünftig wird es also eine durch das BTHG forcierte Dynamik bei der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung in Richtung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geben. Damit verbunden besteht aus Sicht des Verfassers die Gefahr, dass die Erreichbarkeit psychotherapeutischer Leitungen für Menschen mit geistiger Behinderung noch hindernisreicher wird. Die Vermutung, dass die wenigen psychotherapeutischen Angebote und vorhandenen Erfahrungen zu diesem Zeitpunkt wieder (wie bereits nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes; *Werther, 2005, S. 119f.*) „wegbrechen“, erscheint nicht allzu gewagt. Das darf jedoch vor dem Hintergrund von Art. 3 GG „eigentlich“ nicht sein, nimmt der Staat die eigenen Verpflichtungen ernst. Angesichts der rechtlichen Ansprüche der Betroffenen müssen der Gesetzgeber und die zuständigen Versorgungssysteme daher praktikable Zwischenlösungen schaffen, bis eine inklusive Versorgung sichergestellt werden kann. Dies fordert auch Artikel 25 der UN-BRK mit dem Passus, dass „die Vertragsstaaten (...) Gesundheitsleistungen (zur Verfügung stellen), die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden“ (Vereinte Nationen, 2008).

Denn ist eine Psychotherapie trotz Vorliegen einer psychischen Störung von Krankheitswert nicht im Rahmen der Verpflichtungen des SGB V möglich, werden die Auswirkungen im Rahmen der Eingliederungshilfe in der pädagogischen Betreuung spürbar. Weil Therapieplätze fehlen, haben die Begleiterinnen psychische Störungen im Rahmen der bewilligten Assistenz, d. h. der refinanzierten Fachleistungsstunden, aufzufangen und zu kompensieren. Dies wird zwangsläufig zu einem Mehrbedarf der pädagogischen Unterstützung führen – d. h. im Einzelfall zu einem größeren Bedarf an Fachleistungsstunden. Die Kostenträger sollten die finanziellen Auswirkungen bei ihrer Bewilligungspraxis berücksichtigen. Die sozialen Systeme müssen Spätfolgen des Fehlens von Psychologie und Psychotherapie wie z. B. Chronifizierungen psychischer Störungen, häufigere und längere Aufenthalte in der Akutpsychiatrie oder eine dauerhafte Erhöhung des Betreuungsbedarfes vorbeugen. Volkswirtschaftlich ist – unter Berücksichtigung

der Kosten in allen Ausgabenbereichen von Eingliederungshilfe, Krankenkasse und Rentenversicherung – sonst vermutlich von deutlichen Mehrkosten auszugehen.

Psychotherapie ist im BTHG in Kapitel 9 („Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“) unter § 42 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX mit der Formulierung „Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung“ aufgeführt. Zuständig sind i. V. mit § 5 SGB IX nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 die gesetzlichen Krankenkassen, aber nach Nr. 7 auch die Träger der Eingliederungshilfe. Mit dem Vorbehalt, dass eine Klärung auch Ergebnis der aktuellen Verhandlungen der Landesrahmenverträge sein kann, ist es möglich, dass erst eine höchstrichterliche Entscheidung Klarheit zwischen den Rehabilitationsträgern bringt.

Welche möglichen Modelle zur Überbrückung der Versorgungslücke (und eines möglicherweise jahrelangen Rechtsweges) lassen sich in der Zeit eines unzureichenden Versorgungssystems bis zur Umsetzung einer inklusiven psychotherapeutischen Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung zusammenstellen? Im Folgenden sollen mögliche Modelle vorgestellt werden.

Möglichkeit 1 – Psychotherapie befristet weiter als Leistung der Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe bietet im BTHG aus Sicht des Verfassers nach wie vor Möglichkeiten, psychologische Hilfen als teilhabeorientierte Leistungen zu verhandeln:

Wie dargestellt hängt ein großer Teil der im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöhten Vulnerabilität dieser Klientel für psychische Störungen mit behinderungsspezifischen Faktoren zusammen (*Janßen, 2018a, S. 340*). Gemeint sind dabei Auswirkungen der individuellen Behinderung. Sie hindern ei-

nen Menschen mit geistiger Behinderung an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die Eingliederungshilfe im SGB IX soll jedoch gemäß § 209 i. V. mit § 1 SGB IX genau diesen Nachteil ausgleichen – die unmittelbaren oder mittelbaren Folgen einer Behinderung z. B. mit Hilfe finanziellen Ausgleichs bzw. auch durch Assistenzleistungen (i. S. von Begleitung und Betreuung).

Bei der Neustrukturierung der Hilfen im BTHG stellt sich die Frage, ob psychologische Therapie nicht vor dem Hintergrund der Ziele der *Eingliederungshilfe* als *Nachteilsausgleich* beantragt und finanziert werden kann. Ob es weiterhin Möglichkeiten zur psychologischen Versorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe geben wird und entsprechende Bestrebungen von Einrichtungen unterstützt oder verhindert werden, hängt einerseits grundsätzlich von der Ausgestaltung der Rahmenverträge in den laufenden Verhandlungen zum BTHG zwischen den Kostenträgern und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege in den 16 Bundesländern ab. Andererseits ist im Einzelfall die Motivation und versorgungspolitische Einstellung der Einrichtung ausschlaggebend, ggf. pauschale Leistungen für psychologische Arbeit mit dem Kostenträger zu verhandeln. Aufgrund der Zielsetzung des BTHG, neben der Verbesserung der Teilhabe keine neue „Ausgabendynamik“ zu schaffen (z. B. Albrecht, 2017; Janßen, 2017), wird eine Lobbyarbeit von Verbänden und Einrichtungen nicht einfach. Dies zeigen bisherige Erfahrungen von Einrichtungen in Verhandlungen mit den Kostenträgern für bessere Leistungsverträge.

Mit diesem Verständnis – psychologische Arbeit und Therapie als Nachteilsausgleich – lassen sich entsprechende Angebote der Einrichtungen und Dienste als spezifische Teilhabeleistung beantragen. Solange auf der Basis der genannten Prävalenzen eine ausreichende Versorgung nicht im Rahmen des SGB V umgesetzt ist, sollte die Eingliederungshilfe Kosten für die Bereitstellung von fachkompetenten Psychologinnen übernehmen, die vornehmlich an eine Einrichtung oder einen Dienst angeschlossen sind. Regional bzw. kommunal sollte darüber hinaus geklärt werden, wie eine Koordination und Vermittlung gestaltet wird.

Diese Aufforderung gilt zumindest für die Zeit, solange diese Leistungen nicht im Rahmen des SGB V versorgungssicher vorhanden sind und die Inklusionsvorgaben der UN-BRK in Deutschland strukturell nicht in angemessener Weise den gleichen Zugang von Menschen mit geistiger Behinderung zu psychotherapeutischen Leistungen „wie für alle anderen auch“ (Art. 25 UN-BRK) herstellen und absichern.

Diese Überlegungen führen zu verschiedenen Möglichkeiten einer nachhaltigen Umsetzung:

Möglichkeit 1a – Erhalt der psychologischen Kompetenz in Einrichtungen und Diensten

Im Rahmen der Übernahme von psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen durch die Eingliederungshilfe können die Einrichtungen und Dienste, in deren Rahmen bereits psychologische Kompetenz vorhanden ist, pauschale Mittel zur Sicherung vorhandener Stellen erhalten. Andere könnten auf Antrag Stellenanteile zum Aufbau psychologischer Kompetenz durch die Kostenträger erhalten. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass in der Verantwortung dieser Einrichtungen und Dienste vorhandene Stellenanteile durch individuelle Bewilligungen finanziell abgesichert werden. Dabei müsste es für die Einrichtungen allerdings Garantien zur Sicherung dieser Stellenanteile geben, die angemessene tarifliche Eingruppierungen einschließen.

Möglichkeit 1b – Persönliches Budget für Psychologische Psychotherapie

Das persönliche Budget ist eine Leistung der Eingliederungshilfe und ermöglicht es, Betroffenen selbst Assistenzleistungen „einzukaufen“ (§ 29 SGB IX). Die zuständigen Kostenträger könnten bei Vorliegen eines psychotherapeutischen Bedarfes finanzielle Mittel im Rahmen des persönlichen Budgets auf der Grundlage des SGB V und in Höhe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bewilligen, die zur Nutzung von Psychotherapie für Angebote in Einrichtungen und Diensten „berechtigten“.

Möglichkeit 1c – Beratungsstellen

Beratungsstellen erhalten aus dem Budget der Eingliederungshilfe und aus anderen Quellen (z. B. aus Zuschüssen der Kommunen oder Länder) Mittel, um regionale Angebote psychotherapeutischer Arbeit mit der Klientel in Gebieten aufzubauen und zu erhalten, in denen entsprechende Angebote nicht vorhanden sind. Wichtig ist hier auch, dass diese Maßnahmen es (kommunalen) Beratungsstellen ermöglichen, Kompetenz und Erfahrung unabhängig vom Einzelfall überdauernd zu sichern, mindestens bis die Versorgungsrealität in der Region über das SGB V ohne Engpässe kontinuierlich ausreichend ist. In diesem Zusammenhang sind z. B. Projekte der Kompetenzzentren Selbstbestimmt Leben (KSL) in NRW zu nennen oder außerhalb der Klientel die Beratungsarbeit der Frauennotrufvereine.

Möglichkeit 2 – Medizinische Behandlungszentren (MZEB)

Dieses Modell hat die gleichen Ziele wie Möglichkeit 1a. In manchen Städten sind bereits jetzt die gesetzlichen Möglichkeiten der Etablierung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen Behinderungen umgesetzt (MZEB). Diese basieren auf dem neuen § 119c SGB V. Auf der Basis des § 43b SGB V könnten die Aufgaben der MZEB

auf psychologische und psychotherapeutische Angebote ausgeweitet werden. Unabhängig von den Finanzierungsgrundlagen über das SGB V bestünde aus Sicht des Verfassers auch jederzeit die Möglichkeit, „Psychotherapeutische Behandlungszentren“ über die Eingliederungshilfe zu begründen.

Möglichkeit 3 – Sicherstellungsermächtigungen

Die Zulassungsausschüsse bei den Kassenärztlichen Vereinigungen haben auf der Basis des § 31a der Ärztezulassungsverordnung die Möglichkeit, bei Versorgungsengpässen eine Sicherstellungsermächtigung zu bewilligen. Diese Ermächtigungen können sowohl auf individuellen Antrag hin wie auch für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) oder Medizinische Behandlungszentren (MZEB) ausgesprochen werden.

Die Zulassungsausschüsse sollten an Standorten von Einrichtungen der Behindertenhilfe mit psychologischer und psychotherapeutischer Kompetenz die Erfahrungen für die ambulante Versorgung nutzbar machen. Eine Verbesserung

Der aktuelle Beschluss des G-BA zur Ausweitung des Kontingents um zehn Sitzungen ist ebenso begrüßenswert wie unzureichend.

der Versorgungslage kann durch die Erleichterung von Sicherstellungsermächtigungen z. B. für diese in der Klientel erfahrenen PP in den Einrichtungen und Diensten, die Verlängerung der Ermächtigungszeiträume sowie durch die Aussetzung des Mindestumfangs der ermächtigten Tätigkeit erreicht werden. Eine Bereitschaft der Zulassungsausschüsse, die Möglichkeiten einer Ermächtigung für Psychotherapie für diesen Personenkreis zu unterstützen, ist allerdings nicht automatisch und variiert regional. Deshalb sind Festlegungen notwendig, die eine einheitliche Bewilligungspraxis schaffen, um bundesweit Versorgungsengpässen in dieser Klientel in geeigneter Form zu begegnen.

In diesem Zusammenhang sollte auch überlegt werden, ob PIA mit bestehenden institutionellen Zulassungen oder Ermächtigungen Kolleginnen für die Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung (z. B. als Nebentätigkeit oder auf Honorarbasis) einstellen. Außerdem sollte der Auftrag der MZEB auf Psychologische Psychotherapie gesetzlich ausgedehnt werden.

Möglichkeit 4 – Kostenerstattungsverfahren

Wenn eine Klientin von drei niedergelassenen Psychotherapeutinnen eine Bescheinigung nachweisen kann, dass diese keinen Therapieplatz in angemessener Wartezeit anbieten

können, besteht gemäß § 13 Abs. 3 SGB V bereits jetzt die Möglichkeit, bei der Krankenkasse eine Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren zu beantragen (BPtK, 2013). Die Probleme der Bewilligungsbereitschaft der Krankenkassen für ein solches Verfahren bestehen jedoch nach wie vor und scheinen sich im letzten Jahr eher verschärft zu haben (Büning, 2018). Außerdem erweitert diese Möglichkeit nur den Kreis bei der Suche nach einer geeigneten Psychotherapeutin – sie löst jedoch nicht das Problem, dass zu wenige Psychotherapeutinnen bereitstehen, um diese Klientel zu behandeln.

Möglichkeit 5 – Einzelverträge der Krankenkassen

Der Weg über einzelvertragliche Regelungen mit den Krankenkassen war bislang kein Weg der Wahl. Kliniken und Praxisnetze in Ostwestfalen-Lippe (OWL) z. B. haben dagegen bereits vor zehn Jahren einen Vertrag zur integrierten Versorgung mit der Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen OWL geschlossen, in dem für die Psychotherapie von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen ein erweitertes Sitzungskontingent bis 150 Sitzungen und die Honorierung auch für Telefonkontakte und Krisenmanagement einschließlich sog. Fallkonferenzen festgelegt wurden (Lehne, o. J.). Die Verhandlung eines erweiterten Sitzungskontingents auch für Menschen mit geistiger Behinderung

könnte auf diesem Weg aufgenommen werden, solange die Psychotherapie-Richtlinien dies nicht für die GKV im Ganzen ermöglichen. Denn der aktuelle Beschluss des G-BA zu einer Ausweitung um zehn Sitzungen ist ebenso begrüßenswert wie unzureichend.

Fazit

Menschen mit geistiger Behinderung sind häufig nicht in der Lage, eigenständig Psychotherapie zu suchen, zu beantragen oder gar alternative Wege durchzusetzen. Insbesondere bei den Modellen 1b und 4 wäre es aus Sicht des Verfassers deshalb notwendig, eine „Verfahrensbegleiterin“ zur Unterstützung der Suche und Sichtung von Psychotherapie, deren Beantragung sowie bei der Durchführung zu beauftragen. So ließen sich vorhandene bürokratische Barrieren leichter überwinden.

Hier spielen aber auch einerseits die individuelle Bereitschaft und eine gute Fort- und Weiterbildung bei jeder einzelnen Psychotherapeutin eine Rolle. Verbände wie die Psychotherapeutenkammern und die Selbstorganisation der Kassenärztinnen und -psychotherapeutinnen, die Fachverbände der Behindertenhilfe sowie die Selbstorganisation von Menschen mit Lernschwierigkeiten müssen aktiv werden bzw. bleiben. Und schließlich hat die Politik die Aufgabe, ihren Gesetzen

und Verordnungen durch entsprechende Finanzierungsgrundlagen und -räume (einschließlich angemessener Tarifentgelte) Geltung zu verschaffen. Gesundheit ist Daseinsvorsorge, für die der Staat zuständig bleibt (Janßen, 2015).

Es sind große Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen nötig, um die für Menschen mit geistiger Behinderung rechtlich zustehende psychotherapeutische Versorgung „in gleicher Qualität wie für alle anderen“ (UN-BRK, 2008) herzustellen.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB). Vorschläge der DGSGB zur Überarbeitung der Psychotherapie für Richtlinien – Schreiben an Prof. Josef Hecken Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Schwäbisch Hall/Bielefeld, 16.11.2015. Verfügbar unter: http://dgsgb.de/documents/statements/statement_151116_dgsgb.pdf [25.04.2019].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2018b). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der gemäß 1. Kapitel § 12 Verfahrensordnung: hier: Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Zusätzliche Regelungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung vom 18. Oktober 2018. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3528/> [25.04.2019].

Janßen, C. (2015). Geld ist genug da – es muss nur anders verteilt werden! Der „Bielefelder Appell“ – Forderungen zur Aufwertung sozialer Arbeitsfelder. Soziale Psychiatrie, 39 (4), 24-26.

Janßen, C. (2018a). Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung. Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis, Psychotherapeutenjournal, 17 (4), 337-345.

Jantzen, W. (1990). Isolation. In H. G. Sandkühler (Hrsg.), Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften. Bd. 2 (S. 714-716). Hamburg: Meiner.

Kremitzl, K., Engenhorst, A., Simon, A., Wünsch, A., Straub, R. & Nübling, R. (2018). Zur psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg, Eine Befragung, Psychotherapeutenjournal, 17 (2), 135-143.

Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Baden-Württemberg, Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“. (2014). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Fragen & Antworten für interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Stuttgart. Verfügbar unter: https://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/pdf/20141219_psychotherapie_menschen_mit_geistiger_behinderung_fragen_und_antworten.pdf [25.04.2019].

Schanze, C. (Hrsg.). (2007). Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer.

Schanze, C. (2017). Der sich und Andere behindernde Mensch mit Lernschwierigkeiten. In K. Dörner, K. U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz & F. Wendt (Hrsg.), Irren ist menschlich (24., neubearbeitete Aufl.) (S. 91-134). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Werther, F. (2005). Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz? Überlegung zu den Ursachen und Gedanken zur Überwindung der Misere. Psychotherapeutenjournal, 4 (2), 116-122.

Werther, F. & Hennicke, K. (2008). Der Versuch einer Bestandsaufnahme. Psychotherapie im Dialog, 9 (2), 117-124.



Dipl.-Psych. Christian Janßen

In den Barkwiesen 15
33613 Bielefeld
info@sivus-online.de

Dipl.-Psych. Christian Janßen arbeitet für die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld in der Funktion des Vorsitzenden der Gesamtmitarbeitendenvertretung und als Psychologe. Zudem ist er als PP mit Versorgungssicherungsauftrag tätig. Als Vorsitzender des Aufsichtsrates bei Gemeinsam Wohnen in Bielefeld e. V. hat er die Vernetzung von Psychotherapeutinnen für Menschen mit geistiger Behinderung in Bielefeld zum Ziel.

Psychotherapie in der Erziehungsberatung: Ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern

Zur Geschichte der Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen

Jonas P.W. Goebel & Renate Maurer-Hein

Zusammenfassung: Erziehungsberatung ist eine Jugendhilfeleistung, die die Vorteile des niedrighschwelligigen Zugangs mit flexiblen pädagogischen, psychotherapeutischen und medizinisch-psychiatrischen Unterstützungsmöglichkeiten verbindet. Psychotherapeutisches Verständnis gesundheitlicher, psychosozialer und familiärer Probleme wie auch psychotherapeutisches Handeln sind konstitutiver Teil dieses Fachfelds, gleichzeitig wurde über „die Psychotherapie“ im Kontext von Erziehungsberatung immer wieder kontrovers diskutiert, verstärkt im Zusammenhang mit dem 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG). Im vorliegenden Text werden die wichtigsten Linien der Geschichte der Psychotherapie in der Erziehungsberatung nachgezeichnet. Im vorliegenden Text werden die wichtigsten Linien der Geschichte der Psychotherapie in der Erziehungsberatung nachgezeichnet. Sie bilden den Ausgangspunkt für die Erörterung aktueller bedarfsorientierter, systemübergreifender Versorgungskonzepte, die den approbierten Fachkräften in den Erziehungsberatungsstellen wichtige Aufgaben zuweisen. Mit Blick auf den Kabinettsentwurf zum Psychotherapeutenbildungsreformgesetz (PsychThAusbRefG) wird das Fachfeld Erziehungsberatung zudem als attraktiver Ort für die Aus- und Weiterbildung zukünftiger Psychotherapeutinnen vorgestellt.¹

Warum diese Fragestellung und warum jetzt?

Hierzu folgende Schlaglichter:

1. Der Diskurs über die Notwendigkeit und den Stellenwert der Mitarbeit approbierter Psychotherapeutinnen² in der Jugendhilfe – insbesondere in der Erziehungsberatung – dauert nach 20 Jahren Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und fast 30 Jahren Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) an. Weil jene Kolleginnen, die im Rahmen der Übergangsregelung die Approbation erworben haben, aus Altersgründen nach und nach ihren Arbeitsplatz verlassen und die Planstellen oft mit nicht-approbierten Fachkräften wiederbesetzt werden (BPtK, 2015, S. 19f.), besteht die Sorge, dass dieser Prozess eine ganze Profession und mit ihr ein konstitutives Aufgabenspektrum aus dem Fachfeld Erziehungsberatung zum Verschwinden bringen könnte: Bezogen auf das gesamte Bundesgebiet reduzierte sich die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP), die in Erziehungs- und Familienberatungsstellen arbeiteten, im Zeitraum zwischen 2010 und 2016 um ein Drittel, die der Psychologischen Psychotherapeutinnen (PP) um mehr als ein Viertel, dies bei gleichzeitiger Zunahme der Beschäftigten in diesen Einrichtungen (siehe Tabelle).

	Anzahl Erziehungs- und Familienberatungsstellen Bundesgebiet	Personal gesamt	KJP	PP
Ende 2010	1.765	12.265	291	507
Ende 2016	1.694	12.714	192	345

Tabelle: Approbierte Fachkräfte in Erziehungs- und Familienberatungsstellen in Deutschland; Vergleich Jahresende 2010 – Jahresende 2016 (Quelle: Destatis, 2012 und 2018)

2. Aktuell (März 2019) nehmen Kammern und Verbände zum Kabinettsentwurf des Psychotherapeutenbildungsreformgesetzes (PsychThAusbRefG) Stellung. Diskutiert werden u. a. die Chancen, Erziehungsberatungsstellen und andere Einrichtungen der institutionellen Versorgung zukünftig als Weiterbildungsorte vorzusehen.
3. Die 2017 erfolgte Aufnahme der psychotherapeutischen Berufe in das Tarifwerk der kommunalen Arbeitgeber (TVöD-K) und der Länder (TV-L, im Jahr 2019) kann und soll im vorliegenden Kontext nicht erschöpfend behandelt werden. Vielmehr gilt es festzustellen, dass die damit er-

¹ Für viele wertvolle Hinweise bedanken sich Autorin und Autor bei Jürgen Hardt, Thomas Merz und Johann Rautschka-Rücker.

² Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorde- ren inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

öffnete Option der Ein- bzw. Höhergruppierung von PP und KJP die vielerorts bestehenden Unsicherheiten approbierter Kolleginnen, aber auch der Einrichtungsträger erneut sichtbar gemacht hat. Diskutiert werden mussten Fragen zum spezifischen Aufgabenprofil approbierter Fachkräfte, zu ihrem Status und beruflichen Selbstverständnis, sowie damit verbundene Rechtsfragen, welche mit Träger- und Zuschussgeberseite zu bearbeiten sind (s. u.).

4. Gleichzeitig stießen Akteurinnen und Teams zukunftsweisende Entwicklungen im Fachfeld der Erziehungsberatung an und begründeten den Beitrag der Psychotherapie im multidisziplinären Arbeiten als notwendig und sinnvoll: Sie wiesen in den fachlich-inhaltlichen Konzepten ihrer Erziehungsberatungsstellen klare Bedarfe für die Arbeit von PP und KJP aus, betrieben die Anpassung der dafür notwendigen Rahmenbedingungen auch im tariflichen Bereich und überzeugten ihre Partnerinnen in Verwaltung und Politik sowie auf der Träger- bzw. Arbeitgeberseite.

Den hier skizzierten aktuellen Stand psychotherapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung nimmt das Autorenteam zum Anlass, in historischer Perspektive deren Grundlinien in (West-)Deutschland zurückzuvorführen: Sie suchen nach der Herkunft psychotherapeutischen Denkens und Handelns im Gesundheits- und Sozialsektor; dabei folgen sie der Überzeugung, dass die im Laufe von Jahrzehnten entwickelten fachlichen Wissensbestände wie auch die gesundheits- und sozialpolitischen Strukturen in bestimmten historischen Konstellationen entstanden und deshalb als veränderbar anzusehen sind. Damit möchten die Autorin und der Autor dieses Artikels zu einer konstruktiven Bearbeitung der anstehenden Fragen beitragen, einzelne Impulse aufgreifen sowie weitere Initiatorinnen neuer Formen multidisziplinären Arbeitens in der Erziehungsberatung einladen, ihre Erfahrungen vorzustellen.

Ein geschichtlicher Rückblick zur Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen in (West-)Deutschland (1900–1990)

Erste Anfänge (1900–1930)

Frühe Hinweise auf psychotherapeutische Arbeit in Erziehungsberatungsstellen in Deutschland sind schwer zu finden, da jene Einrichtungen, die in der Literatur als Vorläufer der Erziehungsberatungsstellen bezeichnet werden, Anfang des 20. Jahrhunderts entweder an Kliniken, Gesundheitsämtern oder im Fürsorgesystem angegliedert wurden, wo sie die von der übergeordneten Institution vorgegebenen Aufgaben übernahmen (Kühnl, 2000; Vossler, 2005)³, z. B. 1903 in Hamburg die „heilpädagogische Beratungsstelle“ oder 1906 in Berlin die

„Medico-pädagogische Poliklinik für Kinderforschung, Erziehungsberatung und ärztliche erzieherische Behandlung“ (Vossler, 2005). Dass die 1916 in Frankfurt am Main gegründete Beratungsstelle des Stadtgesundheitsamtes als „Sichtungsstelle“ ihre Arbeit aufnahm, verweist auf die damals vorrangige Funktion dieser Einrichtungen, also die der „Sichtung, Siebung und Lenkung“ (Geib, Rosarius & Trabant, 1994, S. 286), um die vorgestellten Kinder und Jugendlichen z. B. wegen der Einweisung in Sonderschulen oder spezielle Betreuungseinrichtungen zu überprüfen.⁴

Der Begriff „Erziehungsberatungsstelle“ wird hingegen erstmals im Zusammenhang mit dem von dem Pädagogen A. Aichhorn u. a. in den 1920er Jahren in Wien aufgebauten Netz individualpsychologischer Beratungsstellen verwendet (Hundsatz, 1998; Vossler, 2005).

Dass also im selben Zeitraum – in den ersten 30 Jahren des 20. Jahrhunderts – Kinder, Jugendliche und ihre Familien einerseits mit medizinisch-psychiatrischen und psychologischen Mitteln „behandelt“, im Sinne von „kontrolliert“ und „gesichtet“ wurden, andererseits gesellschafts- und sozialkritische Konzepte und Praxen Eingang in den Medizin- wie auch

— In den ersten Jahrzehnten war Erziehungsberatung beides: ein staatliches Kontrollinstrument, aber auch ein Beispiel für sozialkritische Konzepte und Praxen in der Medizin. —

in den Fürsorgesektor fanden, muss vor dem Hintergrund der damaligen politisch, ökonomisch und sozial zerrissenen gesellschaftlichen Situation gesehen werden.

In der Zeit des Nationalsozialismus...

... wurden jene unabhängigen und reformpädagogisch orientierten Erziehungsberatungsstellen aufgelöst, die sich nicht der neu gegründeten „freien nationalsozialistischen Volkswohlfühlorganisation“ (NSV) zuordnen wollten; alle anderen wurden, unabhängig von ihrer bisherigen institutionellen Zugehörigkeit, dem neuen „Hilfs- und Kontrollsystem“ unterstellt. (Geib, Rosarius & Trabant, 1994, S. 277f.). Die dort eingesetzten Psychologinnen, für die das neue Arbeitsfeld eine Aufwertung ihrer Profession bedeutete, wurden am Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie (Hervorhebung: die Verf.) in Berlin und München ausgebildet (Cogoy, Kluge & Meckler, 1998; Geib, Rosarius & Trabant, 1994, S. 281f.; Vossler, 2005).

³ Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

⁴ Diese Begriffe werden teilweise bis in die 1950er Jahre verwendet, z. B. von Werner Villinger und Hermann Stutte, beide als Leiter von Erziehungsberatungsstellen in Marburg (Geib et al., 2014, S. 286).

Die Zeit nach 1945

Ab 1949 wurden zunächst in West-Berlin, später in weiteren westdeutschen Bundesländern „child guidance clinics“ („Polikliniken für ambulante Kinderbehandlung“) eingerichtet, in denen Teams aus einer „dynamic psychiatrist“, einer „clinical psychologist“ und einer „psychiatric social worker“ arbeiteten. H.-E. Richter baute in den 50er Jahren ebenfalls in einer Berliner Kinderklinik eine sog. Beratungs- und Forschungsstelle für seelisch gestörte Kinder und Jugendliche auf (Richter, 2002, S. 95).

Die Novellierung des **Jugendwohlfahrtsgesetzes 1953** verpflichtete die Jugendämter, Beratungsstellen für Jugendliche zu schaffen und zu fördern; Aufgabe der Länder war es, mittels Richtlinien die Arbeit der Erziehungsberatungsstellen zu regeln; deren Aufgabe sei, „seelische Störungen zu diagnostizieren und deren Ursachen zu klären, Eltern über diese Störungen aufzuklären und die jeweilige gebotene Hilfe im Einvernehmen mit den Eltern durchzuführen oder zu veranlassen“ (Kühnl, 2000, S. 11).

1973 einigten sich die Bundesländer auf „**Grundsätze für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen**“. Danach sollten die Erziehungsberatungsstellen, „Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsstörungen (...) beheben und (...) vermeiden“, und zwar mit einem Team von „qualifizierten psychologischen, sozialen, therapeutisch-pädagogischen und medizinischen Fachkräften“ (Kühnl, 2000, S. 11f.).

In der Psychiatrie-Enquete wird verschiedentlich darauf hingewiesen, dass die psychotherapeutische und psychiatrische – als unzureichend erkannte – Versorgung von Kindern und Jugendlichen hauptsächlich in Erziehungsberatungsstellen geleistet wird (*Deutscher Bundestag, 1975*, z. B. S. 10, 145). Auf Seite 195 wird festgestellt, dass den Beratungsstellen insgesamt eine „erhebliche, wenn auch nicht genügend genutzte, gesundheitspolitische Bedeutung“ zukommt. Gefordert wird ein „umfassendes, bedarfsgerechtes Versorgungssystem“ mit dezentralen stationären und ambulanten psychiatrischen Einrichtungen und Erziehungsberatungsstellen sowie weiteren Beratungsdiensten. In der Erziehungsberatung sollten „qualifizierte multidisziplinäre Arbeitsgruppen ambulante therapeutische Aufgaben gemeindenah wahrnehmen“ können (S. 24) und mit stationären (psychiatrischen) Diensten im Verbund arbeiten.

Zur Begründung des multidisziplinären Ansatzes heißt es bei Schepker (2015, S. 403): „Weil Kinder und Jugendliche pädagogisch versorgt werden müssen – einfach, weil sie Kinder sind, unabhängig von Krankheit –, war in diesem Gebiet die multidisziplinäre Zusammenarbeit von Beginn an gesetzt (...)“

Dies erfolgte in einer Zeit, die insgesamt gekennzeichnet war von einer inhaltlich-fachlichen Öffnung und Neuorientierung im Gesundheits- und Sozialbereich, die einen enormen Professionalisierungsschub, den fortschreitenden institutionellen Ausbau und (sozial-)politisch-gesellschaftlich als überfällig geltende Reformen nach sich zog, abzulesen etwa an der

1975 veröffentlichten **Psychiatrie-Enquete**, dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“.

Der Erziehungsberatung wurde also von der Jugendwohlfahrt bzw. Jugendhilfe wie auch vom medizinisch-psychiatrischen Sektor (offensichtlich unabhängig voneinander und dennoch fast wortgleich) die Aufgabe zugeschrieben, multidisziplinär und als Teil einer bedarfsorientierten Versorgungskette tätig zu werden, wobei der Begriff „pädagogisch-therapeutisch“ häufig genannt wird.⁵

Weichenstellung 1991: Erziehungsberatung wird Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe

Die tatsächliche Entwicklung nahm eine andere Richtung: Die Erziehungsberatung wurde nicht in der von der Psychiatrie-Enquete geforderten ressortübergreifenden Versorgungskette aufgenommen, sondern fand im 1991 in Kraft getretenen **Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)** mit einem eigenen Paragraphen im Ensemble der Hilfen zur Erziehung ihre gesetzliche Verankerung (siehe Kasten).

Die wichtigsten Grundlagen für die Erziehungsberatung im SGB VIII:

§ 27 Hilfe zur Erziehung

- (1)...
- (2)...
- (3) Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen.

§ 28 Erziehungsberatung

Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdienste und -einrichtungen sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrundeliegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.

Quelle: Sozialgesetzbuch (SGB) – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe (Art. 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I, S. 1163)

⁵ Bis heute werden in der 1952 gegründeten Zeitschrift „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ nicht nur Beiträge aus Klinik und Praxis, sondern regelmäßig auch aus der Erziehungsberatung veröffentlicht sowie über deren Fachveranstaltungen und Tagungen berichtet.

Was könnte zur Herausnahme der Erziehungsberatung aus dem Gesundheitssektor beigetragen haben?

Im selben Jahr wurde das Bundesministerium für Gesundheit aus dem bis dahin als Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit geführten Haus herausgelöst, wodurch strukturell wie auch praktisch getrennte Zuständigkeiten für das Fachfeld „Jugendhilfe/Erziehungsberatung“ auf der einen und „Gesundheit“ auf der anderen Seite geschaffen wurden.

Rückblickend lassen sich u. a. folgende miteinander korrespondierende Faktoren identifizieren:

1. Innerhalb der Erziehungsberatung:

Der Einzug familien- und systemtherapeutischer Arbeitsweisen in die Erziehungsberatung führte zu Auseinandersetzungen um den „richtigen“ psychotherapeutischen Ansatz. Kritisiert wurde das am ausschließlich auf das Einzelindividuum konzentrierte Denk- und Arbeitsmodell der Medizin, was u. a. zur Entwicklung von stadtteil- und gemeinwesenorientierten Modellen führte.

2. Die Kehrseiten des Professionalisierungsschubs:

Die zunehmende gesellschaftliche Anerkennung und die fachpolitische Aufmerksamkeit gegenüber Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie führte zu Diskussionen über ihre institutionelle Verankerung, womit schließlich auch standespolitische Interessen der betreffenden Berufsgruppen berührt waren. Als Beispiel, die Erziehungsberatung betreffend, wird hier auf eine in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 1985 geführte Kontroverse verwiesen: Im Editorial des Heftes 2/1985 kritisiert Miterausgeber Peter Strunk die Bezeichnung der Erziehungsberatungsstellen als „Psychologische Beratungsstellen“, die geringer werdende Zahl von mitarbeitenden Ärztinnen sowie die starke Akzentuierung psychotherapeutischer Tätigkeiten in einem aus seiner Sicht zu breiten Aufgabenspektrum (Strunk, 1985). Er fragt: „Wo hört die Beratung auf und fängt die Therapie an? Ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen über das Jugendwohlfahrtsgesetz oder von den Krankenkassen zu finanzieren? (...) Wie weit soll im Bereich des sg. Gesundheitswesens die öffentliche Hand steuernd und kontrollierend eingreifen oder der privaten Initiative und damit auch privatwirtschaftlichen Gesichtspunkten einen Freiraum belassen?“ Weiter unten mahnt Strunk an, dass die Übernahme von Psychotherapie durch eine Erziehungsberatungsstelle „die Möglichkeiten zur Niederlassung von ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten nicht beeinträchtigen (sollte)“ (Strunk 1985, S. 81). In der Erwiderung im Heft 3/1985 weisen Feldmann-Bange und Specht für die Bundeskonferenz für

Erziehungsberatung (bke) darauf hin, dass „Behandlung sich im Verlauf von Beratung als notwendig erweisen, aber auch ihrerseits wieder in Beratung ausmünden (kann), ohne dass deswegen die Beziehung zu einer Familie durch Weiterverweisen abgebrochen sein müsste“ (Feldmann-Bange & Specht, S. 345).

In der Folge gerät die Frage, welche Tätigkeit in welcher Institution als heilkundliche Tätigkeit gelten könne (und welche nicht), zunehmend in den Fokus, und zwar auf mehreren Ebenen: im fachlichen Diskurs, aber auch in Form verwaltungs- und fiskalpolitischer Vorgaben sowie juristischer Festschreibungen.

Auch dies lässt sich im Falle psychotherapeutischer Tätigkeit in der Erziehungsberatung gut nachvollziehen: Während die o. g. Förderrichtlinien der Länder vorsahen, dass die Fachkräfte in der Erziehungsberatung über psychotherapeutische Zusatzqualifikationen verfügen sollten, hat das Bundesverfassungsgericht 1988 (BVerfG, 10.05.1988 – 1 BvR 482/84, 1 BvR 1166/85) ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts bestätigt, dass heilkund-

— Fachlich, juristisch und politisch wurde die Frage immer wichtiger, welche Tätigkeit in welcher Institution als heilkundliche Tätigkeit gelten könne und welche nicht. —

liche psychotherapeutische Tätigkeit die Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz erfordert, worauf wiederum in den Durchführungsbestimmungen der Länder festgestellt wurde, „dass psychologische Beratung in der Eheberatung bzw. der Erziehungs- und Familienberatung typischerweise keine Ausübung der Heilkunde darstellt.“ (Menne 2017, S. 29).

3. Sparmaßnahmen der öffentlichen Hand:

Noch während Reformen umgesetzt und moderne Gesetzesvorhaben auf den Weg gebracht wurden, gerieten die Bereiche „Soziales“ und „Gesundheit“ unter massive Sparzwänge (z. B. durch die „Kostendämpfungsgesetze im Gesundheitswesen“ ab 1977).

Für den langwierigen Aushandlungsprozess am PsychThG bedeutete dies schon in einem frühen Stadium, dass es nicht, wie vielfach gefordert, ein „Psychotherapiegesetz“ etwa nach dem Vorbild Österreichs (1991 in Kraft getreten) geben könne. Ebenso hatten die noch im Kontext der Psychiatrie-Enquete formulierten Forderungen, psychotherapeutische Aufgaben in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen anzusiedeln, angesichts der bestehenden Gesetzeslage und der politischen Kräfteverhältnisse keine Chance (Henkel & Roer, 1975, S. 407f.). Es wurden also mit dem „Psychotherapeutengesetz“ zwei neue

freie Berufe geschaffen: Mit der Approbation war die Erlaubnis zur Ausübung des Berufs als „Psychologische Psychotherapeutin“ bzw. als „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ erteilt und die Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer erfüllt. Indirekt bekräftigt wurde die bereits in den 70er Jahren getroffene, juristische Feststellung, dass Psychotherapie je nach Arbeitsfeld als heilkundliche und nichtheilkundliche Tätigkeit gelten kann (s. o.), mit dem § 1 Abs. 3 Satz 3 des PsychThG von 1999⁶, einem vielfach kritisierten Passus (*Jerouschek, Immen, Klammt-Asprion, Spielmeyer & Walther-Moog, 2004, S. 15; Menne, 2017, S. 125; Wiesner, 2005, S. 41*). Für das im beruflichen Alltag bisher breit angelegte Verständnis psychotherapeutischen Arbeitens hatte dies weitreichende Folgen, u. a. für die Erziehungsberatung.

Krise der Psychotherapie in der Erziehungsberatung durch das Psychotherapeutengesetz

Ab 1999: Wie grundlegend das PsychThG die psychotherapeutische Arbeit, wie sie bisher in der Erziehungsberatung und in anderen Jugendhilfebereichen verstanden und praktiziert worden war, verändern sollte, wurde im Fachfeld erst nach und nach wahrgenommen. Zunächst war es für viele Fachkräfte in Erziehungsberatungsstellen selbstverständlich, die Approbation nach den Übergangsvorschriften – analog zu den im Gesundheitssektor und anderen Institutionen angestellt arbeitenden Kolleginnen – anzustreben, indem sie ihre psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen sowie eine bestimmte Zahl von Behandlungsfällen bzw. -stunden – aufgeschlüsselt nach ICD-10-Diagnosen – belegen und durch Arbeitgeberinnen, Supervisorinnen und Ausbildungsinstitute bestätigen lassen konnten. Alternativ konnte der Nachweis über eine siebenjährige hauptamtliche bzw. vorwiegend (d. h. mind. 50 % ausmachende) psychotherapeutische Tätigkeit durch die Arbeitgeberin erfolgen. Mit diesen Nachweisen zu ihrer bisherigen Tätigkeit (in der Erziehungsberatung) erwarben diese Fachkräfte also die Approbation und wurden damit zu Psychotherapeutinnen nach dem PsychThG; gleichzeitig wurde (mit dem einschränkenden Passus im § 1 Abs. 3 Satz 3 PsychThG) die Fortführung exakt derselben Tätigkeit infrage gestellt. Auch wegen der daraus resultierenden Konflikte innerhalb der Institution oder aus Ärger über die „Pflichtmitgliedschaft“ in der Psychotherapeutenkammer entschieden sich einzelne Kolleginnen, die Approbation trotz vorhandener Nachweise erst gar nicht zu beantragen oder sogar zur Rückgabe der Approbation, um die vorherigen Arbeitsbedingungen wiederherzustellen.

Währenddessen befassten sich Praktikerinnen, Wissenschaftlerinnen und Vertreterinnen von Berufs- und Fachverbänden mit den Konsequenzen, die für die Jugendhilfe und besonders für die Erziehungsberatung aus dem PsychThG zu ziehen sind. Dabei war nicht nur das Gesetz selbst Gegen-

stand der Diskussion, sondern es ging auch um die Reichweite einiger mit dem PsychThG verbundener, in erster Linie für den Gesundheitsbereich entwickelter gesetzlicher Vorgaben, z. B. dem Patientenrechtegesetz (*Menne 2017, S. 109–129*). Die dazu vorgetragenen Argumente konzentrierten sich allerdings erneut auf die Frage, welche Art von Psychotherapie nach dem PsychThG in der Erziehungsberatung ausgeübt werde und ob die Differenzierung nach dem Kriterium „Heilkunde oder Nichtheilkunde“ praxistauglich, vertretbar oder fachlich überhaupt denkbar sein würde (z. B. bereits im Vorfeld des PsychThG: *bke 1998; z. B. Borg-Laufs, 2003; Lasse, 2004; Hensen & Körner, 2005; bke, 2010, 2015; zusammenfassend Menne, 2017*). R. Wiesner legte im Auftrag der Berliner Psychotherapeutenkammer ein Gutachten vor, das sich allerdings vorwiegend auf die spezifische Situation in Berlin bezog (*Wiesner, 2005*). Auch die Vorstände und Geschäftsführungen des Fachverbandes Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) und der BPTK nahmen Gespräche auf, deren Ergebnis 2008 als **gemeinsame Stellungnahme „Psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungs- und Familienberatung“** veröffentlicht wurde (*bke/BPTK, 2008*). Darin wird betont, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in der Erziehungsberatung ihren Beruf (als PP/KJP) ausüben (*bke/BPTK, 2008, S. 5*) und die psychotherapeutische Arbeit in der Erziehungsberatung gestärkt und sichergestellt werden soll (S. 7). Gesprochen wird dann von psychotherapeutischen Interventionen, die sich in der Zielsetzung von einer Krankenbehandlung unterscheiden, weil sie sich „dem Auftrag gemäß am Wohl des Kindes und der Erziehungsfähigkeit seiner Eltern“ orientieren (*bke/BPTK 2008, S. 4*). Mit diesen Aussagen wurde die Vorstellung von der Unterscheidbarkeit zwischen einer nach SGB V „heilkundlichen“ und nach SGB VIII „nicht-heilkundlichen“ Psychotherapie bestätigt. Der darauf basierende Konsens stellte zum damaligen Zeitpunkt einen wichtigen Meilenstein im Dialog zwischen der bke und der Bundespsychotherapeutenkammer dar. Ob es im Arbeitsalltag der Erziehungsberatungsstellen zu konkreten Konsequenzen im Zusammenhang mit den Aussagen der Stellungnahme kam, lässt sich nicht generell sagen. Gründe für die eher verhaltene Resonanz könnten darin liegen, dass die Notwendigkeit einer heilkundlichen oder aber nicht-heilkundlichen Behandlung in dieser Reinform in der Erziehungsberatung eher selten zu entscheiden ist. Denn meist wird diese Frage im Zusammenhang des gesamten Hilfebedarfs gestellt, woraus in der Regel zusätzlich (sozial-)pädagogische, sozialarbeiterische oder weitere, z. B. kinderschutzbezogene Handlungsstrategien abzuleiten sind. Auch Wiesner sieht diese Differenzierung eher kritisch: „Da aber Heilkunde (SGB V) und Förderung der Entwicklung (SGB VIII) keine sich ausschließenden Zwecke

⁶ § 1 Abs. 3 PsychThG: „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. (...) Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (Hervorhebung: die Verf.).

bzw. Ziele darstellen, kann gegenwärtig eine Zuordnung nur nach dem **Schwerpunkt bzw. der Art der Therapie** vorgenommen werden (Wiesner, 2005, S. 52; Hervorhebung: i. O.).

2013 konnten im Rahmen der **Angestelltenbefragung der BPTK und der Landeskammern** auch Antworten von Psychotherapeutinnen, die in der Jugendhilfe beschäftigt sind, gewonnen und in der Studie **„Psychotherapeuten in der Jugendhilfe einschließlich Erziehungsberatung“** veröffentlicht werden (BPtK, 2015). An der Befragung nahmen insgesamt 608 PP und KJP aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe inklusive Erziehungsberatungsstellen teil; dies sind 49 % aller zum damaligen Zeitpunkt in der Kinder- und Jugendhilfe tätigen Psychotherapeutinnen.

Die befragten PP- und KJP-Mitarbeiterinnen in Beratungsstellen und anderen ambulanten Jugendhilfeeinrichtungen (im Folgenden: „Beratungsstellen“) gaben an, dass 40 % der Kinder und Jugendlichen und 30 % der Eltern, die in „ihre“ Beratungsstelle kommen, psychisch krank seien (BPtK, 2015, S. 3). Bezogen auf die Altersgruppe der drei- bis siebenjährigen Jungen und Mädchen sind dies etwa doppelt so viele wie in der entsprechenden Altersgruppe in Deutschland. (KIGGS Welle 1; Hölling, 2014). Dass aus Sicht der befragten PP und KJP die Beratungsstellen in hohem Umfang psychotherapeutische Aufgaben übernehmen und wie groß dabei der Anteil heilkundlicher Psychotherapie ist, geht aus der Abbildung hervor.

Weiter heißt es in der Studie: „Trotz der Einschätzung, dass psychotherapeutische Leistungen einen eigenen hohen Stellenwert in der Jugendhilfe besitzen, sehen die Befragten den Stellenwert ihrer Berufsgruppe in der – insbesondere ambulanten – Jugendhilfe eher kritisch“ (BPtK, 2015, S. 19f.). So werde die Mitarbeit von PP und KJP auf Arbeitgeberseite für lediglich 39 % und auf Kostenträgerseite für 24 % aller Einrichtungen ausdrücklich gewünscht bzw. gefordert.

Die zuletzt genannten Punkte verweisen u. a. darauf, dass das Aufgabenprofil der approbierten Fachkräfte in der Erziehungsberatung (und allgemein in der Jugendhilfe) den durch das PsychThG veränderten Vorgaben in vielen Einrichtungen zum damaligen Zeitpunkt noch nicht oder nur unzulänglich angepasst wurde und zu wenig in die Kommunikation mit Trägern und Zuschussgebern Eingang gefunden hat.

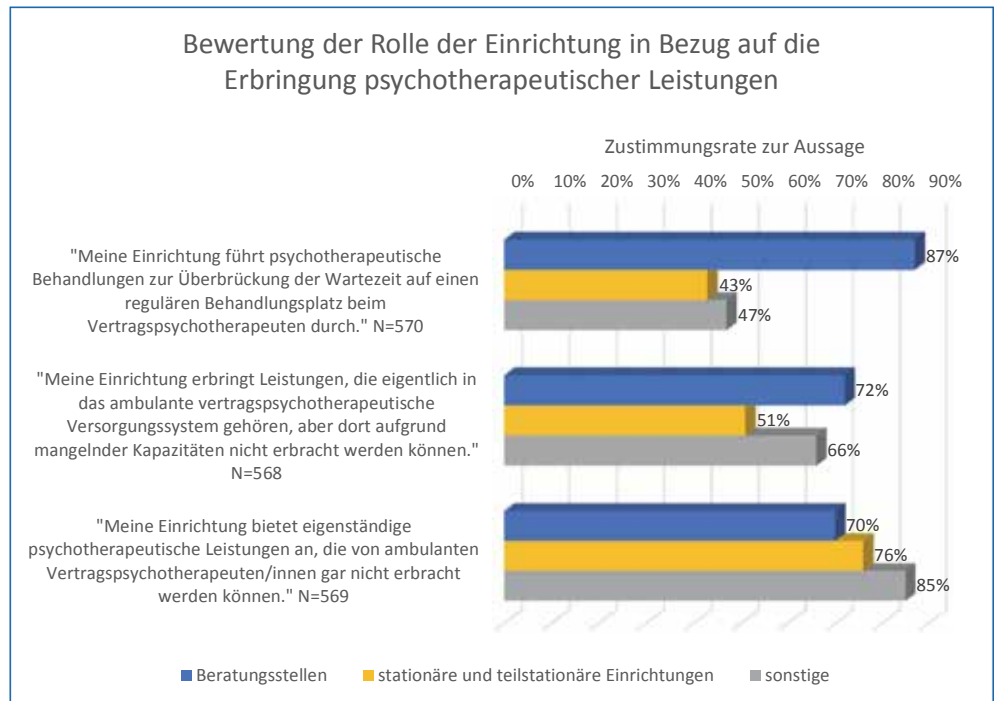


Abbildung: Bewertung der Rolle von Psychotherapie in bestimmten Einrichtungen der Erziehungsberatung auf Basis der Angestelltenbefragung der BPtK und der Landeskammern aus dem Jahr 2013 (Quelle: BPtK, 2015, S. 19)

Dies zeigte sich auch, als 2017 die **Tarifierung der psychotherapeutischen Berufe im TVöD für den kommunalen Bereich⁷**, 2019 für die **Tarifgemeinschaft der Länder⁸** und nun auch in Hessen erreicht wurde (Thomsen & Vogel, 2016; Vogel & Thomsen, 2017): Während im medizinischen Bereich den Anträgen auf Höhergruppierung häufig stattgegeben wurde, waren die Konsequenzen im Fachfeld Erziehungsberatung sehr uneinheitlich: Vereinzelt setzten öffentliche Träger (Kommunen und Landkreise) die Verbesserungen grundsätzlich um, meist ging jedoch die Initiative von den approbierten Kolleginnen aus; eine beachtliche Anzahl beantragten die Höhergruppierung mit Erfolg, andere scheiterten damit. Eine dritte Gruppe, vor allem ältere Kolleginnen, verzichteten auf die zumindest prinzipiell mögliche tarifgerechte Eingruppierung und Bezahlung⁹. Auch wenn die Begründung psychotherapeutischer Tätigkeiten in der Erziehungsberatung in jedem Einzelfall einer besonders sorgfältigen Argumentation bedarf, zeigt die Erfahrung, dass diese arbeitsrechtliche Ebene genutzt werden kann, um die Bemühungen um den Erhalt und die Weiterentwicklung psychotherapeutischen Tuns zu un-

⁷ Weitere Hinweise und Dokumente verfügbar unter: <https://gesundheitssoziales.verdi.de/ueber-uns/gremien/fachkommission-pp-kjp>; z. B.: <https://gesundheitssoziales.verdi.de/++file++58749e9e086c2602d82c4af3/download/EGO+%20kommunal+%202017+%20medium.pdf> [25.04.2019].

⁸ Zum Ergebnis dieser kürzlich abgeschlossenen Verhandlungen können Sie in diesem Heft ein vertiefendes Interview mit der Gewerkschaftsseite lesen.

⁹ So nachvollziehbar eine solche persönliche Entscheidung ist, so problematisch könnten die damit verbundenen langfristigen Folgen für die Präsenz approbierten Personals in den Erziehungsberatungsteams sein: Denn nur der konkrete Nachweis notwendiger und tatsächlich ausgeübter psychotherapeutischer Tätigkeiten schafft eine gute Ausgangslage für die Nachbesetzung mit entsprechend qualifizierten Fachkräften, also mit PP bzw. KJP.

terstreichen, auch mit der Zielsetzung, Erziehungsberatungsstellen und andere Jugendhilfeinstitutionen als Praktikums-, Ausbildungs- und Weiterbildungsorte für angehende Psychotherapeutinnen auszuweisen und für eine spätere Tätigkeit attraktiv zu machen (s. u.).

Ausblick: Psychotherapie und Erziehungsberatung in Zeiten des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes (PsychThAusbRefG)

Aktuelle Diskussionen über den künftigen Stellenwert von Psychotherapie in der Erziehungsberatung nehmen verschiedene Aspekte in den Blick: Geht es um das breiter werdende Aufgabenspektrum, um die anhaltend hohe Inanspruchnahme

— Als pädagogische und psychotherapeutische Einrichtung kann Erziehungsberatung sowohl den Wunsch der Familien nach Entlastung aufgreifen wie auch die Krankheitsrisiken bearbeiten. —

der Erziehungsberatung und um den auch hier spürbar werdenden Fachkräftemangel, scheint das Konstrukt einer nicht heilkundlich-beraterischen Psychotherapie geeignet, diese Bedarfe als Jugendhilfeeinrichtung aufzugreifen. Die Vorstellung, wonach Beraterinnen „den psychotherapeutischen Verfahren und Methoden jeweils ausgewählte Techniken“ entnehmen (Menne 2017, S. 127), mit dem Ziel, die Erziehungsfähigkeit der Eltern wiederherzustellen oder das Wohl eines Kindes zu sichern, entspricht der Auffassung und der Praxis vieler in der Erziehungsberatung tätigen Fachkräfte.

In aktuellen fachlichen Diskussionen im Gesundheits- wie auch im Sozialsektor finden jedoch zunehmend die Aspekte der Wechselwirkungen familiärer, psychosozialer und somatischer Faktoren bei der kindlichen Entwicklung Beachtung, z. B. in dem 2018 veröffentlichten DAK-Kinder- und Jugendreport (Storm, 2018). Die Ergebnisse zeigen, dass psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Eltern das Krankheitsrisiko der Kinder deutlich erhöhen und zwar im somatischen wie auch im psychisch-psychiatrischen Bereich.

Vor dem Hintergrund solcher Erkenntnisse werden Erziehungsberatungsstellen sowohl für das Sozial- wie auch für das Gesundheitssystem (wieder) zu einer interessanten Institution. Diese halten nämlich mit ihrem lebensweltorientierten, niedrigschwelligen Zugang und ihren frühzeitigen und passgenauen professionellen Interventionsmöglichkeiten jene multidisziplinären Konzepte vor, die für die gleichzeitige Arbeit an mehreren Zielsetzungen erforderlich sind. Denn die in der DAK-Studie beschriebenen gesundheitlichen Risiken werden ja häufig zunächst als Erziehungsprobleme, als Überlastung,

Erschöpfung oder eskalierende Paarkonflikte „produziert“. Sie potenzieren sich, wenn Suchtprobleme, Arbeitslosigkeit oder gesundheitliche Probleme der Eltern oder bspw. Schulschwierigkeiten der Kinder hinzukommen. Als pädagogisch und psychotherapeutisch arbeitende Einrichtung nimmt Erziehungsberatung sowohl die Problemsicht und den Wunsch der Eltern nach kurzfristiger Entlastung auf (und ernst), kann jedoch auch das Krankheitsrisiko bewerten und bearbeiten. Mit welcher Zielsetzung und in welchem Umfang dies möglich ist und welche Aufgaben im Einzelnen mit einem Approbationsvorbehalt versehen sein müssen, darüber sollten Konzeption und Profil der Institution Auskunft geben können. Ebenso sollten die Kriterien für eine Weiterverweisung bei Anzeichen auf krankheitswertige Störungen beschrieben und mit den damit möglicherweise ausgelösten problematischen Effekten abgewogen werden, die gerade in kritischen Fällen weitere Risiken produzieren könnten (Stichworte: „Beziehungsabbruch“, „GKV-System als Hürde“, „lange Wartezeiten“, „unzureichende Krankheitseinsicht oder mangelnde Motivation der Betroffenen“).

Solchen Erkenntnissen folgend hat z.B. das Land Berlin bereits kurz nach Inkrafttreten des PsychThG und unter Hinzunahme

des o.g. Gutachtens von *Wiesner (2005)* eine „Rahmenleistungsbeschreibung für ambulante therapeutische Leistungen“ erstellt. Danach sind psychotherapeutische Behandlungen von Kindern, Jugendlichen u. a. als Hilfe zur Erziehung nach § 27ff. SGB VIII oder als Eingliederungshilfe für junge Menschen mit seelischer Behinderung nach § 35a möglich. Die Behandlungsziele beziehen sich sowohl auf die seelische Gesundheit als auch auf das erzieherische Umfeld, die altersgemäße Reifung, die Persönlichkeitsentwicklung und die Teilhabe der jungen Menschen am Leben in der Gemeinschaft. Diese Behandlungen werden sowohl in den kommunalen Erziehungsberatungsstellen wie auch von speziell weitergebildeten niedergelassenen PP und KJP durchgeführt (*Schmidt, 2017*).

Verschiedene öffentliche Träger, also Kommunen und Landkreise konnten davon überzeugt werden, dass die Ausstattung der Erziehungsberatungsstellen mit Planstellen für approbierte Fachkräfte fachlich und fiskalisch geboten sein kann: Gerade komplexe Fallkonstellationen im Aufgabenbereich der Jugendhilfe können – konzeptionell unterlegt – im eigenen Haus in nachhaltiger Weise gestaltet und gesteuert werden.

Andere Akteurinnen gründeten lokale Netzwerke, die insbesondere auf die Öffnung gegenüber Risikogruppen ausgelegt sind; ihre Arbeitsweise knüpft an die in der Psychiatrie-Enquete geforderte „integrierten Versorgungskette“ an¹⁰. Die-

¹⁰ Aktuell wird dieser Komplex unter dem Begriff „stepped care“ in unterschiedlichen psycho-medizinischen Bereichen diskutiert.

se Netzwerke bestehen meist aus lebensweltorientierten Anlaufstellen, kombiniert mit professionellen und interdisziplinär besetzten Fachdiensten, die die Nutzerinnen bei der Bewältigung von Belastungen und Krisen ermutigen und sie bei der Inanspruchnahme spezifischer Hilfen begleiten. Als Beispiel sind die vielerorts entstandenen Netzwerke „Frühe Hilfen“ zu nennen; in aller Regel sind Erziehungsberatungsstellen maßgeblich beteiligt (z. B. Böttinger, Fröhlich-Gildhoff, Rauh & Schickler, 2015; Stöhr, 2012) und übernehmen auch in diesem Kontext jene Aufgaben, die sich an den oft beklagten „Löchern zwischen den Systemen“ (Verein für Kommunalwissenschaften e. V., 2006) herausbilden: Arbeit mit psychisch kranken Eltern, mit Multiproblemfamilien, die bereits vom Jugendamt mit erzieherischen Hilfen betreut werden, mit belasteten, vernachlässigten und gefährdeten Kindern.

In dieser Situation,

- in der die Erkenntnisse über Auswirkungen lebensweltlicher und familiärer Faktoren auf die körperliche und psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen Eingang in sozial- und gesundheitspolitische Strategien finden,
- in der passgenaue, nachhaltige Versorgungs- und Hilfesysteme entwickelt werden (aktuell z. B. die Kinderschutzleitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik“; BpTK, 2019),
- in der zudem die hohe Wirksamkeit von Erziehungsberatung nachgewiesen wird (z. B. Arnold, 2017; Schmidt, 2017),

sollte nicht innerhalb dieser Erziehungsberatung und mitten durch die Psychotherapie eine neue Trennlinie eingezogen werden.

Fazit

Psychotherapie in der Erziehungsberatung in Deutschland lässt sich beschreiben als eine Disziplin, deren historische Entwicklung sich aus der Medizin bzw. Psychiatrie wie auch aus der „Fürsorge“ bzw. Jugendhilfe speist. Nachdem die Integration der Erziehungsberatung in eine „bedarfsorientierte Versorgungskette“, wie sie die Psychiatrie-Enquete vorsah, nicht vollzogen wurde, wurde die Psychotherapie als Teil der Erziehungsberatung zunächst in die Jugendhilfe im KJHG (1991) aufgenommen (ohne deren Aufgaben im Gesundheitswesen zu tangieren); wenig später (1999) wurde sie dann im PsychThG als Heilberuf definiert. Nicht rekonstruierbar ist, ob bzw. inwieweit diese Zuteilung der Psychotherapie jemals beabsichtigt war; zu befürchten steht allerdings, dass sie – trotz der Fortschritte im jeweils eigenen Feld – zur Versäulung der Systeme (SGB V und SGB VIII) beitragen und Strukturen schaffen könnte, die u. a. die psychotherapeutische Versorgung besonders von Risikogruppen einschränkt; dies vor allem, weil – eigentlich vorhandene – Zugangswege und Ange-

bote lebensweltlich angepasster, kombinierter Hilfen wegen zu geringer Kapazitäten nicht im erforderlichen Umfang genutzt werden können.

In der Praxis entwickelte Strategien, wie sie oben skizziert wurden, nämlich der gezielte, konzeptionell begründete Einsatz approbierter Fachkräfte in der Erziehungsberatung, die Mitwirkung bei Netzwerken und Projekten, unter Bezug auf Schnittstellenanalysen (z. B. Deutscher Verein, 2015, S. 21f.) sowie die vielfältigen Bestrebungen, zukünftigen Psychotherapeutinnen im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung Erfahrungen in Jugendhilfeeinrichtungen zu ermöglichen, zeigen, dass es realistische und ermutigende Perspektiven für eine Neuverknüpfung der Systeme gibt.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Borg-Laufs, M. (2003). Psychotherapie in Beratungsstellen. *PsychotherapeutenJournal*, 2 (3), 173-178.

Böttinger, U., Fröhlich-Gildhoff, K., Rauh, K. & Schickler, A. (2015). Das Präventionsnetzwerk Ortenau – Eine kommunale Präventionsstrategie von der Schwangerschaft bis zum 10. Lebensjahr. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, 2, 11-16.

Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) & Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke). (2008). Psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungs- und Familienberatung. Gemeinsame Stellungnahme der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) und der Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK). Verfügbar unter: https://www.bptk.de/uploads/media/20080820_pschotherapeutische_kompetenz_in_der_erziehungs-_und_familienberatung_pschotherapeutische_kompetenz_in_der_erziehungsberatung_st_%C3%A4rken.pdf [25.04.2019].

Destatis. (2018). Staat & Gesellschaft – Kinder- & Jugendhilfe – Statistisches Bundesamt (Destatis). Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/KinderJugendhilfe.html> [25.04.2019].

Destatis. (2012). Staat & Gesellschaft – Kinder- & Jugendhilfe – Statistisches Bundesamt (Destatis). Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/KinderJugendhilfe.html> [25.04.2019].

Deutscher Bundestag. (1975). Psychiatrie-Enquete. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/80a99fbacaed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf [25.04.2019].

Geib, N. W. H., Rosarius, A. & Trabant, D. (1994). Auf Spurensuche ... Zur Geschichte der Erziehungsberatung. *Jahrbuch für Erziehungsberatung*, 1, 273-292.

Hundsals, A. (1998). Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47 (3), 157-173.

Jerouschek, G., Immen, J. H. L., Klammt-Asprion, J., Spielmeyer, G. & Walther-Moog, V. (2004). PsychThG: Psychotherapeutengesetz: Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. München: C. H. Beck.

Menne, K. (2017). Erziehungsberatung als Hilfe zur Erziehung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Schmidt, R. G. M. (2017). Psychotherapie in der Jugendhilfe. *Handbuch 2017*. Berlin: Psychotherapeutenkammer Berlin.

Vossler, A. (2005). Erziehungsberatung im Spiegel gesellschaftlicher Umbrüche (ajs-informationen 3/2005 „Erziehungsberatung und Elternbildung“). Stuttgart: Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg. Verfügbar unter: https://www.ajs-bw.de/media/files/ajs-info/ausgaben_alt_bis05/Andreas_Vossler.pdf [25.04.2019].

Wiesner, R. (2005). Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht. Verfügbar unter: http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/therapie_nach_kjhg.pdf [25.04.2019].



Dipl.-Päd. Jonas P. W. Goebel

Carla-Henius-Str. 5
65197 Wiesbaden
Jonas@JonasGoebel.de

Dipl.-Päd. Jonas P.W. Goebel arbeitet als tiefenpsychologischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Erziehungsberater im Zentrum für Beratung und Therapie (ZBT) in Wiesbaden und ist als Dozent an der Katholischen Hochschule in Mainz und in der Psychotherapeutenausbildung der AVM tätig. Schwerpunkte seiner Arbeit sind Beratung und Therapie von Jungen und ihren Familien nach sexualisierter Gewalterfahrung. Berufspolitisch engagiert er sich im Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI) und in der KJP-AG der Psychotherapeutenkammer Hessen und gehört dem Vorstand des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) in Hessen und dem Vorstand der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) an.



Dipl.-Psych. Renate Maurer-Hein

Gagernstr. 41
60385 Frankfurt am Main
r.maurer-hein@web.de

Dipl.-Psych. Renate Maurer-Hein arbeitete als Leiterin und Psychologische Psychotherapeutin in Erziehungsberatungsstellen im Rhein-Main-Gebiet, in sozialen Brennpunkten in Frankfurt am Main, in der stationären Bewährungshilfe sowie als Lehrbeauftragte an der University of Applied Sciences in Frankfurt/M.; jetzt im Ruhestand. Sie ist Mitglied in den Ausschüssen „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI) und „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ der Psychotherapeutenkammer Hessen.

Traumafokussierte Therapie für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen: Was Psychotherapeutinnen¹ wissen sollten und wie sie sich online weiterbilden können

Rita Rosner, Patrick Fornaro & Johanna Unterhitzberger

Zusammenfassung: Traumatische Ereignisse in Kindheit und Jugend sind weit verbreitet. Da psychische Folgen wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nicht nur das Kind allein, sondern häufig die ganze Familie betreffen, ist auch bei der Behandlung auf einen Einbezug der Eltern zu achten. Wissenschaftliche Studien belegen die hohe Wirksamkeit von Traumafokussierter Kognitiver Verhaltenstherapie (TF-KVT) für Kinder und Jugendliche mit PTBS. Die TF-KVT legt einen Fokus auf eine intensive Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit, ermöglicht ein flexibles Vorgehen und ist schnell erlernbar. Eine Möglichkeit, sich mit der TF-KVT vertraut zu machen, ist eine Online-Lernplattform, die in diesem Artikel zusammen mit dem Aufbau des Therapiemanuals vorgestellt wird.

Traumatische Ereignisse und ihre Folgen

Auch in nicht von Krieg und Katastrophen geprägten Ländern erlebt mehr als die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen mindestens ein traumatisches Ereignis (Landolt, Schnyder, Maier, Schoenbucher & Mohler-Kuo, 2013; McLaughlin et al., 2013) bevor sie das Erwachsenenalter erreichen.² In der Folge entwickeln etwa 5 % der Betroffenen bis zum 17. Lebensjahr eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; Copeland, Keeler, Angold & Costello, 2007; Landolt et al., 2013). Damit ist die PTBS kein seltenes Störungsbild bei Kindern und Jugendlichen. Über alle Altersgruppen hinweg werden neben einer PTBS eine Reihe von internalisierenden und externalisierenden Störungen isoliert oder als komorbide Störungen beschrieben (Copeland et al., 2007). In einer deutschen Studie fanden Perkonig, Kessler, Storz und Wittchen (2000) heraus, dass 87,5 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mindestens eine weitere, 77,5 % zwei oder mehr zusätzliche Diagnosen ausbilden. In Abhängigkeit vom Lebensalter der Kinder und Jugendlichen können sich unterschiedliche Komorbiditätsprofile ausbilden (Übersicht siehe Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013). Für die schwerwiegendste Form eines traumatischen Ereignisses, nämlich Missbrauch und Misshandlung, steigen im Erwachsenenalter die Wahrscheinlichkeiten für eine Reihe von Störungen wie Depression, Angst oder Substanzmissbrauch, außerdem für Suizidversuche, risikoreiches Sexualverhalten und die Abhängigkeit von sozialen Hilfssystemen (Cutajar et al., 2010; Fergusson, McLeod & Horwood, 2013).

Eltern und Bezugspersonen sind in vielfältiger Weise von traumatischen Ereignissen des Kindes und ihren belastenden Folgen betroffen: So können etwa Eltern und Kinder gemeinsam ein Ereignis erleben (z. B. Unfälle, häusliche Gewalt, traumatische Verluste von Familienmitgliedern) oder die Eltern können sekundär betroffen sein, wenn sie z. B. von sexualisierter Gewalt gegenüber ihrem Kind erfahren und etwa im Rahmen von Gerichtsverfahren Kenntnis von Details erhalten. Schätzungen zur posttraumatischen Symptomatik betroffener Eltern variieren mit den individuellen Vorerfahrungen, der Art des traumatischen Ereignisses und der Zeitdauer seit dem Ereignis und liegen zwischen 4 % und 40 % (Kassam-Adams, Fleisher & Winston, 2009). Je größer die zeitliche Nähe zum Ereignis und die eigene Beteiligung daran, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass auch die Eltern eine posttraumatische Symptomatik oder zumindest eine hohe psychische Belastung entwickeln.

Zur Bewertung aktueller Behandlungsansätze

Um Behandlungsansätze umfassend zu bewerten, sollte eine Reihe von Aspekten berücksichtigt werden (Fairburn & Wilson, 2013): Diese sind zum einen die **wissenschaftliche**

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

² Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Autorinnen	Primärstudien	Alter	Outcome	Effektstärken
Gillies et al. (2012)	14 Studien, kontrolliert, Vollbild PTBS	3–18 Jahre	PTBS	Gesamt: 1,05 KVT: 1,34 ^a NET: 0,57 (n. s.) ^a EMDR: 0,61 (n. s.) ^a
			Depression	Gesamt: 0,74
			Angst	Gesamt: 0,57
Gutermann et al. (2016)	135 Studien, kontrolliert und unkontrolliert	M = 12,6 bis 25 Jahre	PTBS	Gesamt: 0,89 ^b Gesamt: 0,45 ^c KVT: 0,99 EMDR: 1,18 TF-KVT: 1,15
			Depression	Gesamt: 0,60 ^b Gesamt: 0,37 ^c
			Angst	Gesamt: 0,67 ^b Gesamt: 0,42 ^c
Morina et al. (2016)	39 Studien, kontrolliert	M = 12,2 4–18 Jahre	PTBS	Gesamt: 0,83 ^b Gesamt: 0,41 ^c KVT: 1,44 ^b Follow-up: 0,35 ^b Follow-up: 0,46 ^c
			Depression	Gesamt: 0,30 ^b Gesamt: 0,32 ^c
Gutermann et al. (2017)	47 Studien, Langzeiteffekte	M = 11,9 bis 25 Jahre	PTBS	< 6 Monate: 0,99 ≥ 6 Monate: 1,24

Tabelle 1: Metaanalysen zur Behandlungseffektivität bei PTBS

Anmerkung: KVT = Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy, NET = Narrative Expositionstherapie, TF-KVT = Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie, n. s. = nicht signifikant. ^a im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, ^b im Vergleich zur Warteliste, ^c im Vergleich zu einer aktiven Kontrollgruppe

Evidenz (einschließlich einer Bewertung der methodischen Qualität der Studien) und die **Stabilität der Effekte** (Langzeiteffekte), die **Robustheit und Adaptierbarkeit** (z. B. bei Implementation unter nicht-optimalen Bedingungen, in unterschiedlichen Kulturen oder bei unterschiedlichen Komorbiditätsprofilen), die **Kosten-Effektivität** und ob die Interventionen gut und **mit vertretbarem Zeitaufwand zu erlernen** sind. Zum anderen stellt sich die Frage, ob es **spezifische Implementationshindernisse und Barrieren** gibt, die die Umsetzung eines Behandlungsangebots erschweren.

Wissenschaftliche Evidenz und Stabilität

Das häufigste Kriterium zur Bewertung der Behandlungseffektivität sind die Ergebnisse einzelner qualitativ hochwertiger randomisierter klinischer Studien, die dann in Metaanalysen zusammengefasst werden. Da in den letzten Jahren die Zahl solcher Studien zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen sprunghaft angestiegen ist, ergeben Metaanalysen und Übersichtsarbeiten ein deutlich stabileres und klareres Bild als noch vor einigen Jahren. Neben den in Tabel-

le 1 exemplarisch aufgeführten Metaanalysen, die Studien zu verschiedenen traumatischen Ereignissen, Stichproben oder Interventionen einbeziehen, wurden auch noch viele spezifische **Übersichtsarbeiten** veröffentlicht, die sich etwa auf Flüchtlingskinder (Nocon, Eberle-Sejari, Unterhitzberger & Rosner, 2017) oder PTBS nach Einzelereignissen (Newman et al., 2014) beziehen.

Im Cochrane-Review von Gillies, Taylor, Gray, O'Brien und D'Abrew (2012) wurden nur kontrollierte Studien mit Kindern und Jugendlichen einbezogen, bei denen das Vollbild der PTBS erfüllt war, was dazu führte, dass nur 14 Studien berücksichtigt wurden. Da die Verwendung der „Erwachsenen“-PTBS-Kriterien bei Kindern und Jugendlichen schon immer als zu streng und nicht ganz passend kritisiert wurde, bietet diese Analyse ein eingeschränktes Bild. Das Autorenteam ordnete die Studien nach den untersuchten Interventionen: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) und psychodynamische Therapie. Dabei zeigten sich die größten Effekte für KVT. Dessen Effekte blieben auch noch ein Jahr nach Therapieende

am größten. *Morina, Koerssen und Pollet (2016)* schlossen ebenfalls nur randomisiert kontrollierte Studien ein, aber auch Studien mit Kindern und Jugendlichen, die nicht das Vollbild PTBS erfüllten. Auch hier zeigten sich die größten Effekte für die KVT. Trotz der breiteren Einschlusskriterien (auch unkontrollierte Studien, Alter: bis 25 Jahre) fanden *Gutermann et al. (2016)* fast gleiche Ergebnisse. Bei Differenzierung nach Therapieformen ergaben sich für KVT, EMDR und speziell für die Traumafokussierte KVT (TF-KVT; Manual von *Cohen, Manarino & Deblinger, 2009*) große Effektstärken. Ältere Kinder profitierten stärker, längere Behandlungen hatten größere Effekte, Einzeltherapie war der Gruppentherapie überlegen und ein Einbeziehen von Bezugspersonen erwies sich als hilfreich. Außerdem untersuchten *Gutermann, Schwartzkopff und Steil (2017)* in einer weiteren Metaanalyse langfristige Therapieeffekte und konnten zeigen, dass diese stabil blieben.

Bei einer detaillierten Durchsicht der eingeschlossenen Primärstudien wird deutlich, dass jeweils die meisten Studien der traumafokussierten Psychotherapie – mit einer expliziten Bearbeitung der traumatischen Erfahrung – zuzuordnen sind,

Kasten 1: Einbezug der Eltern – was muss beachtet werden?

Werden die Eltern einbezogen, müssen einige Aspekte berücksichtigt werden, z. B. die Qualität der Beziehung und die Art des Traumas. Vorrangig gilt es, eine ausreichende Stabilität im Umfeld herzustellen: Eine Traumatherapie mit dem Kind kann erst dann begonnen werden, wenn das Kind in Sicherheit ist. Das heißt, das traumatische Ereignis muss abgeschlossen sein und – im Falle interpersoneller Traumatisierung – darf das Kind keiner Gefahr durch den Täter ausgesetzt sein. Für den familiären Kontext bedeutet dies, dass entweder der Täter nicht mehr in der Familie lebt oder das Kind in Obhut genommen wurde. Unter bestimmten Umständen kann auch ein Elternteil als Bezugsperson an der Behandlung teilnehmen, der an der Tat beteiligt oder durch Wegschauen bzw. unterlassenes Einschreiten in die Tat verstrickt war. Die Voraussetzung ist immer, dass keine Gefahr von diesem Elternteil ausgeht. In jedem Fall müssen die jungen Patientinnen mit der Beteiligung der Bezugsperson einverstanden sein und sie bestimmen, wie viele Details mit der Bezugsperson geteilt werden. Weiterhin muss die Bezugsperson ausreichend stabil sein, um das Kind entsprechend unterstützen zu können. Sollten eigene Themen und Belastungen der Bezugsperson in einem klinisch relevanten Ausmaß bestehen und dem Behandlungsfortschritt des Kindes im Wege stehen, ist es wichtig, parallel oder vorgeschaltet eine Psychotherapie für die Bezugsperson anzubahnen. Die TF-KVT ist nicht als Psychotherapie für die Eltern, sondern als Einbezug der Eltern in die Psychotherapie des Kindes zu verstehen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, auch andere Bezugspersonen in die Therapie einzubeziehen, wie etwa Großeltern, Familienhelferinnen oder Pflegeeltern. Wenn das Kind in einer Einrichtung der Jugendhilfe untergebracht ist, können professionelle Bezugspersonen, wie z. B. Sozialarbeiterinnen, die Therapie begleiten. Für die Auswahl der Bezugspersonen lassen sich nur schwer einfach verallgemeinerbare Regeln vorgeben. Die Entscheidung muss letztlich der Einschätzung und fortlaufenden Beobachtung durch die Psychotherapeutin überlassen werden. Unterstützend kann eine begleitende Absicherung durch regelmäßige Supervision sein.

wobei sich innerhalb dieser Zuordnung durchaus unterschiedliche Manuale finden. *Üblicherweise* beinhalten diese als zentrale traumafokussierte Techniken imaginative Exposition in Bezug auf die Traumaerinnerung, narrative Exposition, Exposition in vivo und/oder kognitive Umstrukturierung in Bezug auf traumabezogene Überzeugungen. Diese Befunde werden sich auch in der neuen Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Behandlung der PTBS, mit einem speziellen Teil zu Kindern und Jugendlichen, wiederfinden. Diese wird voraussichtlich im Juli 2019 auf deren Portal erscheinen.

Die weltweit meisten Studien liegen zu einem spezifischen Manual vor, das im Deutschen *Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie* (TF-KVT nach *Cohen et al., 2009*) heißt und im Folgenden vorgestellt wird. Zu diesem Manual existieren derzeit allein 21 randomisierte kontrollierte Studien. Eine noch deutlich geringere, aber wachsende Anzahl von Studien wurde zu *EMDR* (*Shapiro, Wesselmann & Mevissen, 2017*) und der *Narrativen Expositionstherapie für Kinder* (KIDNET; *Schauer, Neuner & Elbert, 2017*) durchgeführt. Die einzelnen Ansätze unterscheiden sich u. a. in der Dosis, in der Betonung und Umsetzung expositionsorientierter vs. kognitiver Techniken, im Anteil der Elternbeteiligung und in Bezug auf den angenommenen Hauptwirkmechanismus (Gedächtnisveränderungen, kognitive Umstrukturierung, Habituation).

Die untersuchten Manuale beziehen in unterschiedlichem Ausmaß Eltern/Bezugspersonen³ ein. Während bei der TF-KVT nach *Cohen et al. (2009)* der Anteil der Bezugspersonensitzungen bei bis zu 50 % liegt, bezieht z. B. KIDNET die Eltern nicht systematisch mit ein. Dies ist zum Teil dem Alter der Zielgruppe geschuldet (Kinder vs. Jugendliche), zum anderen liegt es an der psychotherapeutischen Strategie und den Settings. *Gutermann et al. (2016)* fanden in ihrer Metaanalyse einen starken positiven Effekt für die Elternarbeit auf die Symptomatik des Kindes. *Morina et al. (2016)* hingegen konnten keinen Effekt nachweisen.

Robustheit und Adaptation unter verschiedenen Rahmenbedingungen

Traumafokussierte Interventionen erwiesen sich auch in Ländern mit geringer Infrastruktur z. B. nach Gewaltexzessen als effektiv, wobei allerdings auch viele der aktiven Kontrollbedingungen hohe Effekte zeigten (*Morina, Malek, Nickerson & Bryant, 2017*). Studienergebnisse speziell zur TF-KVT liegen aus unterschiedlichen Ländern vor, unter anderem aus Kambodscha, Japan, Jordanien und Sambia (*Damra, Nassar & Ghabri, 2014; Kameoka et al., 2015; Murray et al., 2015*), ebenso wie zu jungen Geflüchteten in Deutschland (*Unterhitzberger et al., 2015*). Weiterhin wurde die TF-KVT für Vorschulkinder (*Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya-Jackson*

³ In bestimmten Fällen können – wie in Kasten 1 dargelegt – auch andere Personen als die Mutter oder der Vater als Bezugspersonen in Betracht kommen. Im Text steht der Begriff „Bezugspersonen“ für elterliche und nicht-elterliche Bezugspersonen.

& Guthrie, 2011) untersucht und eine Disseminationsstudie in Jugendstrafanstalten durchgeführt (Cohen et al., 2016). Für Deutschland konnte gezeigt werden, dass sich TF-KVT sowohl in universitären als auch nicht-universitären klinischen Ambulanzen erfolgreich und mit vertretbarem Trainings- und Supervisionsaufwand implementieren lässt (Goldbeck, Muhe, Sachser, Tutus & Rosner, 2016).

Kosten-Effektivität und Erlernbarkeit

Zur generellen Kosten-Effektivität liegen derzeit nur wenige Studien vor, die diese jedoch bestätigen konnten (z. B. Aas, Iversen, Holt, Ormhaug & Jensen, 2018) und insbesondere frühe Interventionen empfehlen, um eine Chronifizierung und Generalisierung der Symptomatik zu verhindern.

Fast alle oben im Evidenzteil dargestellten Studien verwenden zwei- bis maximal dreitägige Workshops, begleitet von regelmäßigen Supervisionen, um die Psychotherapeutinnen zu trainieren. Dies entspricht auch dem aktuellen Goldstandard in Bezug auf die Trainings von Psychotherapeutinnen (z. B. Sholomskas et al., 2005). Im Falle der TF-KVT wird das Training ergänzt von einem Vorbereitungskurs, der online verfügbar ist (siehe unten).

Spezifische Implementationsbarrieren

Neben einer Reihe struktureller Barrieren (z. B. der Verfügbarkeit von Therapieplätzen) wird insbesondere im Bereich der Psychotraumatologie häufig die Sorge geäußert, dass bereits das Fragen nach einem traumatischen Ereignis „re-traumatisierend“ wirken könnte. Dies führt in manchen Fällen dazu, dass falsch oder gar nicht behandelt wird, weil die Zusammenhänge zwischen berichteten Symptomen (z. B. Verhaltensauffälligkeiten oder Konzentrationsproblemen) und einem möglicherweise dahinterstehenden Trauma übersehen werden. Dabei wird eine einfühlsame Befragung, die sich auf die Belastungsfolgen konzentriert und nicht so sehr auf eine detaillierte Schilderung der Ereignisse selbst, von den Kindern und Jugendlichen in der Regel gut akzeptiert (Goldbeck, Allroggen, Münzer, Rassenhofer & Fegert, 2017). Sie vermittelt Erklärbarkeit, Normalisierung und Wertschätzung für die erlebten Symptome und ebnet im besten Fall den Weg in eine notwendige Therapie. Tatsächlich reagieren manche Betroffene zunächst mit einer kurzfristig erhöhten Belastung. Diese ist jedoch vorübergehend und kann im Lichte des zu erwartenden Nutzens gut thematisiert und validiert werden. Hinweise auf Schädigungen durch Traumadiagnostik gibt es



Abbildung 1: Startseite des Online-Therapietrainings für TF-KVT

in der Literatur keine (Griffin, Resick, Waldrop & Mechanic, 2003). Wenn in der Praxis ausführliche Interviews wie das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS; Schneider, Pflug, Margraf & In-Albon, 2017) oder das Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ; Steil & Fücksel, 2006) zu langwierig sind, können kurze und valide Screening-Fragebögen wie beispielsweise der Child and Adolescent Trauma Screen (CATS; Sachser et al., 2017; kostenloser Download in verschiedenen Sprachen über: <https://tfkvt.ku.de>) eingesetzt werden.

Merkmale und Inhalte der TF-KVT

Die TF-KVT nach Cohen et al. (2009) ist ein modular aufgebautes Therapiemanual. Bis 2017 stand in den USA eine kostenfreie Online-Plattform in englischer Sprache zur Verfügung, die in ihrem zehnjährigen Bestehen weltweit von mehr als 300.000 Psychotherapeutinnen genutzt wurde. Seit 2018 liegt eine deutschsprachige Version des Lernprogramms vor, das für die Rahmenbedingungen und Arbeitsweisen deutscher Psychotherapeutinnen optimiert wurde. Die Anmeldung für den Kurs erfolgt über die Adresse <https://tfkvt.ku.de>. Die Teilnahme und das Herunterladen aller Materialien sind kostenlos. Nach der Registrierung öffnet sich eine Kapitelübersicht, die parallel zu den Behandlungskomponenten des Manuals aufgebaut ist (Abbildung 1).

Modul für Modul können erklärende Texte gelesen, Videobeispiele aus den Therapiesitzungen angeschaut und Übungsbeispiele nachvollzogen werden. Zu jeder Interventionstechnik gibt es Schritt-für-Schritt-Anleitungen sowie Ideen für Hausaufgaben und die Arbeit mit den Bezugspersonen (Abbildung 3). Zu jedem Baustein liegen Arbeitsblätter vor (Abbildung 4), welche die Umsetzung der Therapieinhalte mit den Patientinnen erleichtern. Jedes Kapitel beschreibt kulturspezifische und altersspezifische Erwägungen (Abbildung 5) sowie häufige Herausforderungen, denen man in der Praxis

begegnet. Jedes Kapitel endet mit einem kurzen Test, danach wird das nächste Kapitel freigeschaltet (Abbildung 2). Am Ende des Kurses erhalten die Teilnehmerinnen ein Zertifikat und können sich von der Psychotherapeutenkammer 12 Fortbildungspunkte anrechnen lassen.

Kurze, fokussierte Interventionen

Die TF-KVT ist als Kurzzeittherapie von zwölf bis 15 Doppelsitzungen in wöchentlichem Abstand aufgebaut. Während es sinnvoll sein kann, einzelne Phasen der Therapie etwas auszudehnen, um beispielsweise ausgeprägten Problemen mit der Emotionsregulation zu begegnen, lassen sich in der Regel innerhalb von vier bis fünf Monaten gute Therapieergebnisse erzielen. Diese zeigen sich einerseits in einer Reduktion der Symptomschwere, andererseits in Form der Remissionsraten. So verringerte sich in der deutschen Studie von *Goldbeck et al. (2016)* die PTBS-Symptomatik im IBS-KJ in der behandelten Gruppe um durchschnittlich 57 %. Die Diagnose PTBS war bei 45 % der behandelten Patientinnen nach zwölf Doppelsitzungen nicht mehr erfüllt. Der überraschende Befund aber war, dass zwölf Monate nach Behandlungsende 58 % derjenigen, die nach Abschluss der Therapie die Diagnose noch erfüllten, remittiert waren (Tutus, Pfeiffer, Rosner, Sachser & Goldbeck, 2017). Die ersten Erfolge, die im Rahmen einer Kurzzeittherapie zu erreichen sind, haben also eine gute Chance, sich in den Folgemonaten zu generalisieren. Diese Ergebnisse, die einer Vielzahl der oben zusammengefassten Studien entsprechen (siehe Abschnitt „Zur Bewertung aktueller Behandlungsansätze“) mögen überraschen, können aber Patientinnen genauso wie Psychotherapeutinnen Mut und Hoffnung machen, dass auch die Folgen traumatischer Erfahrungen mit einem zeitlich befristeten, fokussierten Vorgehen gut behandelt werden können. Hausaufgaben spielen in der TF-KVT eine wichtige Rolle, weil die eigentliche Therapiezeit verlängert und die gelernten Inhalte im Alltag gefestigt werden. Symptome aus anderen Störungsbereichen, die sich nach der traumafokussierten Behandlung nicht ausreichend gebessert haben, können im Anschluss weiterbehandelt werden.



Abbildung 2: Beispiel für den Kapitelaufbau und Lernfortschritt im Online-Training

Trotz der geringen Sitzungszahl lassen sich auch bei schweren Traumatisierungen und komplexen Symptomen gute Erfolge erzielen (Sachser, Keller & Goldbeck, 2016). Je komplexer die Symptomatik, desto weiter werden die stabilisierenden Module 1 bis 4 (siehe Tabelle 2) ausgedehnt, bis hin zu insgesamt 25 Doppelsitzungen TF-KVT. Das Manual ist dabei nicht als starres Gefüge, sondern als modular aufgebautes Vorgehen zu verstehen, das an die individuellen Bedürfnisse der Patientin angepasst wird. Die Psychotherapeutin geht dennoch mit einer Agenda in jede Sitzung (z. B. „die wichtigsten Gefühle benennen können“), sodass der rote Faden des Manuals als Unterstützung erhalten bleibt. Die Psychotherapeutin setzt die Ziele des jeweiligen Moduls je nach Alter und Entwicklungsstand der Patientin um, wobei spielerische, kreative und ressourcenfördernde Herangehensweisen zum Einsatz kommen. Optimale Bedingungen oder eine perfekte Zielerreichung je Modul sind nicht notwendig, um mit der Behandlung fortzufahren. Diese Vorgehensweise macht das Manual robust gegen Hindernisse (z. B. geringe Sprachkenntnisse, Komorbiditäten) und bewahrt Patientinnen und Psychotherapeutinnen davor, die anstehende Exposition länger aufzuschieben. Die kurze Therapiedauer und das fokussierte Vorgehen führen zu schnellen Bewältigungs- und Selbstwirksamkeitserfahrungen der Patientinnen, was insbesondere die schwankende Motivation von Kindern und Jugendlichen stärkt.

Einbezug von erwachsenen Bezugspersonen

Die TF-KVT baut auf eine intensive Bezugspersonenarbeit. Im Anschluss an jede Sitzung mit dem Kind findet eine Sitzung mit der Bezugsperson statt. Zur Auswahl einer geeigneten Bezugsperson sei auf Kasten 1 verwiesen. Bei sehr kleinen Kindern und bei Jugendlichen wird der zeitliche Anteil altersentsprechend angepasst. In den Bezugspersonenstunden werden zum einen die Inhalte der Kindersitzung erklärt und besprochen; die Bezugsperson soll in der Lage sein, das Kind während der Woche in der Übung und Umsetzung neuer Strategien zu unterstützen. Zum anderen werden positive Erziehungsstrategien vermittelt, um mögliche konflikthafte Eltern-Kind-Interaktionen zuhause zu verbessern. Die enge Einbindung unterstützt auch den Elternteil darin, das Trauma des Kindes zu verarbeiten. Eltern traumatisierter Kinder sind häufig belastet, voller Sorge oder selbst traumatisiert. Sie bringen zumeist eigene dysfunktionale Überzeugungen zum Trauma und seinen Folgen mit, die zu ungünstigem Erziehungsverhalten und zu Konflikten führen können. Aber auch professionelle Bezugspersonen überfordern sich manchmal selbst, reagieren ungünstig auf Provokationen oder werden an kritische Punkte aus der eigenen Biografie erinnert. Manche Familien „verstummen“ infolge traumatischer Ereignisse. Aus Sorge, was passieren könnte, wenn über das Geschehene gesprochen wird, werden das Trauma und seine Folgen nicht thematisiert. Das Anstoßen einer funktionalen familiären Kommunikation stellt ein weiteres Ziel der Bezugspersonenarbeit in der TF-KVT dar. Die Arbeit mit den Eltern ersetzt keine Therapie der Eltern, ist jedoch der Schlüssel zu

Modul	Inhalte und Ziele	Über alle Sitzungen hinweg: graduierte Exposition & Elternfertigkeiten
1. Psychoedukation 2. Elternfertigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psychoedukation zum traumatischen Ereignis, zu PTBS, Entstehung und Aufrechterhaltung ■ Erklärung des Therapieablaufs ■ Einüben positiver Erziehungsstrategien (z. B. Loben, selektives Ignorieren) 	
3. Entspannung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erlernen und Einüben eines geeigneten Entspannungsverfahrens (z. B. Progressive Muskelentspannung, fokussiertes Atmen) 	
4. Affektmodulation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erkennen und Benennen der wichtigsten Gefühle ■ Einschätzen der Intensität von Gefühlen (z. B. Angstthermometer) ■ Sammeln und Einüben von Emotionsregulationsstrategien 	
5. Kognitive Verarbeitung und Bewältigung I	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kennenlernen des Zusammenhangs von Gedanken, Gefühlen und Verhalten (kognitives Dreieck) anhand nicht-traumabezogener Beispiele ■ Finden hilfreicher Gedanken in alltäglichen Situationen 	
6. Traumanarrativ Kognitive Verarbeitung und Bewältigung II	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verfassen eines Traumanarrativs (Exposition in sensu) ■ Aufschreiben des Indexereignisses ■ Monitoring der aktuellen Belastung über die Sitzung hinweg ■ Identifizieren, Hinterfragen und Modifizieren von dysfunktionalen Annahmen über das Trauma oder seine Folgen 	
7. In vivo-Exposition	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestuftes Aufsuchen von Situationen, die aufgrund der Traumaerfahrung vermieden werden, ggf. in Hausaufgaben außerhalb der Therapiesitzung 	
8. Gemeinsame Eltern-Kind-Sitzung(en)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Teilen des Traumanarrativs mit der Bezugsperson ■ Kind und Bezugsperson stellen vorbereitete Fragen zum Narrativ oder Trauma ■ Anstoßen der Kommunikation innerhalb der Familie ■ Erfahren von sozialer Unterstützung 	
9. Erleben von Sicherheit, Rückfallprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entwickeln eines Sicherheitsplans, Einüben von Sicherheitsstrategien (z. B. Nein-Sagen) ■ Sammeln hilfreicher Strategien (z. B. kognitive Techniken, Notieren hilfreicher Personen) 	

Tabelle 2: Ablauf der TF-KVT im Überblick

den notwendigen Umgebungsbedingungen für die Erholung des Kindes.



Abbildung 3: Beispielseite „Hausaufgaben“ inkl. Video (im Kapitel „Elternfertigkeiten“)

Für vielfältige Zielgruppen geeignet

Wie oben beschrieben, liegen Studien vor, die die Wirksamkeit der TF-KVT mit Altersgruppen von drei bis 18 Jahren belegen, in unterschiedlichen Ländern und Settings sowie nach verschiedenen Traumaerfahrungen. Dazu zählen auch

langjährige und mehrfache Traumatisierungen. Ein Praxisbeispiel für die Kultursensibilität des Manuals ist die Versorgung unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter an der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Im Rahmen einer Pilotstudie wurden schwer traumatisierte junge Geflüchtete mit geringen deutschen Sprachkenntnissen und diversen kulturellen Hintergründen unter Einbezug ihrer Bezugsbetreuerinnen behandelt. Es zeigte sich, dass die TF-KVT in ihrer Grundidee mit dieser Zielgruppe umsetzbar ist. Im Durchschnitt verlängerte sich die Therapiedauer auf 15 bis 20 Doppelsitzungen, was zum einen auf den Einsatz von Dolmetscherinnen zurückzuführen ist, zum anderen auf eine höhere Anzahl von Sitzungen im Rahmen der Emotionsregulation sowie der Traumakonfrontation. Zudem muss ein Schwerpunkt auf den Beziehungsaufbau und die Erklärung von Psychotherapie als solches gelegt werden, was die Anfangsstunden gegebenenfalls etwas modifiziert (für einen detaillierten Einblick: Unterhitzberger, Fornaro & Rosner, 2019). Dennoch profitieren auch Patientinnen, die zunächst nicht „manualgeeignet“ erscheinen, von der TF-KVT, da diese die individuellen Hintergründe der Patientinnen und ihrer Familien respektiert.

Vorgehen in der Praxis

Die Module der TF-KVT (siehe Tabelle 2) greifen auf Standardmethoden der kognitiven Verhaltenstherapie zurück, die

auf die traumafokussierte Arbeit zugeschnitten wurden. Jene Module sollen hier knapp hervorgehoben werden, welche die traumafokussierte Arbeit besonders verdeutlichen. So erhalten Kinder bzw. Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Rahmen der Psychoedukation (1.) auch altersgerechte Informationen zu der Art des erlebten Traumas (z. B. über sexuellen Missbrauch). Durch die korrekte Benennung des traumatischen Ereignisses wird ab Sitzung 1 an einer gestuften Exposition und einer Reduktion der Vermeidung gearbeitet. Die graduierte Exposition und die Arbeit an positiven Erziehungsstrategien sind ebenso wie die Förderung von Ressourcen und Bewältigungsstrategien Interventionen, die von Beginn an über die komplette Therapie hinweg zum Einsatz kommen.

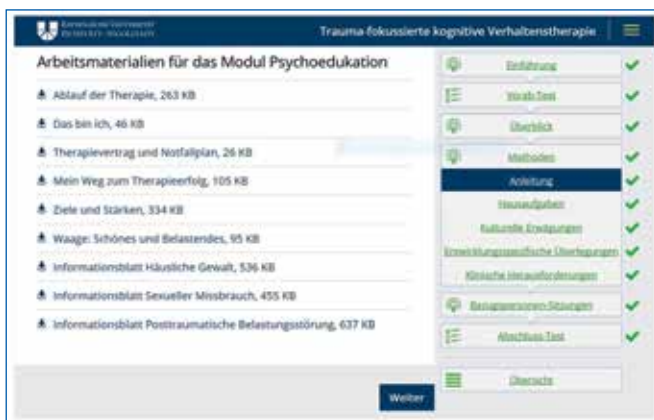


Abbildung 4: Arbeitsmaterialien im Online-Training, die im Rahmen der Psychoedukation genutzt werden können

Ziel des Moduls zur Affektmodulation (4.) ist ein vorläufiger verbesserter Umgang mit Stress und überflutenden Gefühlen im Alltag. Zudem soll eine „Werkzeugkiste“ gepackt werden, auf die in der Zeit der traumafokussierten Arbeit zurückgegriffen werden kann, wenn die Anspannung steigt. Gerade ausgeprägte Emotionsregulationsprobleme und Selbstverletzungen bei Jugendlichen, die manchmal an eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung denken lassen, erweisen sich häufig als Belastungssymptome. Dabei müssen diese Probleme nicht vollständig behoben sein, bevor der trauma-bezogene Teil der Behandlung beginnen kann. Eine endgültige Besserung der Emotionsregulation ist erst infolge der traumafokussierten Interventionen zu erwarten. Die Bezugspersonen werden angeleitet, die Gefühle der Kinder zu validieren, anstatt vorschnell Lösungsvorschläge anzubieten. Sie unterstützen die Kinder dabei, die neu erlernten Strategien im Alltag umzusetzen. Wichtig ist auch der Umgang mit trauma-bezogenen Gefühlen der Eltern, wie zum Beispiel Traurigkeit, Schuldgefühlen oder ambivalenten Gefühlen der Täterin gegenüber.

Über mehrere Therapiestunden hinweg erzählen die Kinder und Jugendlichen die traumatischen Ereignisse, die sie erlebt haben, und halten mithilfe der Therapeutin das Wichtigste schriftlich oder mit Bildern fest (6. Traumanarrativ; Abbildung 5). Das Narrativ beginnt mit dem Zeitpunkt, als noch alles in Ordnung war, setzt sich fort mit dem Moment,

als das Kind bemerkt hat, dass etwas nicht stimmt, und umfasst auch die schlimmsten Momente. Abgeschlossen wird die Geschichte mit der Situation, als das Kind wieder in Sicherheit war. Bei komplexen Traumageschichten hilft eine Lebenslinie beim Ordnen. Der Traumabericht umfasst neben den Ereignissen auch zentrale Gedanken und Gefühle während des Traumas. Durch wiederholtes Vorlesen machen die Patientinnen die Erfahrung, dass die Intensität der emotionalen Belastung bei Erinnerung an die Ereignisse abnimmt. Zur Überprüfung, ob die Anspannung des Kindes während der Auseinandersetzung mit den Ereignissen zurückgeht, wird in jeder Sitzung mehrmals die aktuelle Belastung abgefragt. Jede Sitzung endet mit einer positiven Aktivität, z. B. mit einem Spiel. Mit Zustimmung des Kindes wird Abschnitt für Abschnitt des Narrativs parallel mit den Bezugspersonen gelesen, zunächst in Abwesenheit des Kindes. So hat die Psychotherapeutin die Möglichkeit, emotionale Reaktionen der Bezugsperson auf die belastenden Geschichten und ungünstige Gedanken in Bezug auf das Trauma im Zweier-setting aufzugreifen und zu bearbeiten. Auch wenn sich ein Großteil der Patientinnen darauf einlassen kann, das Traumanarrativ mit der Bezugsperson zu teilen, kann es passieren, dass eine Patientin nur einen kleinen oder gar keinen Teil des Traumaberichts teilen möchte. Hier gilt es, die Wünsche der Patientin zu respektieren, zu validieren und keinen Druck auszuüben. Eine Wiederholung des Rationals, wieso ein Teilen des Narrativs hilfreich ist, kann an dieser Stelle erfolgen. Auch stellt sich in der Exploration häufig heraus, dass die Gründe, aus denen Patientinnen das Narrativ nicht teilen wollen, auf störungsbedingtes Vermeidungsverhalten oder dysfunktionale Überzeugungen zurückgehen (z. B. die Befürchtung, die Eltern durch den Missbrauch enttäuscht zu haben). Hier ist es umso wichtiger, die Kinder und Jugendlichen für das Teilen des Narrativs zu ermutigen, damit sie korrigierende Erfahrungen sammeln können, wenn die Eltern in der gemeinsamen Stunde mit Lob und Zuspruch statt mit Vorwürfen reagieren.

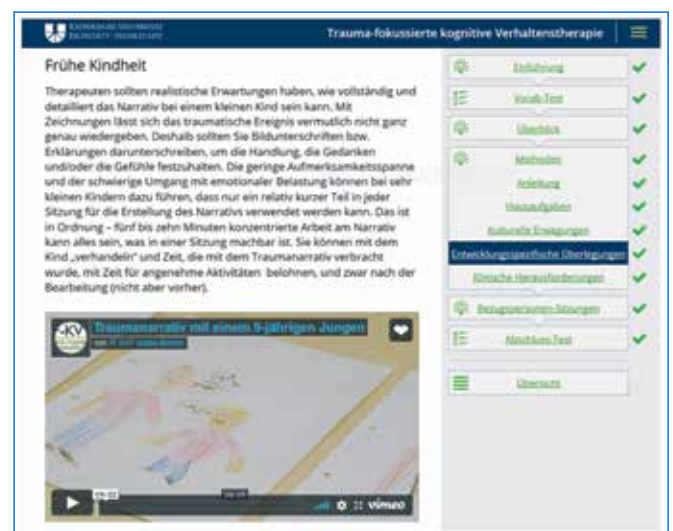


Abbildung 5: Beispiel für „Entwicklungsspezifische Überlegungen“ inkl. Video (zum Traumanarrativ)

Während die Einführung in die kognitive Arbeit (5.) mit dem Kind zunächst Beispiele aus dem Alltag umfasst, werden traumabezogene Gedanken („Ich hätte mich stärker wehren sollen.“) erst nach dem Abschluss des Traumanarrativs behandelt. Dies ermöglicht es den Patientinnen, im Narrativ zunächst unzensiert alle Gedanken und Gefühle zu äußern. Hier gibt es einen Unterschied zur Arbeit mit den Bezugspersonen, wo schon ab Therapiebeginn an traumaspezifischen Kognitionen gearbeitet wird. In den Erzählungen der Kinder und Jugendlichen kommen dysfunktionale Kognitionen über sich selbst, die anderen sowie über die Ursachen und Folgen des Traumas zum Vorschein, die korrigiert werden können, um das Kind weiter zu entlasten (6.).

Nach ausreichender Vorbereitung findet mindestens eine gemeinsame Sitzung mit Kind und Bezugsperson zusammen

Kasten 2: Möchten Sie an einem kostenfreien Training für Psychotherapeutinnen teilnehmen?

Für zwei aktuelle, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Therapieforschungsprojekte suchen wir interessierte Praktikerinnen (m/w/d). Bei beiden Projekten handelt es sich um Disseminationsstudien, welche die Implementierung evidenzbasierter Traumatherapie für Kinder und Jugendliche – und damit eine Verbesserung der Versorgungslage – zum Ziel haben.

Projekt 1 BESTFORCAN (Fördernummer 01KR1804C): In diesem Projekt werden Kinder und Jugendliche mit einer PTBS in der Folge von Missbrauch und Vernachlässigung behandelt. Interessierte Psychotherapeutinnen nehmen neben dem Online-Training an einem kostenfreien zweitägigen Workshop teil und – bei entsprechender Randomisierung – an einem zusätzlichen Angebot zu telefonischen Fallbesprechungen, während sie entsprechende Patientinnen in ihren Praxen behandeln. Teilnehmende Einrichtungen: Goethe-Universität Frankfurt (PD Dr. Regina Steil), Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (Prof. Dr. Rita Rosner), Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Dr. David Ebert) und Philipps-Universität Marburg (Prof. Dr. Hanna Christiansen).

Projekthomepage: www.bestforcan.de

Projekt 2 BETTER CARE (Fördernummer 01EF1802A): Für dieses Projekt suchen wir Psychotherapeutinnen, die Interesse an der Behandlung von jungen unbegleiteten Geflüchteten mit PTBS haben. Sie erlernen TF-KVT im Rahmen des Onlinetrainings und eines Workshops (kostenfrei) und nehmen an 14-tägigen telefonischen Fallbesprechungen teil, während Sie Patientinnen in eigener Praxis behandeln. Zudem erhalten Sie Informationen und Arbeitsmaterial für die Psychotherapie mit Geflüchteten. Ziel dieser Studie ist die Überprüfung eines gestuften Versorgungsangebotes für unbegleitete Geflüchtete in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe.

Teilnehmende Institutionen: Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (Prof. Dr. Rita Rosner), Deutsches Jugendinstitut München (Dr. Heinz Kindler), Universitätsklinikum Ulm (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Prof. Dr. Ziegenhain, Prof. Dr. Dr. Paul Plener, Prof. Dr. Reinhold Kilian).

Projekthomepage: <https://bettercare.ku.de>

statt (8.). Das Kind liest das Traumanarrativ vor und stellt der Bezugsperson im Vorfeld erarbeitete Fragen (z. B. wie sie über das Ereignis denkt, wer die Verantwortung für das Ereignis haben könnte). Auch das Kind beantwortet der Bezugsperson Fragen zum traumatischen Ereignis oder zum künftigen Umgang damit. Das Kind erlebt, dass die Bezugsperson es aushalten kann, die Geschichte zu hören. Durch das gegenseitige Fragen soll die Kommunikation in der Familie angeregt werden, sodass das Trauma nicht weiter tabuisiert wird. Dies ist wichtig, da die Therapeutin als professionelle Ansprechperson bald nicht mehr verfügbar sein wird. Sollte die Patientin das Narrativ nicht vollständig teilen wollen, so können ausgewählte Teile besprochen und die Fragen dementsprechend angepasst werden. Dies ist insbesondere bei älteren Kindern und Jugendlichen sinnvoll. Auf ein Teilen des Narrativs sollte verzichtet werden, wenn die Eltern trotz ausreichender Vorbereitung nicht in der Lage scheinen, konstruktiv auf das Kind einzugehen.

Die Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher gemeinsam verbessern

Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben oftmals Schwierigkeiten, Zugang zu einer wirksamen Traumatherapie zu erhalten. Eine große Herausforderung stellen Lücken im Versorgungssystem dar. Aber auch Psychotherapeutinnen berichten oftmals über Hemmungen, mit dieser Patientinnengruppe zu arbeiten. Eine Antwort auf die Frage, wie wir gemeinsam diese Hürden überwinden können, sind z. B. die Qualitätsstandards für die spezialisierte psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Auf deren Internetseite (www.degpt.de) findet sich eine Liste akkreditierter Institute, die den Abschluss „Spezielle Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen“ vergeben dürfen. Neben der theoretischen Weiterbildung in leitlinienkonformen Therapiemethoden muss für die Zertifizierung auch Praxiserfahrung mit Traumafällen unter Anleitung entsprechend qualifizierter Supervisorinnen nachgewiesen werden. Eine zweite, sehr niedrigschwellige Antwort kann das vorgestellte Online-Training sein, das es sowohl Ausbildungskandidatinnen als auch erfahrenen Therapeutinnen erleichtern kann, in die Arbeit mit traumabelasteten Familien einzusteigen. Und abschließend kann die Teilnahme an einer der in Kasten 2 genannten Studien eine Antwort darstellen, in welchen insgesamt über 150 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (oder Psychologische Psychotherapeutinnen mit entsprechender Zusatzqualifikation) kostenfrei in der TF-KVT geschult und in deren Umsetzung unterstützt werden sollen.

Mit der TF-KVT liegt eine wirksame, verlässliche und robuste Methode zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen vor. Sie kann schnell und unkompliziert erlernt werden. Am Ende ermöglicht die traumatherapeutische Behandlung

von Kindern und Jugendlichen wertvolle Erfahrungen und einen neuen, ressourcenorientierten Blick auf junge Betroffene und ihre Familien – es lohnt sich, sich mit den berührenden Geschichten der jungen Menschen zu befassen.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Aas, E., Iversen, T., Holt, T., Ormhaug, S. M. & Jensen, T. K. (2018). Cost-effectiveness analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. A randomized control trial among Norwegian youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 1-14.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer.

Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L. & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34 (11), 813-822.

Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L. & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review*, 12, 1465-1858.

Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D. & Rosner, R. (2016). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for children and adolescents. A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85 (3), 159-170.

Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J. & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in children, adolescents, and young adults. A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19 (2), 77-93.

Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbuecher, V. & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma exposure and Posttraumatic Stress Disorder in adolescents. A national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26 (2), 209-216.

Morina, N., Koerssen, R. & Pollet, T. V. (2016). Interventions for children and adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 47, 41-54.

Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E. et al. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal Of Affective Disorders*, 210, 189-195.

Unterhitzberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R. & Goldbeck, L. (2015). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with unaccompanied refugee minors. A case series. *BMC Psychiatry*, 15, 1-9.



Prof. Dr. Rita Rosner

Korrespondenzadresse:

Katholische Universität
Eichstätt-Ingolstadt
Ostenstr. 25
85072 Eichstätt
rita.rosner@ku.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Rita Rosner, Psychologische Psychotherapeutin, ist Lehrstuhlinhaberin für Klinische und Biologische Psychologie an der KU Eichstätt-Ingolstadt und Leiterin der angegliederten Psychotherapeutischen Hochschulambulanz. Sie ist ehemalige Vorstandsvorsitzende der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). In ihren aktuellen Forschungsprojekten beschäftigt sie sich mit Kindern und Jugendlichen mit PTBS sowie Erwachsenen mit Anhaltender Trauerstörung.



Dr. Patrick Fornaro

info@praxis-fornaro.de

Dr. Dipl.-Psych. Patrick Fornaro ist als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis sowie als Trainer und Supervisor für traumafokussierte Therapie tätig. Er ist ehemaliger stellvertretender Leiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz in Ingolstadt und engagiert sich für die Verbreitung evidenzbasierter Methoden in die klinische Praxis.



Dr. Johanna Unterhitzberger

johanna.unterhitzberger@ku.de

Dr. Johanna Unterhitzberger arbeitet als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der KU Eichstätt-Ingolstadt. Einer ihrer Forschungsschwerpunkte ist die psychotherapeutische Versorgung junger Geflüchteter.

Pferdegestützte Psychotherapie in der Behandlung von Traumafolgestörungen

Nina Romanczuk-Seiferth & Stefanie Schwitzer

Zusammenfassung: Traumafolgestörungen gehen unbehandelt häufig mit langjährigen Leidenswegen und schwerwiegenden Auswirkungen auf das Funktionsniveau der Betroffenen sowie mit starken Belastungen für Angehörige und das soziale Umfeld einher. Ergänzend zu den etablierten Behandlungsformen stellt die pferdegestützte Psychotherapie einen alternativen Behandlungsansatz mit Potenzial bei Traumafolgestörungen dar. Im folgenden Artikel soll überblicksartig dargestellt werden, warum die einzigartigen Merkmale von Pferden die Bedürfnisse dieser Zielgruppe so gut ansprechen, welche therapeutischen Ansätze existieren und wie die Evidenzlage für diesen vielversprechenden Behandlungsansatz ist.

Traumafolgestörungen und ihre komplexe Behandlung

Menschen, die ein Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes erleben, können in Folge dieser Erfahrung psychische Erkrankungen entwickeln. Als direkt mit dem Trauma in Verbindung stehende psychische Beeinträchtigung kann eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entstehen, ebenso relevant sind aber auch andere psychische Erkrankungen, die als Traumafolgestörungen auftreten, wie affektive Erkrankungen, dissoziative Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen. Traumatische Erfahrungen sind laut einer epidemiologischen Studie (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008) in Deutschland weit verbreitet. 28 % der Frauen und 21 % der Männer haben

und das soziale Umfeld. Dabei gelten Traumafolgestörungen bei leitliniengerechter Therapie heute als gut behandelbar. Zu den verschiedenen Behandlungsmethoden liegt umfassende Evidenz vor und sie weisen gute Effektstärken mit Blick auf den Therapieerfolg auf (Grasser & Javanbakht, 2019; Gutermann et al., 2016; Markowitz et al., 2015; Polusny et al., 2015; Schnyder et al., 2015; Shalev, Liberzon & Marmar, 2017; Steenkamp, Litz, Hoge & Marmar, 2015). Gleichzeitig besteht Bedarf, mögliche weitere wirkungsvolle, evidenzbasierte Methoden in der Behandlung von PTBS zu erschließen, um eine möglichst effektive Versorgung unterschiedlichster Zielgruppen langfristig zu gewährleisten. Einen interessanten ergänzenden Ansatz können hier tiergestützte Interventionen bieten, im Speziellen die pferdegestützte Psychotherapie, die den Anforderungen einer Behandlung von PTBS auf vielen Ebenen entspricht. Die

Die psychotherapeutische Arbeit mit Pferden eröffnet z. B. durch nicht-sprachliches Vorgehen einen erfolgversprechenden alternativen Zugang zur psychischen Belastung der Betroffenen.

demnach mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt, erfasst man potenziell traumatisierende Ereignisse, wie Opfer einer Vergewaltigung oder Naturkatastrophe gewesen zu sein, Kriegserfahrungen (Vertreibung, Bombardierung), Erlebnisse ernsthafter körperlicher Bedrohung (z. B. durch eine bewaffnete Person) oder die Diagnose einer schweren körperlichen Erkrankung. Nicht aus jeder potentiell traumatischen Erfahrung geht eine Traumafolgestörung hervor, aber entwickelt sich eine PTBS, ist diese unbehandelt zu 48 % persistierend bzw. chronifizierend (Perkonig et al., 2005). Zu den Folgen für Betroffene zählen häufig langjährige Leidenswege mit schwerwiegenden Auswirkungen auf das Funktionsniveau sowie starke Belastungen für Angehörige

psychotherapeutische Arbeit mit Pferden eröffnet einen alternativen Zugang zur psychischen Belastung der Betroffenen und zur Induktion psychotherapeutischer Effekte, beispielsweise aufgrund der Möglichkeiten nicht-sprachlichen Vorgehens. Aktuelle Studien

zum zunehmenden Einsatz pferdegestützter Interventionen bei Traumafolgestörungen zeigen eine Bandbreite von positiven Effekten bei Kindern, Jugendlichen wie auch Erwachsenen (Buck, Bean & De Marco, 2017).¹ In diesem Artikel möchten wir einen näheren Einblick in die Methoden der pferdegestützten Psychotherapie geben und erläutern, warum solche Methoden in der Behandlung von PTBS eine weitere Chance für Betroffene wie auch Angehörige darstellen. Dabei wird auf zu unterscheidende Ansätze tiergestütz-

¹ Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

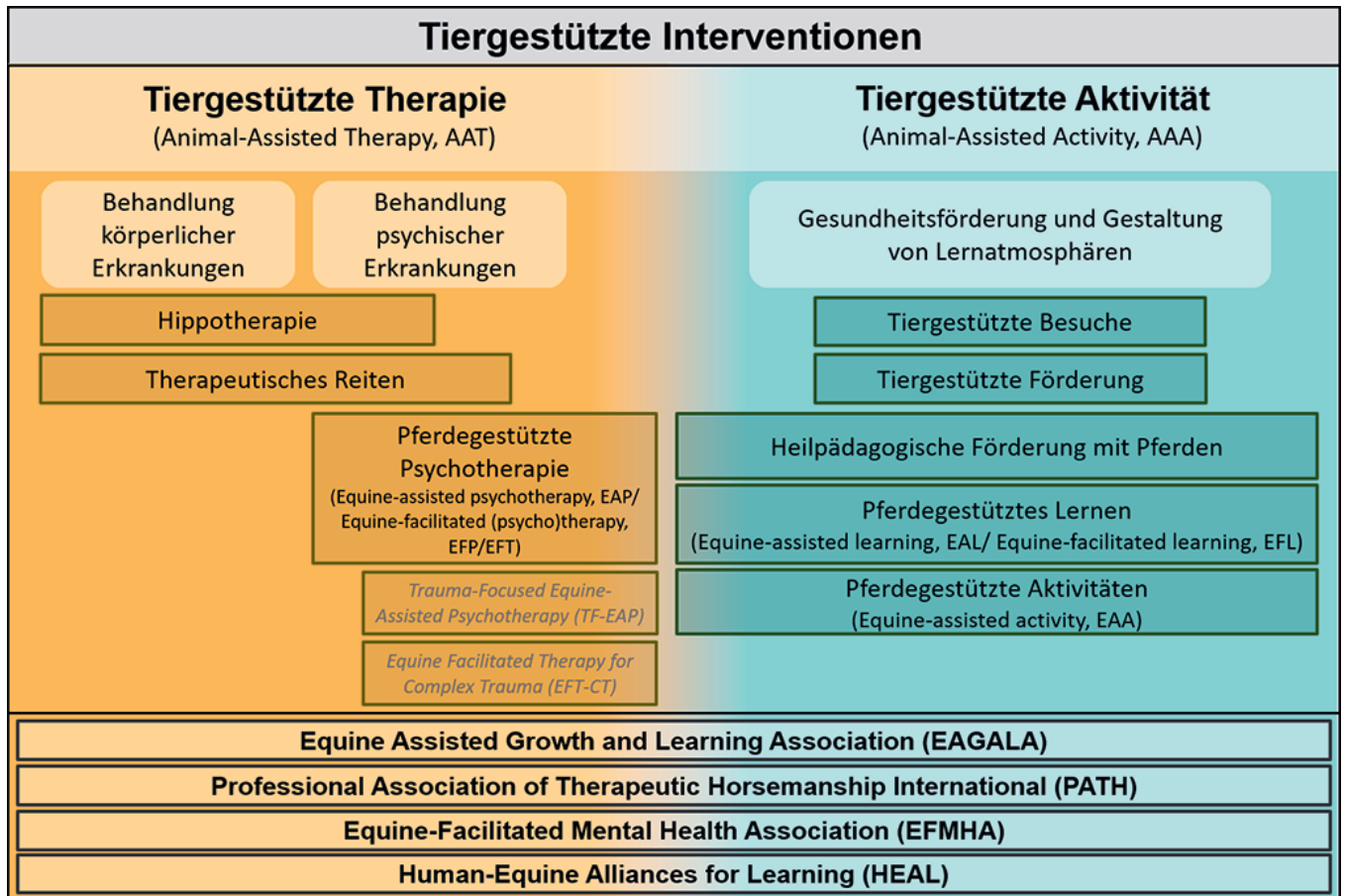


Abbildung 1: Typologische Übersicht zu tiergestützten Interventionsformen mit Fokus auf pferdegestützte Interventionsarten

ter bzw. pferdegestützter Interventionen und dazu vorliegende Evidenz eingegangen sowie näher erläutert, welche Zugangsmöglichkeiten für etwaige Patientinnen² bestehen.

Formen tiergestützter Interventionen

Tiergestützte Interventionen werden mittels der Bezeichnungen „tiergestützte Aktivität“ (Animal-Assisted Activity, AAA) und „tiergestützte Therapie“ (Animal-Assisted Therapy, AAT) zunächst in zwei große Bereiche unterteilt (siehe Abbildung 1). Diese unterscheiden sich in ihrer Zielformulierung und den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppen. Während die AAA die Beschäftigung mit dem Tier in den Vordergrund stellt und dabei weniger ein konkretes Ziel als einen ganzheitlichen Nutzen verfolgt, arbeitet die AAT zielorientiert und verfolgt mittels konkreter Therapieplanung die Behandlung von körperlichen wie auch psychischen Problemstellungen (Mills & Yeager, 2012). Systematische Übersichten zur Evidenzlage existieren inzwischen für verschiedene Anwendungsfelder bzw. Zielgruppen (Charry-Sánchez, Pradilla & Talero-Gutiérrez, 2018; Hoagwood, Acri, Morrissey & Peth-Pierce, 2017; Jones, Rice & Cotton, 2019; Kamioka et al., 2014; McDaniel Peters & Wood, 2017; O’Haire, Guérin & Kirkham, 2015; White-Lewis, Russell, Johnson, Cheng & McClain, 2017; Yakimicki, Edwards, Richards & Beck, 2019).

Neben einer Vielfalt eingesetzter Haus- und Heimtierarten, ist das Pferd eine Spezies, die für den therapeutischen Einsatz geeignet erscheint. Bereits schon vor seiner therapeutischen Nutzung war das Pferd tief in unserer Kultur und in unserem Alltag verankert (Papke, 1997), vor allem als Reit- und Zugtier. Die frühen therapeutischen Ansätze zum gesundheitsförderlichen Einsatz des Pferdes, wie Therapeutisches Reiten und Hippotherapie (siehe Abbildung 1), fokussieren entsprechend auf die Behandlung körperlicher Erkrankungen durch Nutzung des Pferdes als Reittier (Anestis, Anestis, Zawilinski, Hopkins & Lilienfeld, 2014; Pugh, 2010). Dem gegenüber stehen psychotherapeutische Ansätze (Pferdegestützte Psychotherapie; engl.: Equine-Assisted Psychotherapy (EAP) oder Equine-Facilitated (Psycho-)Therapy, (EFP/ EFT)) mit einigen traumaspezifischen Unterformen (siehe Abbildung 1). Weltweit finden sich einzelne Arbeitsmodelle, die ein standardisiertes und qualitätskontrolliertes therapeutischen Angebot anstreben, inklusive einer geregelten Professionalisierung des Feldes und einer hochwertigen und kontinuierlichen Qualifizierung der Anbieterinnen. Als Beispiel sei hier das Modell der Equine-Assisted Growth and Learning Association (EAGALA) genannt, welches die Interaktion des Menschen

² Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

mit dem Pferd am Boden nutzt und daher auch für psychotherapeutische Anwendungsgebiete geeignet ist (Equine Assisted Growth and Learning Association, 2015; *Notgrass & Pettinelli, 2015*). Der EAGALA-Ansatz umfasst konkret zwei mögliche Einsatzformen, Equine-Assisted Learning (EAL) und Equine-Assisted Psychotherapy (EAP), wobei EAL dem Konzept der „Tiergestützten Aktivität“ zuzuordnen ist und EAP im Bereich der „Tiergestützten Therapie“ verortet werden kann. EAL fokussiert dabei konkrete Lern- und Entwicklungsziele, wie z. B. die Vermittlung sozialer Kompetenzen oder Kommunikationsfähigkeiten, in der Anwendung auf nicht psychisch erkrankte Zielgruppen, während EAP bei klinischen Indikationen Anwendung findet.

Für den EAGALA-Ansatz charakteristisch ist die therapeutische Arbeit mit zwei Fachkräften, mindestens einem Pferd und einer oder mehreren Betroffenen. Eine Fachkraft besitzt dabei Expertise in der Arbeit mit Pferden, während die andere Fachkraft dem Behandlungsziel entsprechend ausgebildet ist (z. B. als Psychotherapeutin). Da das EAGALA-Modell das natürliche Verhaltensspektrum von Pferden so unberührt und uneingeschränkt wie nur möglich für die therapeutische Arbeit nutzen möchte, folgt dieser Ansatz zudem dem Prinzip der reinen Arbeit vom Boden in freier Interaktion mit den Pferden, ohne Hilfsmittel, wie Halfter oder Führstricke, und ohne typische domestizierende Nutzungsformen des Pferdes, wie etwa Reiten. Genutzt werden bei Bedarf Materialien, welche die Interaktion und die Bildung von Metaphern fördern können, wie Tonnen, Ringe, Hindernisse o. Ä., aber auch traumabezogene oder für die Patientin bedeutsame Objekte (siehe Abbildung 2).

Die (Psycho-)Therapeutin geht non-direktiv vor und fördert die erfahrungsorientierte Interaktion der Teilnehmerin mit den Tieren. Dabei stellt das Therapeutinnen-Team den Teilnehmerinnen beschreibende Fragen zum Geschehen und Erleben in der Situation, welche die Exploration des eigenen Erlebens und Verhaltens anregen. Diese sollen zudem die Bildung von Metaphern und Interpretationen der Teilnehmerin für die erlebte Situation unterstützen. Gleichzeitig regt das Vorgehen des therapeutischen Teams zu neuem oder modifiziertem Erleben oder Verhalten in der aktuellen Situation an und fördert den Transfer in Alltagssituationen. Patientinnen lernen so in der Interaktion mit den Tieren und in der Exploration durch das Therapeutinnen-Team die Wirkung ihres eigenen Verhaltens besser kennen. Sie erhalten zudem in einem erfahrungs- und handlungsorientierten Rahmen die Möglichkeit, eigenes Verhalten zu modifizieren und anhand der metaphorischen Wirkung in Situationen außerhalb der Therapie zu übertragen (Equine Assisted Growth and Learning Association, 2015; *Notgrass & Pettinelli, 2015*). Ähnliche Bestandteile finden sich auch in Modellen der Human-Equine Alliances for Learning (HEAL) und der Equine-Facilitated Mental Health Association (EFMHA, siehe Abbildung 1). Die EFMHA verwendet in der begrifflichen Bezeichnung die Synonyme Equine-Facilitated (Psycho-)Therapy (EFP/EFT) und unterscheidet sich vom EAGALA-Modell, z. B. durch die zusätzliche Option des

Reitens. Eine besondere Form stellt dabei das sogenannte Therapeutic Mobile Setting dar, d. h. dass das therapeutische Gespräch während des gemeinsamen Reitens von Patientin und (Psycho-)Therapeutin stattfindet (Bachi, Terkel & Teichman, 2012). Auch das Modell der Professional Association of Therapeutic Horsemanship International (PATH Intl.), bei dem (Psycho-)Therapeutin und Pferdespezialistin in einer Person vereint sind, arbeitet unter anderem mit Reitaktivitäten (Gomez, 2016; *Staudt & Cherry, 2017*).



Abbildung 2: Pferd mit Uniform bei der Behandlung traumatisierter Soldatinnen (Foto: Loni Brants)

Wirkmechanismen tiergestützter Interventionen

Zahlreiche Studien zur Wirksamkeit tiergestützter Interventionen berichten positive Effekte, wie z. B. ein gesteigertes Selbstwirksamkeitserleben, verbesserte soziale Kompetenzen und Bewältigungsfähigkeiten sowie ein verringertes physiologisches und emotionales Stresserleben (Beetz, Uvnäs-Moberg, Julius & Kotrschal, 2012; Berget, Ekeberg & Braastad, 2008). Hinter diesen Effekten werden verschiedene Wirkmechanismen vermutet. Neben Erklärungen auf der Ebene der (psycho-)therapeutischen Beziehung, wie der Bin-

dungstheorie nach Bowlby (Bowlby, 1988) und dem personenzentrierten Behandlungsansatz nach Rogers (Lux, 2010), existieren auch Erklärungsansätze auf der evolutionären und biopsychologischen Ebene, z. B. die Biophilie-Hypothese und die Oxytocin-Hypothese (Beetz et al., 2012; Mayfield, 2016). Dabei schließen sich diese Erklärungsansätze nicht gegenseitig aus, sondern erscheinen eher ergänzend relevant.

Betrachten wir die Erklärungsansätze auf Beziehungsebene genauer, so gilt die Qualität der (psycho-)therapeutischen Beziehung als ein zentraler Faktor für den Behandlungserfolg, z. B. weisen (Psycho-)Therapeutinnen mit besseren sozialen Fähigkeiten auch stärkere Therapieerfolge auf (Anderson, Crowley, Himawan, Holmberg & Uhlin, 2016). Nach Rogers soll die therapeutische Grundhaltung mit den Merkmalen Kongruenz, Empathie und bedingungsloser Zuwendung die Mensch-Mensch-Interaktion in der Therapie fördern und damit die Entwicklung der Betroffenen heilsam beeinflussen (Lux, 2010). Betrachtet man positiv erlebte Mensch-Tier-Interaktionen, so finden sich diese Merkmale im natürlichen Verhalten von Tieren und deren Wahrnehmung durch den Menschen wieder. So nehmen Menschen die Interaktion mit einem Tier aufgrund einer als bedingungslos wahrgenommenen Zuwendung häufig als bewertungsfreies Beziehungsangebot wahr. Darüber hinaus erleben Menschen das Verhalten von Tieren als konsistent. Mögliche Inkongruenzen wie beim Menschen, z. B. durch die Fähigkeit sich zu verstellen, treten nicht auf (Mayfield, 2016). Mit diesem natürlichen Verhaltensspektrum bieten Tiere so eine förderliche Atmosphäre im (psycho-)therapeutischen Kontext und ermöglichen Beziehungserfahrungen, die in der Mensch-Mensch-Interaktion nicht oder nur begrenzt für den Betroffenen herzustellen sind (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985).

Aus einer evolutionären Perspektive postuliert die so genannte Biophilie-Hypothese, dass beim Menschen eine allgemeine Vorliebe für alles Lebendige und Natürliche aufgrund der gemeinsamen stammesgeschichtlichen Vergangenheit bestehe und daher auch eine hohe Beziehungsbereitschaft zu Tieren vorhanden sei (Kahn, 1997). Dieses Argument spiegelt sich beispielsweise auch in der unvoreingenommenen und begeisterungsfähigen Reaktion von Kindern auf Tiere wider. Darüber hinausgehend fokussiert der sog. biopsychologische Erklärungsansatz auf die Ausschüttung des Peptidhormons Oxytocin in der Interaktion zwischen Mensch und Tier. Oxytocin spielt eine besondere Rolle in der vertrauten zwischenmenschlichen Interaktion und hat hierbei zahlreiche Effekte auf die Physiologie und Psyche. Die Ausschüttung von Oxytocin bewirkt ein höheres Vertrauen in sein Gegenüber, stärkt die Bindung und das eigene Wohlbefinden. Zudem hat es eine entspannende physiologische Wirkung und senkt die Herzrate, den Blutdruck und den Stresshormonspiegel. Diese Effekte wurden sowohl indirekt über Verhaltensindikatoren als auch direkt über einen erhöhten Oxytocin-Spiegel in mehreren Studien zum Tierkontakt nachgewiesen. Diese beziehungsförderlichen Effekte können mit Tieren schon im Erstkontakt auftreten und weisen auf potentielle Mechanismen

hin, durch die sich eine Einbeziehung von Tieren positiv auf den (psycho-)therapeutischen Prozess auswirken kann (Beetz et al., 2012).

Besonderheiten der psychotherapeutischen Arbeit mit Pferden

Tiergestützte Arbeit verspricht zahlreiche positive Effekte und einen potentiell ganzheitlichen Nutzen in der Behandlung psychischer Störungen. Dabei zeigen sich die oben erläuterten, allgemeinen Wirkmechanismen artenübergreifend (Beetz et al., 2012; Luborsky et al., 1985; Mayfield, 2016). Entsprechend stellt sich die Frage nach möglichen artenspezifischen Indikationen, d. h. nach Gründen für die spezifische Nutzung von Pferden. Im Gegensatz zu Hunden oder auch Katzen sind Pferde kostenintensiver, örtlich weniger flexibel einsetzbar und organisatorisch aufwendiger (Prothmann, 2012). Die Frage nach pferdespezifischen Indikationen beantwortet sich anhand der Betrachtung speziesspezifischer Merkmale von Pferden: der große und kräftige Körperbau dieser Tiere ruft in ihren menschlichen Interaktionspartnerinnen häufig Respekt und zugleich Faszination hervor (Frewin & Gardiner, 2005). Das ausgeprägte Sozialverhalten von Pferden liefert in der psychotherapeutischen Arbeit aufgrund vieler möglicher Parallelen zum menschlichen Sozialleben die Grundlage für Analogieschlüsse und Interpretationen. Beispielsweise bilden die Interaktionen der Pferde im Herdenverbund metaphorische Bilder für die Rollen, die eine Patientin in ihrem sozialen und familiären Umfeld einnimmt. Durch die angeleitete Beobachtung von Interaktionen zwischen den Pferden, die von den Patientinnen als Konflikte, Sympathien/Antipathien oder gegenseitige Fürsorge etc. gedeutet werden, erschließen sich Patientinnen über die Identifikation mit einem Tier in der Herde ein jeweils dazugehöriges Rollenmuster und -verhalten (Equine Assisted Growth and Learning Association, 2015). So werden persönliche Themen in der Arbeit mit den Pferden in einer Art Stellvertretersituation zugänglich, emotional erfahrbar und gleichzeitig handlungsorientiert bearbeitbar, was schließlich einen Transfer in die reale Lebenssituation der Betroffenen ermöglicht (Notgrass & Pettinelli, 2015). Eine weitere Besonderheit der Spezies Pferd stellt ihre hohe Aufmerksamkeit und Empfindsamkeit gegenüber Stimmungen dar (Bachi, 2013). Als Herden- und Beutetiere besitzen sie eine hohe Vigilanz und Reaktionsbereitschaft, um Gefahren untereinander schneller kommunizieren und darauf reagieren zu können (Bachi, 2013; Frewin & Gardiner, 2005). Dies ermöglicht, das Pferd in der Interaktion mit Menschen als eine Art Biofeedback zu nutzen, indem die Pferde die Emotionen und Stimmungen ihres Gegenübers spiegeln (Johansen, Arfwedson Wang, Binder & Malt, 2014). Beispielsweise ließ sich in einer Studie zeigen, dass Pferde in der Lage sind, zwischen mimischen Ausdrücken beim Menschen zu unterscheiden, im Detail reagierten die Pferde auf negative Gesichtsausdrücke mit einer erhöhten Herzrate und einem charakteristischen Vermeidungsverhalten (Smith, Proops, Grounds, Wathan & McComb, 2016). Diese beobachtete Empfindsamkeit von

Pferden gegenüber Menschen zeigte sich auch physiologisch, beispielsweise in einer übereinstimmenden Variation der Herzrate des Pferdes und seines menschlichen Interaktionspartners (Keeling, Jonare & Lanneborn, 2009) sowie in einem positiven Zusammenhang zwischen dem Kortisolspiegel von Kindern und dem ihrer Therapiepferde (Yorke, 2010). Eine weitere mögliche physiologische Interaktion zwischen Mensch und Pferd liegt in der feinen olfaktorischen Wahrnehmung der Tiere begründet: eine Studie konnte feststellen, dass Pferde die chemischen Signale von Menschen bzgl. Angst und Freude differenzieren und mit unterschiedlichen

— Laut mehreren Befunden reagieren Pferde womöglich nicht nur schneller, sondern auch konsistenter bei der Vermittlung eines emotionalen Feedbacks, als es eine Psychotherapeutin je könnte. —

autonomen Reaktionen darauf reagieren (Lanata et al., 2018). Es konnte zudem eine systematische Wechselwirkung der Herzratenvariabilität (HRV) in der Interaktion von Mensch und Pferd sichtbar gemacht werden. Hierbei kam es in verschiedenen Interaktionsformen (keine Interaktion, visuell-olfaktorische Interaktion, pflegende Interaktion) zu signifikanten Unterschieden im Zusammenspiel der HRV beider Organismen (Lanata, Guidi, Valenza, Baragli & Scilingo, 2017).

Diesen Befunden nach reagieren Pferde womöglich nicht nur schneller, sondern auch konsistenter bei der Vermittlung eines emotionalen Feedbacks, als es eine Psychotherapeutin je könnte (Bachi, 2013). Laut einer Studie konnte die Beziehung zwischen Eltern und ihren psychisch erkrankten Kindern mittels pferdegestützter Psychotherapie verbessert werden (Schultz, 2005); es profitieren von diesem Feedback zwischen Pferd und Mensch also auch Beziehungen außerhalb des therapeutischen Settings. Pferde können zudem sowohl sichtbare als auch für uns nicht sichtbare Befindlichkeitsmerkmale von Menschen aufnehmen und darauf reagieren, was diese für die Psychotherapie in der konkreten Situation, d. h. im aktuellen Erleben und Verhalten, erfahrbar und bearbeitbar macht (Papke, 1997). Darüber hinaus erfordert die Interaktion mit Pferden die Kongruenz vom inneren Empfinden und äußeren Ausdrucksverhalten und fördert so eine gewisse Authentizität ihres Gegenübers (Mayfield, 2016). Psychotherapeutisch relevant ist dies beispielsweise in der Identifizierung und Bearbeitung von widersprüchlichem Erleben und Verhalten bei Patientinnen, wie einer hohen inneren Anspannung bei scheinbarer äußerer Gelassenheit. Insbesondere die zeitlich hochkohärente Reaktion von Pferden schafft dabei einen erfahrungs- und handlungsorientierten Rahmen für Lern- und Entwicklungsprozesse der Patientinnen. Welchen Stellenwert ein Pferd bei Patientinnen in der Psychotherapie entwickeln kann, zeigte eine Erhebung viele Jahre nach einer beendeten pferdegestützten Psychotherapie, in der die Patientinnen das Pferd als einen der entscheidenden Bestandteile der Therapie bewerteten (Tuuvas, Carlsson & Norberg, 2017).

Besonders in der Arbeit mit bestimmten Zielgruppen, etwa Patientinnen mit einer starken Tendenz zur Vermeidung des Erlebens von Gefühlen im klassischen Behandlungssetting, zeigt die Arbeit mit Pferden einen weiteren Vorteil. Der Umgang mit Pferden, wie in der Pflege von Pferden, der Reitaktivität, aber eben besonders auch bei der freien Interaktion vom Boden aus, erlauben eine Auflockerung des frontalen Charakters einer Psychotherapie (Bachi et al., 2012). Dies scheint insbesondere bei starken Scham- und Unsicherheitsgefühlen der Patientinnen förderlich. Die Nutzung von stellvertretenden Beziehungen zwischen den Pferden oder zwischen dem Pferd und der Betroffenen erweist sich besonders bei Patientinnen mit pathogenen Beziehungserfahrungen als hilfreich, wie etwa bei Borderline-Persönlichkeitsstörung, da bestimmte Beziehungsqualitäten in der Mensch-Mensch-Beziehung typischerweise schwer zugänglich sind. Die oben beschriebene hohe Vigilanz und Sensibilität von Pferden scheinen zudem besonders bei starker Übererregbarkeit oder emotionaler Betäubung therapeutisch hilfreich, wie es z. B. bei PTBS-Patientinnen charakteristisch ist, erste Studien zur pferdegestützten Psychotherapie bei Traumafolgestörungen konnten hier Hinweise liefern (siehe unten).

Kostenübernahme und Anlaufstellen für pferdegestützte Psychotherapie

Die Kosten einer pferdegestützten Psychotherapie werden durch die gesetzlichen Krankenversicherungen bisher nicht regelhaft übernommen. Insbesondere bei chronifizierten und therapierefraktären Erkrankungen besteht aber die Möglichkeit, einen Antrag auf Erstattung durch die gesetzliche Krankenkasse für diesen Behandlungsansatz zu stellen. Auch übernehmen Stiftungen oder Vereine, die sich in der Behandlung psychischer Erkrankungen engagieren, teils die Förderung von Behandlungskosten. Pferdegestützte Interventionen lassen sich auch gut als Ergänzung zu einer Therapie in der Regelversorgung durchführen, sodass ein Großteil der Gesamtbehandlung über die reguläre Krankenversicherung finanziert ist. Empfehlenswert ist es, wenn niedergelassene Psychotherapeutinnen zu diesem Zweck direkten Kontakt zu den pferdegestützt arbeitenden Kolleginnen aufnehmen und Zielsetzung, Umfang, Dauer usw. der ergänzenden Sitzungen besprechen. Weiterführende Informationen über die Therapiemethode finden sich zumeist über die Webpräsenz des jeweiligen Dachverbandes oder von fortbildenden Institutionen, wie beispielweise unter folgenden Links:

www.eagala.org
www.humanequinealliance.com
www.pathintl.org
www.ipth.de
www.berufsverband-pi.de
www.dkthr.de
www.reittherapie-verband.de
www.esaat.org
www.aat-isaat.org

Wirksamkeit pferdegestützter Interventionen bei Traumafolgestörungen

Die Literatur zu Traumafolgestörungen fokussiert zumeist auf zwei Gruppen von Betroffenen: zum einen Menschen, die in ihrer Kindheit Misshandlungen und Missbrauch erfahren haben, zum anderen einsatzerfahrene Soldatinnen bzw. Veteraninnen.

Für Menschen mit wiederholten Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit wird zuweilen auch der Begriff des komplexen Traumas verwendet. In Folge entwickeln sich bei Betroffenen eine Bandbreite an Defiziten in der Selbstregulation und im Beziehungsverhalten. Die Folgen sind unter anderem lebenslanges Wiedererleben der Traumata sowie zahlreiche psychiatrische Komorbiditäten wie Substanzabhängigkeiten, Depressions- und Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung etc. (Cook et al., 2005). Das komplexe Störungsbild und die Auswirkungen auf das Beziehungsverhalten deuten auf die bereits benannte Komplexität in der psychotherapeutischen Behandlung hin. Der Aufbau einer psychotherapeutischen Beziehung ist zumeist durch die erlebten Enttäuschungen mit früheren Bezugspersonen erschwert. Eine Anzahl von Studien zur psychotherapeutischen Arbeit mit Pferden aber zeigen erste vielversprechende Ergebnisse in der Behandlung dieser speziellen Zielgruppe. In den Studien liegt ein Fokus auf dem Einfluss pferdegestützter Therapie auf das allgemeine Funktionsniveau der traumatisierten Kinder und Jugendlichen und sie liefern erste Hinweise, dass mittels therapeutischen Einsatzes von Pferden eine Verbesserung des psychischen und sozialen Funktionsniveaus erzielt werden kann (Kruger, 2012; Naste et al., 2018; Schultz, Remick-Barlow & Robbins, 2006). Die Kinder und Jugendlichen wiesen nach der pferdegestützten Therapie mit Blick auf zwischenmenschliche Fertigkeiten einen verbesserten Umgang mit Anderen auf, zeigten stärkere kommunikative und emotionale Kompetenzen sowie ein allgemein verbessertes Beziehungsverhalten (Kruger, 2012; Naste et al., 2018). In drei Fallstudien zum Einsatz von Equine Facilitated Therapy for Complex Trauma (EFT-CT) wurden verschiedene Effekte festgestellt: eine Verbesserung des Bewusstseins für affektive und sensorische Zustände, im Umgang mit den Tieren ein verstärktes Gefühl von Sicherheit und Handlungsfähigkeit sowie Hinweise für einen Rückgang von depressiver, somatischer und Angstsymptomatik bei Kindern und Jugendlichen mit traumatischen Beziehungserfahrungen. Die Teilnehmerinnen wiesen nach der entsprechenden Therapie zudem verbesserte Bewältigungsstrategien auf und zeigten weniger somatische Dysregulation bzw. dysreguliertes Verhalten (Naste et al., 2018). Eine andere Studie (Signal, Taylor & Botros, 2013) fokussierte die depressive Symptomatik von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt hatten. Durch den psychotherapeutischen Einsatz von Pferden basierend auf dem EAGALA-Modell konnten deutliche positive Auswirkungen auf die Symptomatik beobachtet werden, insbesondere bei den jüngsten Teilnehmerinnen. Auch Kruger (Kruger, 2012) kommt in einer

Studie zu der Schlussfolgerung, dass das Pferd ein effektives therapeutisches Medium für Kinder und Jugendliche mit Missbrauchserfahrungen darstellt. Die Studie beleuchtete die Beeinflussung des allgemeinen Funktionsniveaus von Kindern und Heranwachsenden, die schweren Missbrauch oder Vernachlässigung erfahren hatten, in Bezug auf eine spezialisierte Methode namens „Trauma-Focused Equine-Assisted Psychotherapy“ (TF-EAP). Besagte Untersuchung verglich dabei insbesondere die physiologischen und psychologischen Regulationsfähigkeit der Teilnehmerinnen vor und nach der sechsmonatigen TF-EAP-Anwendung – und wies dabei mehrere positive Resultate auf: So zeigten sich etwa signifikante Verbesserungen des schulischen und häuslichen Verhaltens, des Sozialverhaltens, der Kommunikation und der Stimmung.

Aber nicht nur Kinder und Jugendliche mit Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen stellen eine für psychotherapeutische Maßnahmen schwierig zugängliche Zielgruppe dar. Auch im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie finden sich schwer behandelbare, im Erwachsenenalter erlebte Traumata, die den Bedarf an alternativen Behandlungsansätzen verdeutlichen. Insbesondere einsatzerfahrene Soldatinnen bzw. Veteraninnen sind im Zusammenhang therapierefraktärer Traumafolgestörungen relevant. Diese Zielgruppe entwickelt eine sich in Erlebensqualität und Behandlungsfähigkeit unterscheidende PTBS im Vergleich zum in der Allgemeinbevölkerung üblichen Beschwerdebild (Fragedakis & Toriello, 2014). Neben bei der Klientel vermehrt auftretenden Schwierigkeiten damit, Probleme zu verbalisieren (Duncan, Critchley & Marland, 2014), haben Soldatinnen überdies zumeist eine kritische Einstellung gegenüber Psychotherapie. Die Annahme von psychologisch-psychotherapeutischen Hilfsangeboten wird häufiger mit der Wahrnehmung von Schwäche, mit der Angst vor einem veränderten Umgang der Vorgesetzten mit einem selbst und einer Gefährdung der Berufslaufbahn in Verbindung gebracht (Gibbs, Rae Olmsted, Brown & Clinton-Sherrod, 2011). Erste Studien und Erfahrungsberichte von Soldatinnen weisen jedoch auf das Potenzial pferdegestützter Interventionen in der Behandlung therapierefraktärer Traumafolgestörungen hin. Dabei fällt besonders auf, dass unter Einsatz verschiedener pferdegestützter Behandlungsmethoden die Teilnehmerinnen auch nach kurzen Behandlungszeiten (z. B. drei Wochen) von den Programmen profitierten (Johnson et al., 2018). Die Behandlungszeiten in untersuchten Programmen variierten von wenigen Wochen bis mehreren Monaten und scheinen den Teilnehmerinnen einen alternativen Zugang zu sich selbst bzw. ihren Belastungen zu ermöglichen (Ferruolo, 2016; Gomez, 2016; Johnson et al., 2018; Krob, 2015; Masters, 2010). Dabei fördert die Arbeit mit den Pferden beispielsweise die Fähigkeit zur Introspektion und Reflexion der Teilnehmerinnen (Ferruolo, 2016). In Selbstberichten beschrieben Soldatinnen ein verbessertes Bewusstsein für ihre eigenen Gefühle, ein stärkeres Empfinden von Selbstbeherrschung und ein verbessertes Selbstwertgefühl (Ferruolo, 2016; Gomez, 2016), zudem war eine verbesserte Lebensqualität und eine höhere soziale Funktionsfähigkeit nachweisbar (Ferruolo, 2016; Gomez, 2016; Johnson et al., 2018; Krob,

2015; Masters, 2010). Aufgrund der verbesserten sozialen und emotionalen Fähigkeiten der Betroffenen profitierte auch das soziale Umfeld der Soldatinnen von der Behandlung (Duncan et al., 2014; Ferruolo, 2016; Gomez, 2016; Krob, 2015). Angehörige und der Freundeskreis zeigen sich häufig schwer durch den sozialen Rückzug und die mögliche Ablehnung von Hilfsangeboten belastet (Duncan et al., 2014). Nach der Teilnahme an pferdegestützten Programmen äußerten Betroffene hingegen eine geringer ausgeprägtes Empfinden sozialer Isolation sowie ein gesteigertes Vertrauen in ihr Umfeld (Gomez, 2016). In einem kanadischen Behandlungsprogramm namens *CanPraxis* wurde im Besonderen die Arbeit mit dem Lebenspartner oder der Lebenspartnerin genutzt, um die positiven Effekte der pferdegestützten Arbeit bei Kommunikation und Konfliktlösung in einer Beziehung zu fördern (Duncan et al., 2014). Eine Studie in Deutschland nahm die Effekte einer pferdegestützten Intervention nach der EAGALA-Methode für solche Paare in den Blick, in denen eine Hälfte des Paares unter einsatzbedingten Traumafolgestörungen leidet, und konnte eine Verbesserung der empfundenen Partnerschaftsqualität, ein geringeres Auftreten negativer Stimmungen bei den Paaren sowie eine Abnahme von Stresssymptomen bei den Betroffenen zeigen (Köhler et al., 2017).

Ein Teilnehmer über die pferdegestützte Therapie nach der EAGALA-Methode bei einsatzbedingten Traumafolgestörungen

Warum pferdegestützte Therapie? Was ist besonders? Was ist anders als an anderen Therapien? Wie sind persönliche Erfahrungen dazu?

„Das Besondere an den Pferden ist, dass sie durch ihre Art in der Lage sind, einen zu spiegeln; nicht nur das eigene Verhalten, sondern auch die Seele und Gefühle. Das Konzept beruht darauf, dass man in besonderem Maße eigene Erkenntnisse für sich erarbeitet und das hat mir geholfen, Dinge zu verstehen und zu verinnerlichen. Die gleichen Dinge hatte man mir in den vorangegangenen Jahren zimal gesagt, sie sind aber nie bei mir angekommen. Z. B. hatte ich immer den Eindruck, ich könne schneller wieder gesund werden, wenn ich nur schneller und mehr Therapie machen würde. Immer wieder sagte man mir, es brauche die Zeit, die es brauche. Erst die Pferde haben mich dies erkennen lassen.“

„Die Pferde geben einem ein gutes Gefühl, weil sie gut riechen, warm, weich und groß sind. Es ist einfach schön, in ihrer Nähe zu sein. Es kommt einem beinahe so vor, als würde man schnell in die Herde aufgenommen; das schafft ein Zugehörigkeitsgefühl.“

„Ein weiterer großer Vorteil für mich ist, dass das Arbeiten mit den Pferden nicht auf Worte angewiesen ist, sondern nonverbal funktioniert. Mir fällt es gerade im Zusammenhang mit der Erkrankung schwer, Dinge in Worte zu fassen. Bei den Pferden wird das auch nicht von mir erwartet und dennoch habe ich viele Erkenntnisse gewinnen können.“

„An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass die Woche Pferdetherapie harte Arbeit und sehr anstrengend ist und leider nicht – wie man leicht denken könnte – ein Urlaub auf dem Ponyhof.“

Neben der bewussteren Wahrnehmung der eigenen Emotionen und inneren Erregungszustände äußerte sich die verbesserte mentale Gesundheit bei den Teilnehmerinnen auch im vermehrten Erleben positiver Gefühle und der verminderten Gegenwart von Ängsten und Aggressionen (Gomez, 2016). In einigen Studien lag der Fokus zudem konkret auf der Reduktion klinisch relevanter Symptomatik der Traumafolgestörungen. Die positive Auswirkung des Pferdekontaktes konnte auch hier in Form der Abnahme von depressiver und PTBS-Symptomatik beobachtet werden (Duncan et al., 2014; Earles, Vernon & Yetz, 2015; Gomez, 2016; Johnson et al., 2018; Lanning & Krenek, 2013; Malinowski et al., 2018). Eine Verringerung der physiologischen Übererregung bei PTBS konnte zudem anhand einer gesunkenen Herzrate bei den Veterinärinnen in der Arbeit mit Pferden sichtbar gemacht werden (Malinowski et al., 2018). Auch ergaben sich bereits Hinweise auf den Einfluss der Behandlungsdauer: In einer explorativen Studie zu einem 24-wöchigen Veteranenprogramm auf Basis von EAA nach dem PATH-Modell konnte ein positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der psychischen Genesung und der Anzahl durchgeführter Sitzungen abgebildet werden (Lanning & Krenek, 2013). Ein ähnlicher Effekt wurde im Verlauf eines sechswöchigen reittherapeutischen Programms festgestellt, in dem sich eine erste Wirkung nach drei Wochen einstellte und bis zum Ende des Programms weiter intensivierte, d. h. am Ende des Programms erfüllten die Teilnehmerinnen zum Teil nicht mehr die Diagnosekriterien einer PTBS (Johnson et al., 2018).

Die beschriebenen Studien liefern wichtige Hinweise, dass pferdegestützte psychotherapeutische Arbeit den besonderen Bedürfnissen traumatisierter Soldatinnen entsprechen kann. Dies spiegelt sich auch in einer zum Teil starken Adhärenz zum jeweiligen Behandlungsprogramm wider. So fand sich etwa nach Ende eines pferdegestützten Programms eine Steigerung der eingeschätzten emotionalen und sozialen Isolation seitens der Veterinärinnen, welche u. a. mit der von den Soldatinnen berichteten Angst und Trauer im Zusammenhang mit dem nahenden Behandlungsende begründet wurde (Johnson et al., 2018). Darüber hinaus zeigen wissenschaftliche Ergebnisse, dass die positiven Effekte pferdegestützter Behandlungen nicht von einer persönlichen Vorliebe für Pferde abhängen, da auch Patientinnen von dem pferdegestützten Therapieprogramm profitierten, die sich im Kontakt mit Pferden eher unwohl fühlten (Earles et al., 2015).

Der aktuelle Forschungsstand zu pferdegestützter Behandlung bei Traumafolgestörungen geht aber auch über die geschilderten Zielgruppen hinaus. Beispielsweise konnte bei Frauen, die interpersonelle Gewalt erfahren haben, nach einem achtwöchigen pferdegestützten Therapieprogramm (EAP) eine deutliche Verbesserung der Selbstwirksamkeit, der depressiven Symptomatik sowie des allgemeinen Funktionsniveaus gezeigt werden (Whittlesey-Jerome, 2014). Zudem ließ sich neben der Verbesserung von Angst- und Depressionssymptomen auch eine Verringerung erlebter Dissoziationen bei Frauen mit PTBS und Borderline-Persönlich-

Gab es ein konkretes Aha-Erlebnis aus der pferdegestützten Therapie?

„Ein besonderes Erlebnis hatte ich bei einer Übung, bei der wir einen Parcours aufgebaut hatten und das Pferd hindurchführen sollten. Ich habe mich da sehr abgemüht, da das Pferd sich einfach nicht bewegt hat. Ich habe es liebevoll, streng und böse versucht und nichts hat geholfen. Es passierte nichts. Nach einer gefühlten Ewigkeit gab mir eine der Therapeutinnen den Hinweis, ich könne auch ein Halfter verwenden. Dies half sofort und das Pferd folgte mir. Dies hat mir gezeigt, dass ich auch einfach mal Hilfe annehmen kann und darf.“

Welche Effekte hatte die pferdegestützte Therapie im Alltag?

„Mit den Pferden zu arbeiten war doch etwas, was sehr tief ging, und auch deshalb etwas ist, was lange nachgewirkt hat.“

„Für den Alltag konnte ich viele Dinge mitnehmen:

- Hilfe annehmen,
- den Mut und die Kraft daraus schöpfen, meine Therapie weiter zu machen, auch wenn sie schmerzhaft und anstrengend ist,
- neues Vertrauen gewinnen, dass mich meine Mitmenschen so annehmen wie ich bin – so wie es auch die Pferde tun,
- es bleibt ein gutes Gefühl, immer wenn ich Pferde sehe.“

„Ich bin froh und dankbar für diese Erfahrungen und möchte sie nicht missen.“

J., männlich, 38 Jahre

keitsstörungen nach einer zehnwöchigen pferdegestützten Behandlung nach dem HEAL-Ansatz nachweisen (Shambo, Seely & Vonderfecht, 2008).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass pferdegestützte Psychotherapien bei PTBS und anderen Traumafolgestörungen eine wirkungsvolle, alternative Behandlungsmethode darstellen könnten. Eine abschließende Beurteilung der Wirksamkeit für verschiedene Zielgruppen sowie verschiedene Ansätze muss in weiteren systematischen und methodisch anspruchsvollen Untersuchungen, insbesondere in randomisiert-kontrollierten Studien, weiterverfolgt werden.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die erläuterten Besonderheiten, welche die Arbeit mit Pferden im psychotherapeutischen Setting bietet, sowie die berichteten Studienergebnisse zur Anwendung pferdegestützter Therapien bei Traumafolgestörungen legen eine hohe Responsivität dieser Patientinnen auf pferdegestützte Psychotherapie nahe. Die vorliegenden Studien zeigen vielversprechende positive Effekte pferdegestützter Arbeit in der Behandlung komplexer bzw. chronischer Traumafolgestörungen, die mitunter therapierefraktären Charakter aufweisen. Diese positiven Wirkungen zeigten sich mit wie ohne

positive Voreinstellungen gegenüber dieser Haustierart und bereits bei relativ kurzer Interventionsdauer. Zudem zeigten sich gewünschte Effekte sowohl auf krankheitsspezifischer Ebene, z. B. in der Abnahme von psychopathologischen Symptomen, als auch auf Ebene des allgemeinen Funktionsniveaus, etwa in Form verbesserter sozialer Kompetenzen. Dies lässt hoffen, dass pferdegestützte Psychotherapie für Patientinnen mit oft langer Leidens- und Therapiegeschichte eine effektive weitere Behandlungsmethode mit hoher Therapieadhärenz darstellen könnte. Auch wenn sich bisherige Studien zu pferdegestützter Therapie bei Traumafolgestörungen vor allem auf die oben benannten, besonders schwer behandelbaren Zielgruppen beziehen, lässt sich vermuten, dass pferdegestützte Arbeit als Alternative oder ergänzend zu etablierten Behandlungsplänen auch für andere Indikationen hilfreich sein kann. Auch stellen eine geringe Therapieadhärenz oder eine geringe Reagibilität auf das psychotherapeutische Standardvorgehen mögliche wichtige Indikationen für die pferdegestützte Arbeit dar. Der geringere Umfang sprachlicher Bestandteile in der pferdegestützten Psychotherapie prädestiniert die Methode zudem auch für Zielgruppen mit Sprachbarrieren, wie z. B. im Zusammenhang mit Migration und Flucht.

Kritisch anzumerken ist, dass in den vorliegenden Untersuchungen die Vielfalt der Ansätze und Einsatzformen groß ist und systematische und randomisiert-kontrollierte Studien noch rar gesät sind. Zudem fehlen konkrete Hinweise, welche Bestandteile der eingesetzten Programme besonders wirksam oder effektiv sind. Hinsichtlich der spezifischen Eignung der Arbeit mit Pferden für psychotherapeutische Zwecke erweist sich insbesondere die freie Interaktion mit den Pferden als nützlich. Gegenüber der klassischen domestizierenden Nutzung des Pferdes, wie in der Reittherapie, bieten die modernen Ansätze der pferdegestützten Psychotherapie den Vorteil, dass es keiner speziellen Fitness der Patientinnen bedarf, mögliche Berührungängste weniger ins Gewicht fallen und ein geringeres Verletzungsrisiko besteht. Systematische wissenschaftliche Gegenüberstellungen der einzelnen Methoden stehen aber noch aus. Insbesondere zur Erarbeitung konkreter Behandlungsempfehlungen mit dem Ziel einer Kostenübernahme im GKV-System, bedarf es daher weiterer Forschung. Laufende und neue randomisiert-kontrollierte Studien werden diese Forschungslücke zu einem vielversprechenden Behandlungsansatz hoffentlich zeitnah schließen und damit mehr Betroffenen den Zugang zu diesen Therapieformen erleichtern. Beispielhaft sei das laufende Projekt „Equidengestützte Therapie bei Veteranen mit therapierefraktären Traumafolgestörungen“ des Arbeitsfeldes Seelsorge für unter Einsatz- und Dienstfolgen leidenden Menschen (ASEM) des Evangelischen Kirchenamtes für die Bundeswehr in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin genannt, welches die Wirkung der pferdegestützten Arbeit nach dem EAGALA-Modell bei einsatzbedingten Traumafolgestörungen im Vergleich zu einer alternativen equidengestützten Intervention auf psychologischer sowie physiologischer Ebene untersucht.

Das Wichtigste in Kürze

- Die Therapie von PTBS und anderen Traumafolgestörungen bedarf verschiedener Behandlungsansätze, die den Beeinträchtigungen dieser Patientinnen und den besonderen Herausforderungen in der Therapie dieser komplexen Erkrankungen gerecht werden.
- Interaktionen mit dem Pferd lassen sich in der pferdegestützten Psychotherapie nutzen, um innere Prozesse der Patientinnen sichtbar bzw. erfahrbar zu machen. Gleichzeitig haben Patientinnen die Möglichkeit, eigenes Erleben und Verhalten in der Therapiesituation zu verändern und neue Herangehensweisen und Lösungen aktiv zu erleben.
- Pferdegestützte Psychotherapie kann den besonderen Anforderungen an eine Behandlung von PTBS begegnen und wichtige Behandlungserfolge bei Traumafolgestörungen erzielen.
- Zentrale Wirkungen, die in den Studien berichtet werden, beinhalten vor allem ein verbessertes emotionales und soziales Funktionsniveau sowie die Verringerung depressiver, ängstlicher und PTBS-bezogener Symptomatik.
- Eine Kostenübernahme von Pferdegestützter Psychotherapie wird durch die Krankenkasse gegenwärtig nicht regelhaft sichergestellt. Eine mögliche Finanzierung findet durch Antrag auf Kostenerstattung, als Förderung durch Vereine/Stiftungen und als Selbstzahler statt.

Beim Einsatz von Tieren im (psycho-)therapeutischen Rahmen bedarf es neben der Untersuchung der Effekte der Therapie auf die Patientinnen auch einer systematischen Beobachtung und Kontrolle der Belastungen der Tiere im Rahmen dieser spezifischen Nutzung. Es ist anzunehmen, dass insbesondere Zielgruppen mit erhöhtem Stresserleben bzw. hohem Erregungsniveau einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Tiere ausüben, d. h. dieser Aspekt besonderes Augenmerk verdient. Um festzustellen, ob sich Pferde durch einen therapeutischen Einsatz übermäßig belastet zeigen, hat beispielsweise eine Studie mit Veteraninnen nicht nur bei den Teilnehmenden, sondern auch bei den Pferden physiologische Parameter erhoben. Anhand der gemessenen Cortisolspiegel wie auch der Herzratenvariabilität konnte keine gesteigerte Stressbelastung nachgewiesen werden (*Malinowski et al., 2018*). Eine weitere Untersuchung verglich zudem das beobachtbare Stresserleben von Pferden mit PTBS-Patientinnen als Reiterinnen gegenüber der Situation mit einer professionellen Reiterin und auch hier zeigte sich kein übermäßiges Stresserleben bei den Tieren (*Johnson et al., 2018*). Wenngleich diese Erkenntnisse erste Hinweise bieten, dass eine

tierschutzgerechte Nutzung von Pferden im therapeutischen Setting möglich ist, bedarf es klar weiterer Studien zu den Auswirkungen der therapeutischen Nutzung auf die Tiere mit Blick auf verschiedene Zielgruppen, kurz- und langfristige Effekte, Einsatzdauer, Relevanz der Haltungsbedingungen etc.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

- Buck, P. W., Bean, N. & De Marco, K. (2017). Equine-Assisted Psychotherapy: An Emerging Trauma-Informed Intervention. *Advanced Social Work*, 18, 387.
- Duncan, C. R., Critchley, S. & Marland, J. (2014). Can Praxis: A Model of Equine Assisted Learning (EAL) for PTSD. *Canadian Military Journal*, 14, 64-69.
- Earles, J. L., Vernon, L. L. & Yetz, J. P. (2015). Equine-Assisted Therapy for Anxiety and Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 149-152.
- Ferruolo, D. M. (2016). Psychosocial Equine Program for Veterans. *Social Work*, 61, 53-60.
- Johnson, R. A., Albright, D. L., Marzolf, J. R., Bibbo, J. L., Yaglom, H. D., Crowder, S. M. et al. (2018). Effects of therapeutic horseback riding on post-traumatic stress disorder in military veterans. *Military Medical Research*, 5, 3.
- Köhler, K., Rose, C., Parent, I., Fischer, C., Zimmermann, P., Wilmund, G. et al. (2017). Die Wirksamkeit von pferdeunterstützter Intervention auf Partnerschaftsqualität, Symptomschwere einer PTBS, Stress und Depressivität von Soldaten und deren Partner. *Trauma*, 4, 80-91.
- Lanning, B. A. & Krenek, N. (2013). Examining effects of equine-assisted activities to help combat veterans improve quality of life. *Journal of Rehabilitation Research & Development (JRRD)*, 50, xv-xxii.
- Malinowski, K., Yee, C., Tevlin, J. M., Birks, E. K., Durando, M. M., Pournajafi-Nazarloo, H. et al. (2018). The Effects of Equine Assisted Therapy on Plasma Cortisol and Oxytocin Concentrations and Heart Rate Variability in Horses and Measures of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Veterans. *Journal of Equine Veterinary Science*, 64, 17-26.
- Naste, T. M., Price, M., Karol, J., Martin, L., Murphy, K., Miguel, J. et al. (2018). Equine Facilitated Therapy for Complex Trauma (EFT-CT). *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11, 289-303.
- Notgrass, C. G. & Pettinelli, J. D. (2015). Equine Assisted Psychotherapy. *Journal of Experiential Education*, 38, 162-174.
- Signal, T. D., Taylor, N. & Botros, H. (2013). Whispering to horses: Childhood sexual abuse, depression and the efficacy of equine facilitated therapy. *Australian and New Zealand Association for the Treatment of Sexual Abuse*, 5, 24-32.
- Smith, A. V., Proops, L., Grounds, K., Wathan, J. & McComb, K. (2016). Functionally relevant responses to human facial expressions of emotion in the domestic horse (*Equus caballus*). *Biology Letters*, 12, 20150907.
- Staudt, M. & Cherry, D. (2017). Equine-Facilitated Therapy and Trauma: Current Knowledge, Future Needs. *Advanced Social Work*, 18, 403.
- Whittlesey-Jerome, W. (2014). Adding Equine-Assisted Psychotherapy to Conventional Treatments: A Pilot Study Exploring Ways to Increase Adult Female Self-Efficacy among Victims of Interpersonal Violence. *The Practitioner Scholar: Journal of Counseling and Professional Psychology*, 3, 82-101.
- Yorke, J. (2010). The significance of human-animal relationships as moderators of trauma effects in children: a developmental neurobiological perspective. *Early Child Development and Care*, 180, 559-570.



Prof. Dr. Nina Romanczuk-Seiferth

Korrespondenzadresse:
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Campus Mitte
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin
nina.seiferth@charite.de

Prof. Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Nina Romanczuk-Seiferth ist Professorin für Neurobiologie der Psyche und Neuropsychotherapie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und ebendort an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (CCM) als Leitende Psychologin und psychologische Psychotherapeutin (VT) tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Neurobiologie von Emotion und Motivation, die neurobiologischen Grundlagen therapeutischer Interventionen sowie neuere psychotherapeutische Behandlungsansätze. Im Bereich pferdegestützter Psychotherapie ist sie sowohl wissenschaftlich als auch als EAGALA-zertifizierte Therapeutin für pferdeunterstütztes Lernen und Therapie aktiv.



M. Sc. Stefanie Schwitzer

stefanie.schwitzer@charite.de

M. Sc. Psych. Stefanie Schwitzer ist als Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung (VT) am Vivantes Humboldt Klinikum und im Zentralen Psychologischen Dienst des Vereins für Rehabilitation und Chancengleichheit (RC e. V.) in Berlin tätig. Sie arbeitet seit vielen Jahren an tiergestützten Konzepten und deren Umsetzung bei verschiedenen Zielgruppen, z. B. in Form des Projekts Theracaty®.

Verirrungen der bundesdeutschen Diskussion

Eine Polemik

Michael B. Buchholz & Horst Kächele

Zusammenfassung: Die empirische Therapie-Forschung ermittelt, dass formale Diagnosen (DSM, ICD) wenig relevant für das therapeutische Handeln sind. Sie zeigt uns genau, dass Psychotherapie *individualisiert* praktiziert wird, dass der *Interaktion*, insbesondere der Kunst respektlosen Respekts eine erhebliche Rolle zukommt und damit der Person der Psychotherapeutin¹, die es fertigbringen muss, *intime* Themen anzusprechen, ohne intim zu werden. Sie bestätigt, wichtig genug, was jede Psychotherapeutin, egal welcher Richtung, seit Jahren wissen kann und weiß. Doch die Politik tut so, als ob ein technokratisches Modell der Psychotherapie das Non-Plus-Ultra der Zukunft zu werden hätte. Gegen den empirischen Stand der Forschung, die Gespräch, Kontextualisierung, Lebensstil, Alter, persönliche Weltanschauungen – sog. transdiagnostische Variablen – für wesentlicher hält für das, woran Psychotherapeutinnen sich orientieren, als die Diagnose. Die Politik möchte Prüfungs- und Ausbildungsformen der Medizin angleichen – während die Forschung zeigt, dass Medizinalisierung eher Problem als Lösung ist.

Kontextuelles vs. medizinisches Modell

Vor bald 20 Jahren hatte ein US-amerikanischer Forscher (*Wampold, 2001*) den Wettstreit der therapeutischen Verfahren hinter sich gelassen und andere Vorgehensweisen entwickelt.² Er unterschied das „medizinische Modell“ vom „kontextuellen Modell“. Das „medical model“ ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- a) Die Patientin (oder Klientin) hat eine Krankheit (ein Problem, eine Beschwerde), deren Symptome als Zeichen einer zugrundeliegenden Störung gelesen und in eine diagnostische Taxonomie gruppiert werden.
- b) Die Krankheit wird durch eine psychologische Hypothese erklärt.
- c) Der „Mechanismus“ der Veränderung oder Heilung wird dem speziellen psychotherapeutischen Ansatz zugerechnet und leitet sich aus der Hypothese ab.
- d) Jedem psychotherapeutischen Ansatz eignen spezifische psychotherapeutische Ingredienzien.
- e) Es gibt einen spezifischen Faktor des psychotherapeutischen Ansatzes, der für eine spezielle Störung als wirksam identifiziert und letztlich in einer manualisierten Form beschrieben werden kann.

Das „contextual model“ besteht aus anderen Momenten:

- a) Psychotherapie wird als emotional hochbesetzte Beziehungsform angesehen, die eine hilfeschuchende Person ver-

trauensvoll mit einer professionellen Psychotherapeutin eingeht.

- b) Die Patientin glaubt – und diese Überzeugung bzw. Hoffnung wird nicht zerstört –, dass die Psychotherapeutin tatsächlich hilfreich handelt.
- c) Es gibt eine Art Plan oder Schema, vielleicht sogar einen Mythos, der eine plausible Erklärung für die Probleme liefert, und
- d) schließlich eine Art Ritual oder Prozedur, sie zu bewältigen. Entscheidend sei, dass die Patientin einen Zusammenhang zwischen ihrem Problem und der vorgeschlagenen Behandlung erkennen kann; das wird ihren Glauben an die Hilfe als wichtigen Faktor stärken.

Diese Hintergrundmodelle sieht Wampold auf einem spezifischen Abstraktionsniveau angesiedelt; über einzelnen psychotherapeutischen Techniken siedelt er großflächigere „Strategien“, darüber „theoretische Ansätze“ und erst auf oberstem Level die genannten meta-theoretischen Hintergrundmodelle an. Um über die Wirksamkeit von Techniken, Strategien oder Theorien mit empirischen Mitteln zu entscheiden, genüge es, entsprechende Studien durchzuführen; um jedoch über Hintergrundmodelle zu entscheiden, muss

1 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

2 Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

die gesamte empirische Literatur gesichtet, insbesondere durchgeführte Meta-Analysen zu Rate gezogen und Klarheit darüber geschaffen werden, dass beide Hintergrundmodelle höchst unterschiedliche Voraussagen machen. Sie ist für die derzeitige deutsche Situation von großer Bedeutung. Wampold kommt nämlich zu dem Schluss:

In this book, the scientific evidence will be presented that shows that psychotherapy is incompatible with the medical model and that conceptualizing psychotherapy in this way distorts the nature of the endeavor. Cast in more urgent tones, the medicalization of psychotherapy might well destroy talk therapy as a beneficial treatment of psychological and social problems. (Wampold, 2001, S. 2)

Die Prüfung der Hintergrundmodelle gegeneinander erwies sich gerade im Rückblick als kluge Entscheidung eines exzellenten Statistikers, der seine Befunde in der Neuauflage seines Buches (Wampold & Imel, 2015) aufrechterhalten und ausbauen konnte. Psychotherapie nach dem technokratisch-medizinischen Modell aufzufassen, heißt: eine Krankheit definieren, eine spezifische (u. a. biologische) Ursache dafür angeben und spezifische Veränderungsmechanismen definieren.

Psychotherapeutische Forschung wird gesteuert durch Förderprogramme, wie sie etwa vom mächtigen National Institute of Mental Health (NIMH) festgelegt werden; Zeitschriften-Redaktionen schließen sich dem an. Wer „hochrangige“ Forschungen publizieren will, muss sich an Vorgaben wie formalisierte Diagnosen (DSM-5 oder ICD-10), Definition der „Intervention“ (etwa durch manualisierte Behandlungsinventare) und schließlich durch definierte Outcome-Kontrollen (Wampold & Imel, S. 10) halten. Die Einsicht des Philosophen (Gadamer, 1960, S. 387), dass, wer ein Gespräch führen wolle, bereit sein müsse, sich vom Gespräch führen zu lassen, wird verloren; sie wird hier nur als Beispiel für die Schwächung der „humanen“ Seite der Psychotherapie genannt, die Wampold mit dem „contextual model“ mitmeint.

Das „medizinische Modell“ ist im Gegensatz dazu technikaffin. Es unterstützt die kulturelle Idee, dass menschliche Probleme gleichsam „ingenieurwissenschaftlich“ lösbar sein könnten. Demgegenüber wird nun von den empirischen Forschern mit Nachdruck festgehalten:

The intervention we discuss in this book is still mostly a human conversation—perhaps the ultimate in low technology. Something in the core of human connection and interaction has the power to heal. (Wampold & Imel, 2015, S. 2)

Menschen suchen die Psychotherapeutin auf, weil Gespräche mit Angehörigen, Ärztinnen, Priester(inne)n, Freundin-

nen, Lehrerinnen und anderen Alltagshelferinnen nicht mehr weiterführen und sie erwarten ein „klärendes Gespräch“, nicht aber eine „technische Intervention“. Deshalb haben Forschungen gezeigt (Hartmann & Zepf, 2003; Seligman, 1995), dass Hilfesuchende es sehr hoch schätzen, wenn die Helfende sich Zeit nimmt. Wenn die Ärztin am Ende eines Erstkontakts fragt: „Any more problems?“, erzeugt diese im Englischen negativ konnotierte Form („any“) weit weniger klinisch relevante Problem- bzw. Symptomschilderungen, als wenn „Some more problems?“ gefragt wird. *Heritage und Robinson (2011)* haben das an einer sehr großen Auswertung von ärztlichen Erstgesprächen gezeigt.

Sprechende Medizin war die Leitidee der Einführung der psychosozialen Fächer in die Approbationsordnung der medizinischen Ausbildung Anfang der siebziger Jahre, weil man damals bemerkt hatte, dass in einer nur-technischen Medizin etwas fehlen würde. Dies war eine Kritik an einem ingenieurwissenschaftlichen Modell der Medizin wie sie der Nestor der psychosomatischen Medizin, Thure von Uexküll, ausformuliert hatte (von Uexküll & Wesiack, 1988). Ein solches Denken und Behandeln würde aus der Medizin einen eher als „ingenieurwissenschaftlich“ zu bezeichnenden Betrieb machen, was manche an ihr heute schon kritisieren. Das würde nicht nur der Psychotherapie (welcher Wampolds Anliegen gilt), sondern der Medizin insgesamt schaden. Wampolds Kritik ist deshalb richtig, aber sein „medical model“ wäre richtiger als „technisches Modell“ zu bezeichnen. Man darf dem Bemühen vieler Medizinerinnen hier nicht Unrecht tun.

— Das technisch-medizinische Modell verdrängt das Gespräch nicht nur weiter aus der Psychologie, sondern auch aus der Medizin selbst. —

Die neuere Geschichte der Psychosomatik zeigt, dass die Einführung des Subjekts in die (psychosomatische) Medizin eine riesige Errungenschaft war, die jetzt für die Psychotherapie von Wampold empirisch voll bestätigt wird. Conclusio: Ein technisches Modell der Medizin zerstört nicht nur die stets gesprächsbasierte Psychotherapie („will destroy talk therapy“, formuliert Wampold (2001, S. 2)), verdrängt das Gespräch nicht nur weiter als konstitutiven Bestandteil aus der Psychologie, sondern auch aus der Medizin.

An dieser Entdeckung kam auch die Verhaltenstherapie (VT) nicht vorbei. In ihren Lehrbüchern finden sich inzwischen vielerlei Hinweise auf „Übertragung“ und „Widerstand“, nur eines von vielen möglichen Beispielen:

As in other therapies, the behaviour therapist may be faced with phenomena such as resistance and transference. (Emmelkamp, Vedel, & Kamphuis, 2007, S. 65)

Diese Phänomene sind fraglos solche des Gesprächs; mit ihnen umgehen zu können, kann nicht durch „technische“ Kompetenz ersetzt werden, sondern durch die Kunst der professionellen Gesprächsführung. Aus deutschen Lehrbüchern könnte man dazu weit mehr noch zitieren. Die Herkunft dieser Konzepte wird von verhaltenstherapeutischen Autorinnen dabei so wenig genannt wie die von „zirkulären“ oder „hypothetischen“ Fragen aus der systemischen Therapietradition. Von einer gewissen „Geschichtsvergessenheit“ zu sprechen (Strauß, 2019) ist eher Schönrederei für das, was man, oft einfach stillschweigend, aus älterer Terminologie und Tradition übernommen hat. Wenn die VT im Wettrennen zwischen den einzelnen Verfahren gut abschneidet, so drängt sich die Vermutung auf, dann deshalb, weil sie sich manches von den psychodynamischen Traditionen angeeignet hat. Sie ist dabei durchaus auf interessante Phänomene des Gesprächs gestoßen, hat aber diese Traditionen abgebrochen. Deshalb ...

... ein kurzer Blick zurück

Es gab eine Zeit, da machte man auch in der VT die Entdeckung von Kontext und Konversation. Der 1921 geborene Aaron T. Beck hatte eine psychoanalytische Ausbildung 1958 in Philadelphia abgeschlossen. Er wandte sich von der Psychoanalyse ab und gilt als Gründervater der „kognitiven Wende“ in der Verhaltenstherapie und entwickelte neue Behandlungstechniken durchaus in Anlehnung an Zeitgenossen wie Albert Ellis oder George Kelly. Seine intellektuelle Statur war beeindruckend, er förderte die wissenschaftliche Evaluation seiner Verfahren. Eine Beobachtung fiel auf: Obwohl er ähnliche Techniken (v. a. „thought stopping“) einsetzte wie Albert Ellis, etwa in der Behandlung von Sucht- oder Depressionskranken, überraschten unterschiedliche Evaluationen. Beide hatten verschiedene kommunikative Stile. Woolfolk (2015, S. 49) spricht davon, dass die Nachfolger die neue kognitiv ausgerichtete „talking cure“ hoch schätzten gegenüber den älteren Techniken des Konditionierens, wie sie Wolpe noch benutzt habe. Die Folgerung, dass diese „Techniken“ als abhängige Variable der Kommunikation angesehen werden mussten, wurde jedoch nur sehr versteckt gezogen (s. u.).

Die vom National Institute of Mental Health (NIMH) initiierte erste große randomisierte empirische Studie (Elkin et al., 1989) zeigte, dass die Effekte der Depressionsbehandlung nicht dadurch zustande kämen, dass die Kognitionen der Patientinnen „technisch“ modifiziert worden waren. Auch Medikamente (Paroxetin) affizierten in der gleichen Weise die angewandten Messskalen; Veränderungen können demnach nicht auf die eingesetzten CBT- oder IPT-Techniken zurückgeführt werden, wenn man sie auch mit anderen Mitteln – wenn auch insgesamt nur schwach – erreichen kann.

War es also eher das rhetorische Geschick von Persönlichkeiten wie Aaron T. Beck? Die Einbettung von harten „Techniken“ in eine weiche, kommunikative Umwelt? Bei manchen Psychotherapeutinnen kam es zu erwünschten Effekten –

freilich schon in Sitzungen, bevor die eigentlichen „Techniken“ überhaupt angewandt worden waren. Das wurde überrascht als „rapid change phenomenon“ (Ilardi & Craighead, 1994) beschrieben. Andere Untersuchungen (Jacobson et al., 1996) bestätigten Zweifel an den „Techniken“. Was als deren Ursache angesehen wurde, zeigte sich im Titel einer weiteren Untersuchung der Gruppe von Neil Jacobson: „Returning to contextual roots“ (Jacobson, Martell & Dimidjan, 2001).

Die Rolle der kommunikativen Umwelt zeigten weitere Studien (Castonguay et al., 1996). Sie beobachteten, wie Psychotherapeutinnen unter Stress gerieten, wenn ihre Patientinnen vorgeschlagene Techniken nicht anwenden wollten, sich vielmehr zurückzogen und so die therapeutische Allianz in Gefahr geriet. Psychotherapeutinnen fassten dies als Ausdruck der gestörten Gedankenwelt ihrer Patientinnen auf, die dann mit den gleichen Techniken angegangen wurden. So entstanden kommunikative „repeated cycles“ (Castonguay et al., 1996, S. 502). Gemeint ist, was Psychoanalytikerinnen als kollusive Verstrickung der Psychotherapeutin mit dem Widerstand kennen. Kontext und „repeated cycles“ sind Phänomene der psychotherapeutischen Konversation, sie lassen sich nicht in Begriffen von „Störung“ und „Intervention“ beschreiben.

Konversation, Kontext und „repeated cycles“ stellten sich als wesentliche Faktoren heraus, deren professionelle Handhabung maßgeblich über den Erfolg einer Behandlung entschied. Die Wirkung einzelner Techniken war von Konversation abhängig. Alles geschieht durch – Konversation. Deren Handhabung ist demnach eine alles entscheidende Komponente professioneller Kompetenz. Freilich, die unvermeidliche Komplexität von teils unstrukturierten, teils emotionalen Dialogen stellt eine enorme Herausforderung für jene Wissenschaftlerinnen dar, die wissen wollen, was es denn an der „Konversation“ genau ist, das zu Verbesserungen in psychischen Zuständen, zur Abnahme von Stress und zur Erholung von ernststen seelischen Gesundheitsproblemen führt – während andere Gesprächsformen das offenbar nicht erreichen.

Jene hier genannten Verhaltenstherapeutinnen, die geradezu überrascht auf „Konversation“ und „Kontext“ stießen, gaben diese Forschungsrichtung nicht etwa aus eigenen Motivierungen auf, sondern weil sich die Politik der finanziellen Förderung von Forschung durch das einflussreiche NIMH Ende der 1990er Jahre änderte – maßgeblich unter dem besonderen Einfluss der Pharma-Industrie, wie kürzlich gezeigt wurde (Woolfolk, 2015). Erhebliche akademische Auseinandersetzungen folgten, etwa über die Frage, ob nun die Person der Psychotherapeutin oder das Verfahren / die Methode einflussreich und hilfreich sei (vgl. zusammenfassend Buchholz & Gödde, 2012) und sie wurde klar zugunsten der ersteren Position entschieden. „The therapist matters“ hatte es auch zuvor schon gelautet (Luborsky et al., 1997). Bei Wampold und Imel (2015, S. 158f.) kann man Entprechendes nachlesen.

Das ganze medizinische Modell geriet ins Wanken. Thomas Insel (*Insel, 2012*), selbst Psychiater, Neurowissenschaftler und prominent durch seine Forschungen über Vasopressin und Oxytocin, war Direktor des NIMH und beauftragte (wie *Woolfolk 2015* berichtet) seine Mitarbeiter, die Literatur über Wirksamkeit der Pharmaka bei schweren Depressionen und anderen Störungen zu sichten. Der Rückblick auf fünf Jahrzehnte psychopharmakologischer Forschung in der Psychiatrie ergab, dass diese lange Zeit keine „reductions in morbidity or mortality for people with serious mental illness, including relatively common disorders such as depression, bipolar disorder, and schizophrenia“ erbracht hatte (*Insel, 2012, S. 1*). Das waren ernüchternde Beurteilungen, Thomas Insel verließ 2015 das NIMH.

Die Idee, Psychotherapie als „technische Intervention“ aufzufassen, hatte empirisch an Stand verloren. Wichtig hingegen schien zu werden, was der Verhaltenstherapeut Dirk Revenstorf einmal in einer Diskussion formulierte: Es komme mehr darauf an, welche Person eine Krankheit habe als, welche Krankheit eine Person habe. Das hatte vor ihm auch schon Sir William Osler (1906) formuliert: „It is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of disease a patient has“. So jedenfalls zitieren *Norcross und Wampold (2018, S. 3)* diesen Gründungsvater der amerikanischen Medizin in einer Arbeit, die sie für die Task Force on Evidence-Based Relationships and Responsiveness der American Psychological Association (APA) angefertigt haben. In dieser Arbeit fällt ein wichtiger Baustein des „medizinischen Modells“ in der Psychotherapie, die Diagnose.

Wiederum wurden in einem metaanalytischen Design sämtliche Studien hinsichtlich Ergebnissen und klinischer Praxis gesichtet, die sich mit der Funktion sog. transdiagnostischer Charakteristika eines Patienten befassen; damit sind Bindungsstil, kulturelle und weltanschauliche Orientierungen, Ethnizität, Coping-Stile, Bevorzugung von therapeutischen Methoden, Reaktanz, Verhältnis zu Religion und Spiritualität, sexuelle Orientierung und Ebenen des psychosozialen Funktionsniveaus gemeint. Alle diese Variablen waren in vielen Untersuchungen in ihrer Relevanz für Ergebnis und therapeutischen Prozess untersucht worden. Ergebnis dieser erneuten Meta-Analyse ist: Solche transdiagnostischen Variablen sind für das, was Psychotherapeuten erfolgreich tun, weit entscheidender als formale Diagnosesysteme wie DSM oder ICD! Daraus folgt:

In other words, psychotherapists endeavor to create a new therapy for each patient. They do so by capitalizing on both the nomothetic and idiographic traditions: attuning psychotherapy to the particulars of the individual according to the generalities of the research findings. (Norcross & Wampold, 2018, S. 1891)

Solche Individualisierung, der „Zuschnitt“ der Therapie auf den einzelnen Patienten, geschehe „in addition to diagnosis“,

wird formuliert und dann gesagt: „Culture eats strategy“. Die Orientierung der Behandlung an formalen Diagnosen, ihre in Manualen fixierte Form schadet der Psychotherapie tatsächlich, folgen wir den Befunden dieser Autoren. Sie sind nicht umsonst von der APA mit dieser Aufgabe betraut worden. Sie zitieren Robert Michels, der schon 1984 gesagt habe, dass die Idee einer Standardisierung in der Psychotherapie schlicht falsch sei. Das stimmt, Individualisierung, Intimisierung und Interaktion (Buchholz, 1999) sind für die professionelle Psychotherapie entscheidende Orientierungen.

Der vernichtenden Kritik am diagnostischen Denken könnte man eine Vielzahl weiterer Stimmen anfügen, wir geben eine kleine Auswahl. Ein früherer Präsident der Society of Psychotherapy Research (SPR) formulierte 2005:

Diagnosis atomizes what is unitary. For a variety of political and financial reasons, psychotherapy has adopted a form of classification shaped by a medical concept of disease. To its detriment, professional respectability has been brought at the price of atomization. Categorically diagnosis implies that disorders are discrete entities with different causes and treatments. The categorical view does not fit the 'problems in living' representations that are the province of psychotherapy and a major part of the work of psychiatry. It overemphasizes difference between conditions and underplays the alternative view that the great range of nonpsychotic symptomatology is better seen as a single manifestation of disturbance whose origins need to be understood and formulated. (Aveline, 2005, S. 158)

Und angesehene Forscher, wie Drew Westen, formulierten:

In clinical practice, symptoms initially identified as primary may not remain the focus of treatment over time, even if the clinician is appropriately responding to the patient's concerns. (Westen et al., 2004, S. 635f.)

Als Beispiel schildert dieses Autorenteam, dass bei jungen Leuten, die mit ihrer sexuellen Orientierung ringen, als erste Beschwerden Depression, Angst und manchmal auch Suizidalität diagnostiziert werden. Es kann aber durchaus etwas länger dauern, bevor die Ursprünge der Probleme überhaupt in den Blick geraten. Aber die Manualisierung schlage auf der Basis der ersten Diagnose, die sich im Prozess völlig verändern könne, die gleichen Techniken vor (z. B. dysfunktionale Kognitionen herauszufordern oder Probleme in Beziehungen anzusprechen). Ganz unwahrscheinlich aber sei, dass die gleichen Techniken, die einem depressiven Patienten mit situationsbezogen induzierten Gefühlen der Unzulänglichkeit (z. B. nach dem Verlust einer Arbeit) angebracht sind, auch helfen bei jemandem, der mit den gleichen Symptomen der Unzulänglichkeit komme, dabei aber mit verdrängter Homosexualität ringe oder mit Folgen eines sexuellen Missbrauchs in der Kindheit oder im Kontext einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung oder bei einer Mittvierzigerin, die mit Depressionen nach

einer Flucht aus elenden Beziehungen ringe und die Kinder durchbringen müsse. Sie alle können an denselben Symptomen leiden (Schlafstörungen, suizidale Gedanken, Verstopfung oder Obstipation, fahriges Denken usw.), aber sie brauchen offensichtlich ganz verschiedene Arten von Gesprächen. So jedenfalls Westen et al. (2004).

Ähnlich könnte man auch andere Autorinnen, die sowohl prominente Forscherinnen als auch erfahrene Klinikerinnen sind, zitieren (z. B. Kazdin, 2007). Deutsche Autorinnen haben untersucht, wie es zu Behandlungsentscheidungen – über wöchentliche Frequenz und voraussichtliche Dauer – komme und gelangen zu dem Schluss:

Es ließen sich keine diagnostischen Kriterien ausmachen, die zwingend zur Behandlung mit einer bestimmten Frequenz geführt hätten. Patienten mit neurotischem Konflikt wurden sowohl hochfrequent als auch niederfrequent behandelt; ebenso wurden früh gestörte Patienten, traumatisierte Patienten oder Patienten mit Denkstörungen teils in hochfrequente Analysen genommen, teils in niederfrequente Psychotherapien. Auch spezielle Kompetenzen wie Ichstärke, Einsichtsfähigkeit, die Möglichkeit, mit Deutungen umzugehen, oder Icheinschränkungen wie konkretistisches Denken und eine Neigung zur Somatisierung waren nicht eindeutig einem bestimmten Setting zuzuordnen, wobei sich allerdings Patienten dieser letztgenannten Kategorie unter den einstündig Behandelten häuften. (Döll-Hentschker, Reerink, Schlierf, & Wildberger, 2006, S. 1135)

Wir zitieren das hier, weil vor noch nicht allzu langer Zeit solche Beobachtungen als Beleg für die Ungenauigkeiten professioneller Praxis gegolten hätten. Da aber Norcross

— Wegen der Konkurrenz der Verfahrensschulen haben wir übersehen, dass sich der Angriff der Neurowissenschaften auf die Psychologie als Ganze richtet! —

und Wampold (2018) nun die professionelle Praxis stark rehabilitieren mit ihrer Feststellung, dass Psychotherapeutinnen für jede Patientin individualisiert eine Therapie finden, lesen sich diese Feststellungen ganz anders: Die empirische Forschung belegt, was professionelle Klinikerinnen immer schon gewusst und gehandhabt haben. Wie fragwürdig aber, wenn Teile dieser Forschungen – wie sich jetzt herausstellt: fälschlich – genutzt wurden, um sinnvolle und erprobte Behandlungsformen zu zerschlagen. Denn das „medical model“ lässt das obige Zitat so lesen, als würden eben Behandlungsentscheidungen getroffen unter Ignoranz gegenüber diagnostischen Überlegungen – und für das „medical model“ sind diese im DSM oder im ICD festgelegt. Jetzt aber zeigen Norcross und Wampold (2018), dass es gera-

dezu die Kompetenz guter Klinikerinnen ist, diese formalen Kategorien hinter sich zu lassen, individualisierte Therapien für ihre Patientinnen zuzuschneiden und dabei auf „transdiagnostische Variablen“ zu achten, die im medizinischen Modell schlicht nicht vorkommen.

Einige polemische Folgerungen

Erdbeben erschüttern die psychotherapeutische Profession – diese Metapher eines amerikanischen Autoren-Duos (Neimeyer & Taylor, 2014) beschreibt die Situation durchaus angemessen. Lange hatten wir geglaubt, es gehe in den scharf geführten Auseinandersetzungen um Konkurrenz einzelner psychotherapeutischer Schulen – Verhaltenstherapie gegen Psychoanalyse, gegen humanistische, gegen systemische Orientierungen. Als erste psychologische Institute an Universitäten in neurowissenschaftliche Departments umgewidmet wurden, haben wir begreifen müssen, dass die Entwicklung gegen die Psychologie insgesamt gerichtet ist. Mittlerweile müssen wir erkennen, dass es um die technokratische Umgestaltung der Psychotherapie gegen relevante Befunde der empirischen Forschung geht. Der humane Anteil der Psychotherapie, ihre humanwissenschaftliche Tradition wird eliminiert und dem Vergessen anheimgestellt. Anlass für unsere Polemik ist, dass alles, was erstklassige psychotherapeutische Forschung seit Jahren ermittelt hat, gegen diesen Trend der Technisierung steht.

Solange man den Blick nur auf die deutsche Auseinandersetzung um „Direktausbildung“ und „Novellierung des Psychotherapeutengesetzes“ richtet, sieht man diese Entwicklungen nur abgeblendet. Es geht um den Verlust weiterer bewährter Qualitäten psychologischer Gelehrsamkeit, wie v. a. der Interpretationslehre (Fahrenberg, 2012). Auch von systemischer Seite (Kriz, 2017) wird diese fast verlorene Dimension zu erhalten versucht, was ihre Unverzichtbarkeit unterstreicht. Sie wurde nicht nur als „Deutung“ im psychoanalytischen Gespräch gebraucht, sondern in weit mehr

Bereichen der akademischen Psychologie. Heute wird sie jedoch kaum noch gelehrt und von Studierenden auch nicht mehr verstanden, denen die Ursprünge der psychologischen Methodenlehre aus interpretativem Vorgehen nicht mehr beigebracht wurden, denen – fälschlicherweise – interpretative Verfahren als „unwissenschaftlich“ oder als „antiquiert“ vorgestellt werden, mit denen man sich bestenfalls aus historischem Interesse befassen müsse. Für die „Praxis“ jedoch seien diese ohne Bedeutung.

Zugleich mit dieser Ignoranz erneuerte die biologisch ausgerichtete Psychiatrie das 170 Jahre alte Versprechen, psychische Störungsbilder als neurochemisches Ungleichgewicht im Gehirn ausweisen zu können. Die neuen Auflagen

des DSM, schlechthin der Bibel der weltweiten Psychiatrie, flankierten diesen „Schuldscheinmaterialismus“ (Popper & Eccles, 1977) – ein Wechsel auf eine unbestimmte Zukunft wird ausgestellt, zu dem entsprechende Pharmaka produziert werden; auf die Einlösung des Wechsels warten wir bis heute. Diagnosen verdoppelten sich mit jeder Neuauflage des DSM, „neue Generationen“ von Medikamenten schufen sich gewaltigen Einfluss und vereinseitigten die Auffassungen davon, worum es sich bei „Störungen“ handele. Die Biologisierung der Psychiatrie, deren negative Folgen schon früh (Lidz, 1991) vorhergesagt wurden und sich, leider, bestätigt haben, wurde von einer internationalen Gruppe kritischer Psychiater fulminant kritisiert (Bracken et al., 2012). Ein Autor sieht Hoffnung:

Die Fronten des gegenwärtigen Krieges sind abgesteckt – zumindest für eine Seite – und deutlich zu erkennen für jenen Beobachter, der imstande ist, weit genug von diversen störenden interdisziplinären Auseinandersetzungen Abstand zu nehmen. Das Risiko ist hoch, nicht nur für den Fachbereich und die Menschen, die von der Psychotherapie profitieren, sondern auch für das öffentliche Interesse an der Aufrechterhaltung eines angemessenen Gleichgewichts zwischen den verschiedenen Ebenen, durch die das menschliche Verhalten konzeptualisiert wird. Die gute Nachricht ist, dass die biomedizinische Psychiatrie begonnen hat, einige Schlachten zu verlieren, und vielleicht verliert sie sogar den Krieg. (Woolfolk, 2015, S. 149; Übersetzung: die Verf.)

Kann man diese Hoffnung auch für die deutsche Situation haben? Die technische Metapher, auf DSM-definierte „Störungen“ mit manual-definierten „Interventionen“ reagieren zu wollen, baute das Selbstverständnis der Profession im Verbund mit der Technokratie-Metapher radikal um. Diese Metapher in der Therapeutik wurde von angesehenen Forschern früh kritisiert (Stiles & Shapiro, 1989), doch ihre Dominanz schaltete fast alle anderen Register professioneller Psychotherapie aus. Diese Auseinandersetzung wird im US-amerikanischen Schrifttum als „psychotherapy wars“ (Woolfolk, 2015 mit weiteren Nachweisen) bezeichnet. Diese gewaltigen Einflüsse eliminierten die professionelle Erfahrung, dass in der Psychotherapie jede Empirie und jede Theorie bestenfalls nur informieren, nie aber instruieren kann – es kommt immer anders, als man denkt.

Derzeit zeichnet sich ab, dass die „Technokraten“ zum schleichenden Rückzug gezwungen sind – gerade in der empirischen Wissenschaft infolge der Resultate erstrangiger Forschungen. Diese Forschungen bestätigen, was professionelle Psychotherapeutinnen immer schon gewusst und artikuliert haben. Aber in einem solchen historischen Augenblick würde der Medizinalisierung der Psychotherapie gerade in

Deutschland in der geplanten Änderung des Psychotherapeutengesetzes ein Rückzugsort geschaffen, der empirisch nicht gedeckt werden kann und dennoch die nächste Generation erheblich beeinflussen müsste.

Niemand scheint zu sehen, was es bedeutet, wenn angehenden jungen Psychotherapeutinnen nicht mehr ein Studium der Psychologie mit einer komplexen Geschichte, Diversifizierungen einzelner Disziplinen und reicher Methodenlehre angeboten wird, sondern ein Studium der Psychotherapie, in welchem sie spätestens mit dem Master-Studium auf eine Berufswahl festgelegt werden, von der sie kaum etwas ahnen können. Die Begeisterung für „Praxis“ schon im Studium würde damit bezahlt, dass die erforderlichen Kenntnisse, um empirische Studien kritisch zu evaluieren, nicht mehr gelehrt würden; die Zeit reicht dann ja nicht. Alternativen zu anderen Forschungstraditionen werden schon gar nicht mehr im Wahrnehmungshorizont von Studierenden auftauchen. Die

— Wo die „Technokraten“ augenblicklich im Fach eher auf dem Rückzug sind, wäre eine weitere Medizinalisierung der Psychotherapie ein fatales Signal. —

Ignoranz gegenüber anderen Forschungstraditionen, die Vereinseitigung der behandlungs-“technischen“ Seite der Psychotherapie gegenüber ihrer humanen Seite, der zu befürchtende Wegfall von Teildisziplinen wie der Sozialpsychologie und anderer, die für die Therapeutik Wichtiges beizutragen haben – dies alles ist der Anlass für unsere Polemik. Wir wollen nicht, dass Psychotherapeutinnen vorrangig dazu gebraucht würden, um Psychopharmaka zu verschreiben oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen. Alle, die leiden oder es auch nur glauben, es zu tun, denen durch die Psychotherapie gut geholfen werden könnte, würden die Praxen fluten – und dieser Tsunami würde die Reputation der Psychotherapie wegschwemmen. Das hätte die Psychotherapie insgesamt nicht verdient.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C. et al. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201, 430-434.

Buchholz, M. B. & Gödde, G. (2012). Person versus Methode – Eine zentrale Frage für Therapeutik und Therapieforschung. In G. Gödde & M. B. Buchholz (Hrsg.), *Der Besen, mit dem die Hexe fliegt. Wissenschaft und Therapeutik des Unbewussten. Bd. 2: Konversation und Resonanz in der Psychotherapie* (S. 641-675). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Döll-Hentscher, S., Reerink, G., Schlierf, C. & Wildberger, H. (2006). Zur Einleitung einer Behandlung: Die Frequenzwahl. *PSYCHE – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 60, 1126-1144.

Emmelkamp, P. M. G., Vedel, E. & Kamphuis, J. H. (2007). *Behaviour Therapy. In C. Free-man & M. Power (Hrsg.), Handbook of Evidence-Based Psychotherapies. A Guide for Research and Practice* (S. 61-83). San Francisco/Chichester/Weinheim: John Wiley.

Heritage, J. & Robinson, J.D. (2011). ‚some‘ versus ‚any‘. Medical Issues: Encouraging Patients to Reveal Their Unmet Concerns. In C. Antaki (Hrsg.), Applied conversational analysis: Intervention and change in institutional talk (S. 15-32). Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan.

Insel, T.R. (2012). Next-generation treatments for mental disorders. Science Translational Medicine, 4, 1-9.

Jacobson, N.S., Martell, C.R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. Clinical Psychology: Science and Practice, 8, 255-270.

Kriz, J. (2017). Subjekt und Lebenswelt. Personenzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Neimeyer, G.J. & Taylor, J.M. (2014). Ten Trends in Lifelong Learning and Continuing Professional Development. In W.B. Johnson & N.J. Kaslow (Eds.), The Oxford handbook of education and training in professional psychology (pp. 214-236). Oxford: Oxford University Press.

Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. Journal of Clinical Psychology, 74 (11), 1889-1906.

Strauß, B. (2019). Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen wir hin? Psychotherapeutenjournal, 18 (1), 4-10.

Wampold, B.E. (2001). The Great Psychotherapy Debate – Models, Methods and Findings. Mahwah, NJ/London: Lawrence Erlbaum.

Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work (2. Aufl.). New York u. a.: Routledge.

Woolfolk, R.L. (2015). The value of psychotherapy: The talking cure in an age of clinical science. New York: The Guilford Press.

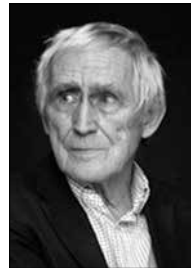


Prof. Dr. Dr. Michael B. Buchholz

Korrespondenzadresse:

International Psychoanalytic University
Berlin gGmbH
Stromstr. 1
10555 Berlin
michael.buchholz@ipu-berlin.de

Prof. Dr. phil. Dr. disc. pol. Dipl.-Psych. Michael B. Buchholz ist Professor für Sozialpsychologie an der der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin und forscht im Grenzbereich zwischen Psychologie und Sozialwissenschaften.



Prof. Dr. Dr. Horst Kächele

horst.kaechele@ipu-berlin.de

Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele ist Hochschullehrer an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin. Er war ehemals als ärztlicher Direktor der Klinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm tätig.

Interview

Die Einbeziehung der Psychotherapeutinnen¹ (PP/KJP) in die Entgeltordnung im Tarifvertrag der Länder (TV-L) ist endlich gelungen: Ein Fortschritt?

Heiner Vogel im Gespräch mit Onno Dannenberg, Klaus Thomsen und Bettina Weitermann

Redaktionelle Vorbemerkung:

Im Jahr 1998 wurden mit dem Psychotherapeutengesetz zwei neue Berufe eingeführt. Für die niedergelassenen Kolleginnen innerhalb der ambulanten Versorgung brachte dieses Gesetz in wesentlichen Punkten, speziell beim Honorar, unmittelbar die Gleichstellung mit Fachärztinnen. Die Vergütungen für Angestellte werden jedoch nicht durch Gesetze geregelt, sondern in Tarifverträgen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden festgeschrieben. Und deshalb galt es zunächst, die Gewerkschaft ver.di, die für uns im Gesundheitsbereich zuständig ist, davon zu überzeugen, dass es hier dringenden Veränderungsbedarf gibt. Das gelang nicht auf Anhieb, aber seit etwa zehn Jahren unterstützt ver.di das Ziel, für die Psychologischen Psychotherapeutinnen (PP) und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) eine facharztanaloge Vergütung zu erreichen. Auch das reicht nicht: ver.di muss die Arbeitgeberseite in den jährlichen Tarifverhandlungen für den jeweiligen Tarifvertrag ins Boot holen. Im Jahr 2016 konnte im Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD), dem wesentlichen Flächentarifvertrag

im Gesundheitssektor, endlich eine erste Einigung über die Reform der zum TVöD gehörenden Entgeltordnung erzielt werden. Im kommunalen Bereich erhalten Psychotherapeuten (PP und KJP) demnach i. d. R. die Einordnung in die Entgeltgruppe (EG) 14. Dieses Verhandlungsergebnis war zwar für sich gesehen ein Meilenstein, ging jedoch vielen der Kolleginnen, die gemäß TVöD bezahlt werden, nicht weit genug (vgl. Vogel & Thomsen, 2016); umso stärker waren nun die Erwartungen auf das Verhandlungsergebnis zum zweiten großen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst, den Tarifvertrag der Länder (TV-L), gerichtet. Diese Ergebnisse liegen nun vor und im nachfolgenden Interview möchten wir sie im Gespräch mit Klaus Thomsen, dem langjährigen Sprecher der ver.di-Fachkommission „Psychologische Psychotherapeut/innen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut/innen“, sowie mit Onno Dannenberg und Bettina Weitermann vom Tarifsekretariat für den öffentlichen Dienst der ver.di-Bundesverwaltung diskutieren. Onno Dannenberg und Bettina Weitermann waren selbst an der Vorbereitung der TV-L-Tarifverhandlungen und den abschließenden Verhandlungen zur Entgeltordnung zum Tarifvertrag der Länder (TV-L) im März des Jahres maßgeblich beteiligt.

Psychotherapeutenjournal/Heiner Vogel: Nach mehr als zweijähriger Vorbereitung und intensiven Verhandlungen mit den Vertretern der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) wurde am 2. März 2019 in Potsdam endlich der Abschluss der Verhandlungen zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) verkündet. Was waren aus Ihrer Sicht die wichtigsten Ergebnisse?

Onno Dannenberg: Die wichtigsten Ergebnisse der Tarifrunde 2019 waren die Tabellenerhöhungen – jeweils um 3,2 % im Gesamtvolumen zum 1. Januar 2019 und zum 1. Januar 2020 sowie um 1,4 % im Gesamtvolumen zum 1. Januar 2021 bei einer Mindestlaufzeit bis zum 30. September 2021 – und die Weiterentwicklung der Entgeltordnung.

ver.di hat bei den Tarifverhandlungen einerseits allgemeine Gehaltserhöhungen vereinbart, andererseits

aber auch versucht, die Wünsche zahlreicher Berufsgruppen nach struktureller Verbesserung im Entgeltrahmen des Tarifvertrages aufzugreifen. Was konnten Sie hier für die Psychotherapeutinnen erreichen?

Bettina Weitermann: Nach der Tarifeinigung, die noch der Umsetzung in konkreten Tarifvertragstext bedarf, werden PP und KJP mit abgeschlossener wissenschaftlicher Hochschulbildung in einem neuen Unterabschnitt des Abschnitts der Entgeltordnung für Ärztinnen in der EG 14 aufgeführt, KJP ohne abgeschlossene wissenschaftliche Hochschulbildung werden der neugeschaffenen EG S 17 im Abschnitt für Beschäftigte im Sozial- und Erziehungsdienst zugeordnet. Die EG S 17 entspricht dabei materiell etwa der EG 11. Bisher wa-

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

ren nur KJP in der Entgeltordnung ausdrücklich benannt, und zwar unabhängig von ihrem Studienabschluss in der EG 11 im Abschnitt für den Sozial- und Erziehungsdienst; PP waren nach den allgemeinen Tätigkeitsmerkmalen in EG 13 eingruppiert.

Lieber Klaus Thomsen, die Fachkommission für PP und KJP bei ver.di hat sich ja bereits seit vielen Jahren für die Verbesserung der tariflichen Eingruppierung der Psychotherapeutinnen eingesetzt. Bei der Änderung der Entgeltordnung für den öffentlichen Dienst im kommunalen Bereich (TVöD) gab es 2016 einen ersten Erfolg, mit dem die Fachkommission für PP und KJP aber nicht wirklich zufrieden war. Nun, nach den Verhandlungen mit den Ländern, war die Kommission erneut von dem Ergebnis enttäuscht. Was fehlt aus Ihrer Sicht?

Klaus Thomsen: Im Mai 2016 wurde die ver.di-Fachkommission von einem fertigen Ergebnis zur Anpassung der Entgeltordnung des TVöD überrascht. Damals wurde in den Medien ausschließlich von der Entgeltverhandlung berichtet. ver.di forderte Gehaltserhöhungen von 6 % jährlich und die Arbeitgeberseite bot zunächst gar nichts und dann zögerlich 0,6 % p. a. Scheinbar unüberbrückbar. Die parallelen Gespräche zur Anpassung des Eingruppierungsverzeichnisses gingen dabei unter. Als ver.di uns dann mitteilte, dass die Psychotherapeutenchaft, also PP und KJP, fortan ein eigenes Tätigkeitsmerkmal bekommen sollte, waren unsere Gefühle sehr gemischt. Einerseits wurde erfreulicherweise kein Unterschied zwischen den Studienabschlüssen der KJP gemacht, andererseits entsprach die Zuordnung zur EG 14 so gar nicht unserer Forderung nach EG 15, die auch ver.di seit spätestens 2007 offiziell mittrug. Der Vertragstext war da noch in der Redaktion und die Fachkommission konnte erreichen, dass der Text des neuen Tätigkeitsmerkmals korrigiert werden konnte. Es blieb aber ein ungueter Nachgeschmack.

Für die Verhandlungen zum zweiten großen Flächentarif des öffentlichen Dienstes, des TV-L, hat ver.di uns von vornherein

— „Die Länder waren wie zuvor die Kommunen nicht bereit, bei der Eingruppierung die Gleichwertigkeit der Ausbildung von PP/KJP mit der von Fachärztinnen zu akzeptieren.“ — Bettina Weitermann —

eng mit eingebunden. So war ein Mitglied der Fachkommission bei den Vorverhandlungen mit der Arbeitgebervertretung dabei und konnte unsere Forderungen begründen. Wir haben den Eindruck, dass unsere Argumente dadurch wirklich beim Tarifsekretariat und der Tarifkommission für den öffentlichen Dienst angekommen sind. Das jetzige Ergebnis, wieder die EG 14, ist natürlich enttäuschend, aber ich bewerte die Verhandlungsposition, die ver.di in diesem Fall hatte, auch als

deutlich schwieriger als beim TVöD 2016. In diesem Fall sehe ich die Verantwortung sehr viel mehr bei den Länder-Arbeitgebern, die anscheinend kein inhaltliches Interesse an notwendigen Anpassungen an geänderte Berufsbilder hatten. Das wurde noch 2018 anders kommuniziert. Ein Skandal!

Wie haben Sie das in der Verhandlungssituation vor Ort erlebt, Frau Weitermann?

Weitermann: Wie schon 2016 die kommunalen Arbeitgeber waren auch 2018/2019 die Arbeitgeber der Länder nicht bereit, die Gleichwertigkeit der Ausbildung von PP bzw. KJP mit der von fachärztlichen Kräften bei der Eingruppierung zu akzeptieren.

Offensichtlich waren die Verhandlungen zur Entgeltordnung kein Spaziergang und kein Kaffeekränzchen. Weshalb waren sie schwierig, und wie hat ver.di sich darauf eingestellt?

Dannenberg: Die Tarifgemeinschaft deutscher Länder und die in ihren Gremien vertretenen Finanzministerien der Länder haben die Weiterentwicklung der Entgeltordnung weniger unter fachlichen als unter fiskalischen Gesichtspunkten betrachtet. Sie waren nur dort bereit, Verbesserungen zu vereinbaren, wo sie einen Konkurrenzdruck auf dem Arbeitsmarkt empfunden haben – wie z. B. im Krankenpflegebereich und im Erziehungsdienst. ver.di hat deshalb Wert darauf gelegt, durch unmittelbare Beteiligung ehrenamtlicher Kolleginnen an den Verhandlungen die Realität in den jeweiligen Berufsfeldern in den Vordergrund zu stellen.

Die Vorgespräche zum jetzigen TdL-Vertragsabschluss begannen ja bereits im Jahr 2017. Wie hat die Fachkommission PP/KJP sich in diesen Prozess einbringen können?

Thomsen: Die Tarifpartner ver.di und die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) hatten schon 2017 die Absicht, die vollkommen veraltete Entgeltordnung des TV-L zu reformieren. Das wollte man in Vorverhandlungen in Arbeitsgruppen im Jahr 2018 im Konsens klären, damit die anstehenden Gehaltsverhandlungen im Jahr 2019 davon nicht negativ beeinflusst würden. So war die Psychotherapeutenchaft eine der wenigen neuen Berufsgruppen, die zeitweilig

auch mal direkt am Verhandlungstisch saß. Das war ein Riesenschritt, da wir, als relativ kleine Berufsgruppe, selten Gelegenheit haben, unsere Interessen direkt vorzubringen. So sind wir z. B. personell nicht in der Bundestarifkommission für den öffentlichen Dienst vertreten. Ein großes Handicap. Die Teilnahme von Harry de Maddalena, Personalrat der Uni-Klinik Tübingen, an der Arbeitsgruppe 2 hat unserem Anliegen, glaube ich, bei ver.di deutlich weitergeholfen. Unsere Forde-

rung wird als sachlich begründet wahrgenommen und nicht als Ausdruck eines überzogenen Anspruchsdenkens von sowieso Bessergestellten. Man darf nicht vergessen, dass im Gesundheitswesen viele Qualifizierte für eher bescheidene Löhne arbeiten.

Am Ende hat es dann nicht so geklappt wie erhofft. Warum gab es hier ein Ergebnis, das im Hinblick auf die Gleichstellung der approbierten Psychotherapeutinnen mit den Fachärztinnen genauso dürftig ausfiel wie das Ergebnis beim kommunalen TVöD vor drei Jahren?

Weitermann: Auch die TdL vertritt immer noch die althergebrachte und nicht gerechtfertigte Auffassung, dass die Tätigkeit von Psychotherapeutinnen gegenüber der Tätigkeit von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie geringer zu bewerten sei.

In der Beschreibung der Psychotherapeutinnen in der neuen Entgeltordnung gibt es, im Unterschied zu den anderen akademischen Heilberufen, keine Hinweise auf die Vergütung bei Leitungsfunktionen. Dann dürften für die Leitenden Psychotherapeutinnen die allgemeinen Tätigkeitsmerkmale und damit die Höhergruppierung nach EG 15 gelten – richtig?

Dannenberg: Das ist richtig. Bei Unterstellung von wenigstens fünf Beschäftigten mit mindestens der EG 13 findet das Tätigkeitsmerkmal der EG 15 Fallgruppe 2 des Allgemeinen Teils der Entgeltordnung Anwendung.

Die Forderung von ver.di nach der Eingruppierung in die EG 15 für alle PP und KJP im öffentlichen Dienst ist ja beinahe bescheiden, wenn man an Gehälter von Fachärztinnen denkt. In Kliniken arbeiten Psychotherapeutinnen oft im gleichen Aufgabenfeld mit gleicher Verantwortung wie Fachärztinnen. Beide Ausbildungen haben einen vergleichbaren Umfang. Welche Argumente kamen von Ihnen zur Sprache und wie reagierte die Arbeitgeberseite?

Weitermann: Die Gleichartigkeit der ausgeführten Tätigkeiten und die Vergleichbarkeit des Ausbildungsniveaus waren unsere Hauptargumente. Die Arbeitgeberseite argumentierte mit der aus ihrer Sicht bei fachärztlichen Angestellten gegebenen breiteren Einsetzbarkeit und besseren Kenntnis des klinischen Alltags.

Die Entgeltordnung im TV-L hat eine andere Systematik als jene des TVöD. Die Psychotherapeutinnen sind hier im TV-L, und das ist jetzt neu, als fünfter akademischer Heilberuf in einer Gruppe mit Ärztinnen, Zahnärztinnen, Apothekerinnen und Tierärztinnen

zusammengefasst. Wie wird begründet, dass sie, obwohl sie im ambulanten Bereich den Fachärztinnen gleichgestellt sind, hier eine Entgeltgruppe unter den Fachärztinnen im öffentlichen Dienst platziert werden?

Dannenberg: In der Entgeltordnung für den kommunalen Bereich werden die Psychotherapeutinnen in einem eigenständigen Unterabschnitt des Abschnitts für die Beschäftigten in Gesundheitsberufen aufgeführt. Die niedrigere Eingruppierung trotz Zuordnung zu dem Abschnitt für Ärztinnen und Apothekerinnen bei den Ländern begründet die TdL so, wie von Bettina Weitermann ausgeführt.

Besonders unverständlich ist es für viele Kolleginnen, dass die KJP nicht einheitlich nach ihrem Berufsabschluss als Psychotherapeutinnen eingruppiert und bezahlt werden. Widerspricht das nicht dem Sinn einer Entgeltordnung, wenn man von der durchgehenden Systematik abweicht: gleiches Ausbildungsniveau = gleiche Eingruppierung? Durch die unterschiedliche Zuordnung der KJP nach vorangehendem Studienabschluss kann es jetzt geschehen, dass zwei Kolleginnen mit gleicher beruflicher Qualifikation und gleicher Verantwortung mit einem Unterschied von drei Entgeltgruppen bezahlt werden. Wie stellt sich ver.di dazu?

Dannenberg: Auf dieses Problem haben wir die Arbeitgeberseite bereits in der zentralen Verhandlungsgruppe hingewiesen. Nach dem Psychotherapeutengesetz wird die für die Berufsausübung der KJP allein maßgebliche Approbation sowohl auf der Grundlage eines Master-Abschlusses als auch auf der Grundlage eines Bachelor-Abschlusses in dem der vor-

— „Es kann nicht angehen, dass zwei KJP mit gleichem Ausbildungsniveau und gleicher Verantwortung unterschiedlich bezahlt werden.“
— Onno Dannenberg —

geschriebenen Ausbildung vorangehenden Studium erteilt. Da kann es nicht angehen, dass eine unterschiedliche Bezahlung erfolgt. Das haben 2016 auch die kommunalen Arbeitgeberinnen akzeptiert. Die TdL hat zugesagt, diese Frage in der Redaktion des Vertragstextes mit uns zu erörtern.

Wie schätzen Sie die weitere Entwicklung von Entgeltordnungen in den Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes ein?

Dannenberg: Der Druck auf die Vertretung der öffentlichen Arbeitgeber, sach- und anforderungsgerechte Eingruppierungen zu vereinbaren, wird durch den sich verschärfenden Fachkräftemangel weiter zunehmen.

Wie sind die Chancen der Psychotherapeutinnen auf Gleichstellung mit den Fachärztinnen, wie ver.di es seit über zehn Jahren fordert?

Weitermann: Auch wenn die Argumente auf unserer Seite sind, lässt sich diese Frage schwer beantworten.

Klaus Thomsen, als Betriebsrat und ver.di-Tarifkommissionsmitglied haben Sie lange Jahre erfolgreich in einer

„Wir Psychotherapeuten müssen aus der Vereinzelung raus und uns überall mit unseren fachpolitischen Anliegen bemerkbar machen!“ – Dr. Klaus Thomsen

Klinikgruppe gearbeitet. Wie können die Psychotherapeutinnen dazu beitragen, dass sie bei Tarifverhandlungen erfolgreicher abschneiden?

Thomsen: Ja, ich habe das beides über zwanzig Jahre gemacht. Wir Psychotherapeuten in meinem Gesundheitskonzern Damp hatten 1998 das Glück, dass ich damals Mitglied der Tarifkommission für den neu zu schaffenden Konzerntarifvertrag war und dass ich auch noch bis 2018 direkt an den Verhandlungen beteiligt war. So konnte ich in der Tarifkommission und gegenüber den Arbeitgeberseite immer unsere besondere Situation erklären. Aber wichtiger war seinerzeit, dass sich meine Kolleginnen, also die Psychotherapeutinnen und die Psychologinnen, geschlossen und sichtbar hinter mich stellten. Trotz hoher Personalfluktuations hatten wir in allen beteiligten Reha- und Akutkliniken in unseren Abteilungen immer überdurchschnittlich viele ver.di-Mitglieder. Das imponierte – sowohl innerhalb von ver.di als auch auf der Arbeitgeberseite. Damit hatte ich als Verhandler stets eine starke „Hausmacht“. Ich erinnere mich an eine Verhandlungsrunde um 2005, wo die Psychologinnen und Psychotherapeutinnen beide Verhandlungsführer zu einem gemeinsamen Gespräch einluden, wo sie ihre Forderungen begründeten. Die sind gekommen, haben zugehört und mit uns ernsthaft diskutiert. Wir waren ca. 20 Leute und sprachen über die besonderen Anforderungen unserer Arbeit, die Ungerechtigkeit der PiA-

Ausbildung und vieles mehr. Daran denke ich gern zurück. Schon 1999, gleichzeitig mit dem neuen Psychotherapeutengesetz, bekamen wir in dem Konzerntarifvertrag die Gleichstellung der PP mit den Fachärztinnen. Sechs Jahre später konnten auch die KJP, die es vorher im Tarifbereich noch nicht gegeben hatte, in diese Regelung aufgenommen werden.

Unser Beruf hat in den letzten beiden Jahrzehnten enorm an Bedeutung gewonnen und wird noch wichtiger werden, wenn man an die regelmäßig erscheinenden Krankheitsstatistiken denkt. Wir müssen aus der Vereinzelung raus und müssen uns überall bemerkbar machen. Wir alle sind es aus unserer Arbeit gewohnt, schlüssig zu argumentieren. Das müssen wir auch

konsequent für unsere eigenen fachpolitischen Anliegen tun. Wir haben es geschafft, dass das bei ver.di verstanden wird. Fortschritte um die Anerkennung unseres Berufs, sei es bei Tarifen aber auch in der besseren Positionierung in der Gesundheitswirtschaft, kann es nur geben, wenn sich unsere Kolleginnen immer wieder bereitfinden werden, sich in der betrieblichen Mitbestimmung und in Gewerkschaftsgremien einzubringen. Der erste Schritt, aber ein sehr wichtiger in meinen Augen, ist der Eintritt in ver.di. Das sollte nicht geräuschlos geschehen, sondern auch begründet werden mit Erwartungen, die an die Gewerkschaft gestellt werden. Aus der Fachkommission können wir berichten, dass immer als erstes geprüft wird, ob Kolleginnen, die sich mit Bitten, Fragen oder Protesten an ver.di wenden, auch Mitglied sind. ver.di finanziert sich nur aus Beiträgen der Mitglieder und vertritt daher nur deren Interessen. Also Mitglied werden und sich bemerkbar machen, das hilft.

Vielen Dank für den Austausch!

Literatur

Vogel, H. & Thomsen, K. (2016). TVöD-Entgeltgruppe 14 – Hält ver.di die facharztäquivalente Bezahlung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch für realisierbar? *Psychotherapeutenjournal*, 15 (4), 362-365 (plus ergänzende Unterlagen über die Website).



Onno Dannenberg

Stedinger Str. 136
27753 Delmenhorst
onno.dannenberg@verdi.de

Onno Dannenberg war von Oktober 2009 bis Oktober 2018 Bereichsleiter Tarifpolitik öffentlicher Dienst beim ver.di-Bundesvorstand in Berlin. In dieser Funktion war er wesentlich an den Verhandlungen über die Entgeltordnungen der Länder 2012, des Bundes 2014 sowie mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber (VKA) 2017 beteiligt.



Dr. Klaus Thomsen

Nikolaikirchhof 5
24937 Flensburg
klaus-thomsen@online.de

Dr. Dipl.-Psych. Klaus Thomsen ist PP und Abgeordneter in der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein sowie Mitglied im Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI) der BPtK. Bis Ende März 2019 war er Sprecher der ver.di-Fachkommission PP/KJP.



PD Dr. Heiner Vogel

Universität Würzburg
Abteilung für Medizinische Psychologie
und Psychotherapie
Klinikstr. 3
97070 Würzburg
h.vogel@uni-wuerzburg.de

Priv.-Doz. Dr. phil. Heiner Vogel, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Würzburg. Er ist Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bayern sowie Sprecher des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI) der Bundespsychotherapeutenkammer und des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals.



Bettina Weitermann

ver.di-Bundesverwaltung
Ressort 12 – Tarifsekretariat
öffentlicher Dienst
Paula-Thiede-Ufer 10
10179 Berlin
bettina.weitermann@verdi.de

Bettina Weitermann ist nach verschiedenen Funktionen auf örtlicher und regionaler Ebene mit dem Schwerpunkt Tarifarbeit im Bereich „Krankenhäuser und Wohlfahrtsverbände“ seit Juni 2013 Tarifsekretärin im Ressort 12 – Tarifsekretariat öffentlicher Dienst beim ver.di-Bundesvorstand in Berlin. In dieser Funktion war sie an den Vorbereitungen der Verhandlungen über die Entgeltordnungen der Länder 2018/2019 beteiligt.

Buchrezensionen

Die Psychiatrie entschleiert sich selbst

Weinmann, S. (2019). *Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 288 Seiten, 25,00 €

Was sind die Koordinaten der aktuellen Psychiatrie? Angesichts der Breite und Komplexität der Disziplin eine extrem schwierige Frage. Sie dennoch zu beantworten, schickte sich unter dem Titel „Die Vermessung der Psychiatrie“ jüngst der renommierte Berliner Psychiater Stefan Weinmann an. Sein im März erschienenes Buch bietet dabei nicht nur eine breite und äußerst fundierte Analyse, sondern zeigt – angedeutet schon im Untertitel „Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets“ –, dass hier Fundamentalkritik am eigenen Subjekt geübt wird.

Die umfassende Arbeit reicht von grundlegenden „Denkmustern und Vorurteilen“ in der akademischen Psychiatrie (Einleitung, Kap. 1) über den psychiatriotypischen Fokus auf das Gehirn (Kap. 2), Selbsttäuschungen hinsichtlich der medikamentösen Behandlung (Kap. 3), die Frage, ob die Psychiatrie eine Wissenschaft ist (Kap. 4), bis hin zu den feinen Verästelungen des Faches in der Sozialpsychiatrie (Kap. 5, 6). Im Zentrum der Kritik aber steht der Kernbereich heutigen psychiatrischen Denkens und Handelns: die biologische Psychiatrie und ihre praktische Umsetzung in der Psychopharmakotherapie.

Von ihren Meinungsführern wird die moderne Psychiatrie ja meist als Erfolgsmodell gepriesen. Eines, mit dem man im Sinne der „Global Mental Health“ am liebsten die ganze Welt beglücken möchte (Kap. 7). Weinmann warnt davor, sieht er doch selbst beim psychiatrischen Handeln im eigenen Terrain – in Deutschland und den westlichen Industrienationen – eine nur „mäßige Wirksamkeit“ (S. 16) gegeben. Schon in der Einleitung heißt

es, dass die Psychiatrie keine guten Therapien zur Verfügung habe. Und an anderer Stelle wird gar gefragt, ob das gegenwärtige psychiatrische Hilfesystem dem schwer Kranken wirklich „mehr nutzt als schadet“ (S. 16) bzw. ob „die Therapien [nicht] selbst krank machen“ (S. 232).

Den Hauptgrund für dieses Versagen macht Weinmann im zugrundeliegenden Paradigma der Psychiatrie aus: dem *medizinischen Krankheitsmodell*. Die daraus resultierende Zentrierung von psychiatrischer Forschung, Theoriebildung und Praxis auf biomedizinische Zusammenhänge und vor allem das Gehirn, diese falsche (!) Vermessung von psychisch Kranken „kann am sozialen Subjekt vollständig vorbeizielern und selbst zum schädigenden Agens werden“ (S. 15).

Sehr differenziert führt Weinmann aus, was an der sich meist überschwänglich selbst lobenden Psychiatrie *nicht stimmt*: das schon erwähnte biologisch-medizinische Paradigma; Therapiekonstrukte, die auf ungesicherten Krankheitskategorien aufbauen; isolierte und aus ihrem sozialen Zusammenhang gerissene Symptome, die zu einer „eigenen Wirklichkeit“ werden (S. 32). Und dass man aus dieser wackeligen Grundlage dann die Berechtigung zu tiefen Eingriffen ins Gehirn „mit der Schrotflinte Psychopharmaka“ ableite (S. 41).

Gerade dieses therapeutische Grundstandbein der Psychiatrie, die medikamentöse Therapie, schneidet bei Weinmann extrem schlecht ab. Sowohl das Urteil über Neuroleptika als auch über Antidepressiva fällt im Grunde *vernichtend* aus! So stelle die behauptete spezifische Wirkung von Letzteren auf die Depression „weitestgehend einen Mythos dar“ (S. 120). Die Langzeitmedikation bezeichnet er als eine „vielerorts stille oder schreiende Katastrophe“ und warnt vor einem durch Psychopharma-

ka angestoßenen „Teufelskreis“, aus dem Betroffene dann nur „schwer wieder herausfinden“ könnten (S. 80f.). Geschehen kann all dies nur in Folge einer skandalösen Medikamentenforschung, deren Studien meist „falsche Ergebnisse“ (S. 14) lieferten.

Nach dieser hier nur komprimiert wiedergegebenen schonungslosen Selbstanalyse, in der Weinmann resümiert, dass die „Handlungsfähigkeit in der Psychiatrie (...) nicht zuletzt mit den Mitteln der Selbsttäuschung erkaufte“ wird (S. 13), versucht der Autor – um psychisch kranken Menschen *wirklich* helfen zu können! – seiner Disziplin ein anderes Fundament anzuempfehlen. Hierfür sieht er einen radikalen Paradigmenwechsel vonnöten: statt des biomedizinisch-psychiatrischen Modells eine neue Grundlegung im Psychosozialen, da „die wesentlichen Determinanten psychischen Krankseins sozialer Natur sind (und) (...) *außerhalb* der Psychiatrie und reinen Medizin liegen“ (S. 224, 229). Insbesondere um die Anerkennung „strukturell krank machender Bedingungen“ in der Gesellschaft, „Lebensweltorientierung“ und die „Verknüpfung psychosozialer, medizinischer und psychologischer Aspekte“ geht es (S. 213, 251, 246).

Zusammenfassend bedeutet das laut Weinmann: „Wir müssen die Art und Weise verändern, wie wir Psychiatrie betreiben“ (S. 26). Dem ist voll und ganz zuzustimmen! Und zu hoffen, dass möglichst viele aus seiner psychiatrischen Fachkollegenschaft diesen klaren Ruf hören und ihm folgen.

Jürgen Karres,
Landsberg am Lech

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

... und immer auch die psychische Gesundheit stabilisieren

Fava, G.A. (2018). Well-Being Therapie. Eine Kurzzeittherapie zur psychischen Stabilisierung. Behandlungsmanual – Arbeitsmaterialien – Klinische Anwendungen. Stuttgart: Schattauer/Klett-Cotta, 159 Seiten, 34,99 €

Wenn die Wirkung von Psychotherapie möglichst nachhaltig sein soll, muss es in der psychotherapeutischen Behandlung auch um Wohlbefinden und seelische Gesundheit gehen. Die Well-Being-Therapie (WBT) von Fava befasst sich ganz gezielt damit. Als einen gänzlich neuen Therapieansatz – wie es auf der Rückseite des Buches von Fava heißt – werden manche Leserinnen die WBT aber wohl nicht einordnen, denn sie wurde zuvor bereits in verschiedenen deutschsprachigen Fachbüchern beschrieben. Neu und sehr begrüßenswert ist allerdings, dass Favas WBT nun als kompaktes, deutschsprachiges Behandlungsmanual mit allen erforderlichen Arbeitsmaterialien vorliegt. Die Übersetzung und Bearbeitung der zuvor im Jahr 2016 im Karger-Verlag veröffentlichten englischen Version leisteten Eva-Lotta Brakemeier, Isabel Schamong und Simon Bollmann.

Bereits vor 25 Jahren begann Giovanni Fava, Psychiater, Psychotherapeut und Professor an der Universität von Bologna, sich mit der Entwicklung dieser Behandlung zur Förderung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit zu befassen. Als Kurzzeittherapie zielt sie nach Durchführung einer klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie als Sekundär- oder Tertiärtherapie im Rahmen sequentieller Behandlungsansätze darauf ab, die bereits erzielte Symptomreduktion zu stabilisieren und gesundheitsförderliche Lebenskräfte zu stärken. Sie nimmt dabei Bezug auf die zu unterstützenden und zu verbessernden Bestandteile der sechs Dimensionen

des psychologischen Wohlbefindens von Ryff, nämlich: Selbstakzeptanz, Autonomie, positive Beziehungen, Umweltbewältigung, persönliche Entwicklung und Lebenssinn. Anzumerken ist hier, dass Fava die WBT wegen dieser spezifischen Ausrichtung auf die psychologischen Dimensionen des Wohlbefindens ganz ausdrücklich von den Ansätzen der Positiven Psychologie abgrenzt. Zur Wirksamkeit der WBT liegen inzwischen zahlreiche Studien vor.

Das vorliegende Buch bietet eine kompakte Übersicht zur WBT. Im ersten Kapitel wird die historische Entwicklung der WBT anschaulich geschildert. Das zweite Kapitel beschreibt das acht Sitzungen umfassende Behandlungsprogramm und die erforderliche Eingangsdagnostik sowie ein auf nur vier Sitzungen reduziertes Kurzprogramm. Dazugehöriges, praxistaugliches Online-Arbeitsmaterial kann abgerufen werden. Eine wesentliche Intervention der WBT ist die Anleitung zur Selbstbeobachtung, bei der die Aufmerksamkeit durch das kontinuierliche Führen eines Wohlbefindens-Tagebuchs auf angenehme Gefühle und Erlebnisse gelenkt wird. Wohlbefindenstrübende Gedanken werden aufgespürt und umstrukturiert. Gemeinsam geplante Expositionen sollen die Patientinnen dazu ermutigen, sich angemessenen Herausforderungen zu stellen, die Freude und Gelingen versprechen.

Das dritte Kapitel ist störungsbezogen abgefasst. Ausführlich wird die pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung von Depression erörtert und die Therapieverbesserung durch eine sequentielle Anwendung der WBT aufgezeigt. Im Weiteren beschreibt Fava die WBT-angereicherte Behandlung von zyklischen Störungen, generalisierten Angststörungen, Panik und

Agoraphobie sowie Posttraumatischen Belastungsstörungen und diskutiert die Wirksamkeitsverbesserung. Bei Kindern und Jugendlichen kann durch die WBT die Resilienz gestärkt und eine positive psychische Entwicklung unterstützt werden. Neue Anwendungsfelder, etwa bei Gruppentherapien, Paartherapien und bei Rehabilitation körperlicher Erkrankungen, aber auch bei Essstörungen, Zwangsstörungen und der Stimulation von Resilienz bei alten Menschen, werden angesprochen.

Das vorliegende Buch ist ein praxisgeprägtes Fachbuch. Der eher erzählerische Stil mit biografischen Bezügen bietet dabei ein besonderes Lesevergnügen. Fallbeispiele und die damit verbundenen Überlegungsprozesse des Autors regen zum Mitdenken an. Fava gibt anregende Einblicke, wie er die Therapiebeziehung und einen flexiblen Therapieprozess gestaltet, bei dem es ihm stets um einen individuell ausbalancierten Weg zur Verbesserung des psychischen Funktionierens geht, bei dem alle Dimensionen des psychischen Wohlbefindens zu berücksichtigen sind. Für Berufsanfängerinnen stellt das trotz bereitgestellter Arbeitsmaterialien eine große Herausforderung dar, die ohne eine Unterstützung durch eine sachkundige Supervision kaum zu leisten ist. Möge die WBT durch das nun vorliegende deutschsprachige Manual eine größere Aufmerksamkeit erfahren und dazu anregen, stets auch eine wohlbefindensförderliche Zielsetzung bei der psychotherapeutischen Arbeit zu berücksichtigen. Das Buch ist eine empfehlenswerte Lektüre für Psychotherapeutinnen aller Erfahrungsgrade, Kolleginnen im Gesundheitsbereich und Lehrende im klinischen Bereich.

Dr. Renate Frank,
Gießen

Ein hilfreicher psychotherapeutischer Werkzeugkoffer für die Behandlung chronischer Depression

Klein, J.P., Backenstraß, M. & Schramm, E. (2018). *Therapie-Tools CBASP – Psychotherapie chronischer Depression*. Weinheim: Beltz, mit E-Book inside und Arbeitsmaterial, 138 Seiten, 39,95 €

Noch immer lässt die Verbreitung des von James McCullough entwickelten Therapieprogramms Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) für die Behandlung chronisch depressiver Patientinnen im deutschsprachigen Raum zu wünschen übrig. Dies ist bedauerlich für Menschen, die unter dieser langwierigen Erkrankung leiden: Denn CBASP ist der einzige Interventionsansatz, der speziell zur Behandlung chronischer Depressionen entwickelt wurde. Darüber hinaus handelt es sich um ein Therapieprogramm, das Anschlussmöglichkeiten an verhaltenstherapeutische, interpersonelle und psychodynamische Verfahrensansätze bietet. Umso erfreulicher ist es, dass CBASP nun Eingang in die Reihe Therapie-Tools gefunden hat, die Psychotherapeutinnen hilfreiche Werkzeugkoffer für verschiedene Störungsbilder zur Verfügung stellt.

Das Buch ist in sechs Kapitel unterteilt, die jeweils aus einer Einleitung, Erläuterungen der Arbeitsmaterialien sowie den Arbeitsblättern selbst bestehen. Während im ersten Kapitel eine Einleitung zu CBASP erfolgt, widmet sich das zweite Kapitel der Diagnostik chronischer Depressionen generell sowie einzelner CBASP-Therapiebereiche im Speziellen. Im dritten Kapitel werden Materialien für Patientinnen in psychoedukativer Form zur Verfügung gestellt. Auf diesen Informationsblättern werden Patientinnen über chronische Depressionen, CBASP sowie einzelne Therapiebausteine (Kiesler-Kreis, Er-

hebung prägender Bezugspersonen, Zusammenhang zu zwischenmenschlichem Verhalten, Situationsanalyse) aufgeklärt. Kapitel 4 und 5 stellen Tools für die Einzel- und Gruppentherapie vor. Abgerundet wird das Buch durch ein sechstes Kapitel, das Arbeitsmaterialien für die Selbsterfahrung und Supervision von CBASP beinhaltet. An dieser Stelle werden auch die Kriterien zur Zertifizierung als CBASP-Therapeutin dargestellt. Mithilfe ergänzender Informationsboxen, kurzer Zusammenfassungen sowie konkreter Fallbeispiele punktet das Buch durch Übersichtlichkeit und gestaltet sich äußerst leserfreundlich.

Besonders hervorzuheben sind die Arbeitsblätter zu häufigen Fehlern und schwierigen Situationen im Rahmen einer CBASP-Therapie. Auch erfahrenen CBASP-Therapeutinnen dürften die immer wieder auftretenden Stolpersteine geläufig sein, die im Buch sortiert nach Technik (Interpersonelle Diskriminationsübung, kontingente persönliche Reaktion etc.) vorgestellt werden, gefolgt von Lösungsvorschlägen mit konkreten Formulierungshilfen.

Kann dieses Buch als eine Bereicherung zur bereits bestehenden CBASP-Literatur betrachtet werden? Die Antwort lautet: Unbedingt. Es fasst in kompakter, praxisorientierter Form und verständlicher Sprache die zentralen Bausteine von CBASP zusammen. Das seit vielen Jahren in der CBASP Forschung und Praxis tätige Autorenteam hat mit diesem Buch einen leicht handhabbaren Leitfaden für praktizierende CBASP-Therapeutinnen geschaffen. Die zahlreichen Arbeitsmaterialien in Form von Informationsblättern eignen sich zur Strukturierung von Therapie- sowie Supervisionsstunden.

Wo liegen die Grenzen dieses Buches? Deutlich hervorzuheben ist, dass die Therapie-Tools nicht für Laien gedacht sind. Das Buch richtet sich an erprobte Psychotherapeutinnen, die bereits Praxiserfahrung in CBASP haben und mit der einschlägigen Literatur zu diesem Programm vertraut sind. So wie die konsequente Strukturierung des Buches als Stärke zu sehen ist, stellt sie gleichzeitig eine Begrenzung dar. Bei der Arbeit mit chronisch depressiven Menschen geht es noch deutlicher als bei anderen Störungsbildern um Beziehungsarbeit. Die psychotherapeutische Beziehung lässt sich jedoch kaum mit Arbeitsmaterialien strukturieren und vereinfachen. Hier sind eher Fähigkeiten wie Intuition, Spontaneität und Flexibilität von Psychotherapeutinnen gefragt – und diese lassen sich nicht mithilfe von Manualen vermitteln. Erfahrene CBASP-Therapeutinnen wissen, wie schwierig sich das Preisgeben persönlicher emotionaler Reaktionen in Form der kontingenten persönlichen Reaktion gestaltet und wie viel Feingefühl hierfür notwendig ist. Diesen Anspruch möchte das Autorenteam auch gar nicht erfüllen. Somit sind die Therapie-Tools lediglich als Ergänzung zur bestehenden Grundlagenliteratur sowie zu CBASP-Fortbildungen zu sehen.

Aus mehrjähriger Erfahrung mit dem CBASP-Programm kann ich die Therapie-Tools zu CBASP empfehlen. Sie stellen eine hilfreiche und praxisorientierte Bereicherung sowohl für Psychotherapeutinnen als auch für Patientinnen dar. Besonders praktisch ist das ergänzende E-Book, das alle Materialien in elektronischer Form zur Verfügung stellt.

Daniela Schultheis,
Karlsruhe

Leserbriefe

u. a. amtsanmaßend

Zu verschiedenen Beiträgen in der Diskussion um das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zur Humanistischen Psychotherapie (HPT), *Psychotherapeutenjournal* 4/2018, S. 353-367.

In den „Erläuterungen zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie“ (S. 353–359) findet sich auf S. 354 die Aussage: „Der WBP hat u. a. die Aufgabe der gutachterlichen Beratung von Behörden zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren nach § 11 PsychThG (...)“. Diese Auslegung des § 11 ist nicht korrekt. Der Wissenschaftliche Beirat ist ein im Psychotherapeutengesetz vorgesehenes Gremium, dessen Funktion und Aufgaben im § 11 festgeschrieben sind:

„§ 11 Wissenschaftliche Anerkennung: Soweit nach diesem Gesetz die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für die Entscheidung der zuständigen Behörde ist, soll die Behörde in Zweifelsfällen ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens eines wissenschaftlichen Beirates treffen, der gemeinsam von der auf Bundesebene zuständigen Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der ärztlichen Psychotherapeuten in der Bundesärztekammer gebildet wird. (...)“

Der WBP hat also gemäß PsychThG nicht „u. a.“, sondern *ausschließlich* die Aufgabe, Behörden in Zweifelsfällen auf Anfrage hin durch gutachterliche Stellungnahme in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen. In den „Erläuterungen“ (S. 358) wird nun versucht zu begründen, warum der WBP 2017 die Gesprächspsychotherapie ohne einen im § 11 des PsychThG vorgesehenen Prüfauftrag einer zuständigen Behörde erneut prüft. Dabei wird deutlich, dass

der WBP sich selbst ermächtigt hat, diese Prüfung vorzunehmen, und auch ignoriert, dass der Antrag der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT), in dessen Rahmen die Prüfung der Gesprächspsychotherapie durchgeführt wird, ausdrücklich keine separate Beurteilung der der HPT zugeordneten Verfahren vorsah, also auch keine separate Beurteilung der Gesprächspsychotherapie.

M. E. sind berufspolitische Interessen der Grund für eine erneute Prüfung. Mit der Behauptung, „wir Richtlinienverfahren decken doch alle Bedarfe ab“, soll die Gesprächspsychotherapie als Konkurrent aus der psychotherapeutischen Versorgung Deutschlands – aus dem „System“ – ausgeschlossen werden. Anders lässt es sich nicht erklären, dass 15 Jahre nach der ersten positiven Beurteilung der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie durch den WBP dieser 2017 unter Verwendung eines geänderten Prüfverfahrens feststellt, dass zwar 18 Wirksamkeitsstudien anerkannt werden konnten, aber dass im Bereich „Angst“ eine Studie fehlt – mit der Schlussfolgerung, die Gesprächspsychotherapie „kann somit auch nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden“ (Gutachten vom 11.12.2017, S. 32).

In seinen „Erläuterungen“ behauptet der WBP: „Der WBP hat sich schon in der Vergangenheit und wird sich auch in der Zukunft kontinuierlich für eine strukturelle (?) Psychotherapieforschung in Deutschland einsetzen, die es gerade auch innovativen und nicht hinreichend belegten psychotherapeutischen Ansätzen ermöglichen soll, die erforderliche Evidenzbasierung zu erlangen“ (S. 359).

Hätte sich der WBP tatsächlich an diese Maßgaben gehalten, dann wäre er an die Vertreter der Gesprächspsycho-

Liebe Leserinnen und Leser,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen, wenn sie das grobe Richtmaß von 2.500 Zeichen (inkl. Leerzeichen) deutlich überschreiten.

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 15. Juli 2019 bei der Redaktion (E-Mail: redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

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

therapie (z. B. Fachverbände, Wissenschaftler) herangetreten und hätte etwa vorgetragen: „Der WBP hat festgestellt, dass dem Verfahren Gesprächspsychotherapie zur ‚wissenschaftlichen Anerkennung‘ nach den neuen Kriterien des WBP nur noch eine Studie fehlt. Wir setzen daher die Prüfung für weitere drei Jahre aus und unterstützen mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln die Durchführung der fehlenden Studie.“ Ein solcher Schritt blieb allerdings aus.

Offenbar genügt dem WBP ein knappes positives Votum „mit nur einer Stimme Mehrheit“ (S. 358) als Grund für eine erneute Prüfung, aber das Fehlen einer Studie reicht ihm aus, der Gesprächspsychotherapie die Wirksamkeit in toto abzusprechen.

Schweitzer (S. 360f.), als stellvertretendes Mitglied des WBP mit dem Prüfprozess vertraut, listet sechs kritische Punkte im Zusammenhang mit diesem Prüfverfahren auf. U. a. weist er darauf

hin, dass in der Zeit der Prüfung der HPT-Verfahren kein einziges Beiratsmitglied seinen aktuellen Praxis- und Forschungsschwerpunkt in einer humanistischen Methode hatte. Dieser Umstand wurde schon mehrmals mit der Frage umschrieben: Welches Ergebnis ist zu erwarten, wenn das Verkehrsministerium die Firmen Mercedes-Benz und Volkswagen beauftragt, gutachterlich zu prüfen, ob in Deutschland auch Autos von Ford gebraucht werden?

Für die oben geäußerte Vermutung, dass die Gesprächspsychotherapie aus dem „System“ gedrängt werden soll, spricht auch die Eliminierung der Gesprächspsychotherapie aus der Neuauflage (März 2018) des von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) herausgegebenen Patientenratgebers „Wege zur Psychotherapie“. Auf Nachfrage teilte die BPTK schriftlich mit, dass im Patientenratgeber – „wie üblich“ – nur „wissenschaftlich anerkannte“ Verfahren präsentiert würden. D.h.: Das Gutachten des WBP wird hier wie eine rechtskräftige Entscheidung der zuständigen Landesgesundheitsbehörden aufgefasst, die aber keinen erneuten Prüfungsauftrag erteilt haben.

M. E. ist das eine Amtsanmaßung. Und auch Juristen, u. a. Planholz in seinem Gutachten (S. 362–367), halten das für eine Art von Amtsanmaßung. Der WBP hat bereits 2002 die Gesprächspsychotherapie begutachtet und sie als „wissenschaftlich anerkanntes“ Verfahren eingestuft. Auch dieses Gutachten ist aktuell (<https://www.wbpsychotherapie.de> [25.04.2019]) nicht mehr auf der Homepage des WBP verfügbar. Es wurde kommentarlos eliminiert, obwohl es die Grundlage für die Entscheidung der Gesundheitsbehörden der Länder war, eine Approbation zum PP mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie zuzulassen.

Die „Erläuterungen“ des WBP im Psychotherapeutenjournal 4/2018 lassen weiterhin wesentliche Fragen zur Legitimation ihres Prüfgebarens unbeantwortet. So wurden die Wirksamkeitsstudien zur Gesprächspsychotherapie nach den „neuen Kriterien“, niedergelegt im sog.

Methodenpapier, Version 2.8 (siehe Fußnote, S. 358), geprüft. Diese Kriterien gelten seit 2010. Ihre Anwendung führte zu dem Ergebnis, dass keine einzige der 2002 noch anerkannten Wirksamkeitsstudien mehr anerkannt werden konnte.

Da drängt sich doch die Frage auf, ob die vor 2010 begutachteten Verfahren, nämlich Verhaltenstherapie 2003, Psychodynamische Therapie 2004, Interpersonale Therapie 2006, EMDR 2006, Hypnotherapie 2006, Neuropsychotherapie 2008, bei einer Prüfung auf der Grundlage der neuen Kriterien diese noch bestünden.

Und der WBP hätte u. a. auch die Frage zu beantworten: Warum werden die anderen anerkannten Psychotherapieverfahren nicht einer erneuten Prüfung unterzogen?

Prof. em. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Eckert,
Hamburg

Klarstellungen

Antwort des Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer Dr. Dietrich Munz auf den Leserbrief von Prof. Jochen Eckert:

Die im Leserbrief von Prof. Jochen Eckert „u. a. amtsanmaßend“ aufgeführten Argumente erfordern aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) einige Richtigstellungen. Ergänzend zu den bereits im Psychotherapeutenjournal erschienenen Beiträgen (3/2018, S. 251–265; 4/2018, S. 353–367) werden daher in diesem Kommentar Informationen zu den angeführten Kritikpunkten zur Verfügung gestellt.

Unterstellt wird im genannten Leserbrief, dass berufspolitische Interessen Grund für eine erneute Prüfung der Gesprächspsychotherapie gewesen seien. Richtig ist, dass die Prüfung der Gesprächspsychotherapie aufgrund des Antrags der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) zur „Humanistischen Psychotherapie“ (HPT) erfolgte, in dem die Gesprächspsychotherapie als Methode der Humanistischen Psychotherapie und somit

nicht mehr als eigenständiges Verfahren definiert wurde. Verbandsmitglieder in der AGHPT sind unter anderem die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) und die Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG). Auch in der Vergangenheit hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) Anträge von Fachgesellschaften auf Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden geprüft, wenn diese gemäß dem Methodenpapier des WBP verfasst wurden. Entsprechend wurde auch der Antrag der AGHPT vom WBP angenommen und geprüft.

Im Leserbrief wird der Einsatz des WBP für die Psychotherapieforschung infrage gestellt, weil sie zu einer Aussetzung der Prüfung des AGHPT-Antrags aufgrund einer fehlenden Studie hätte führen müssen. Richtig ist, dass der WBP Anträge nach den in seinem Methodenpapier festgelegten Kriterien bewertet. Im Methodenpapier ist kein Abbruch der Bewertung aufgrund eines erwarteten ungünstigen Gutachtenergebnisses vorgesehen. Davon unabhängig setzt sich der WBP seit Jahren für eine kontinuierliche und strukturelle Psychotherapieforschung ein und hat Förderprogramme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung maßgeblich mit angestoßen. Dabei hat der WBP nicht zuletzt auf die Notwendigkeit der Forschungsförderung für bislang unzureichend beforschte und noch nicht anerkannte Psychotherapieverfahren und -methoden hingewiesen. Unabhängig davon ist eine erneute Antragsstellung zur Bewertung der Gesprächspsychotherapie bei Vorliegen neuer Evidenz jederzeit möglich.

Weiter wird in dem Leserbrief der Eindruck erweckt, dass die Mitglieder des WBP nicht über die erforderliche Expertise in Gesprächspsychotherapie verfügt hätten, weil keines der Mitglieder seinen aktuellen Praxis- und Forschungsschwerpunkt in einer humanistischen Methode hatte. Richtig ist, dass die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des WBP nicht aufgrund ihrer Ausbildung, ihrer klinischen oder For-

schungstätigkeit in einem spezifischen Psychotherapieverfahren berufen werden, sondern wegen ihrer besonderen Expertise in Psychotherapieforschung und klinischer Tätigkeit. Sie sind gerade nicht als Vertreter eines Verfahrens in den WBP entsandt worden. Darüber hinaus verfügten mehrere Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des WBP neben der vorrangig relevanten übergreifenden Kompetenz im Bereich der Psychotherapieforschung sehr wohl auch über eine vertiefte Qualifikation in Gesprächspsychotherapie.

Im Leserbrief wird ferner behauptet, dass kein einziger Wirksamkeitsbeleg aus dem Gutachten des WBP zur Gesprächspsychotherapie von 2002 im Gutachten des WBP zur HPT von 2017 als Wirksamkeitsbeleg anerkannt wurde. Richtig ist, dass alle eingereichten und zusätzlich vom WBP recherchierten Studien entsprechend des aktuell gültigen Methodenpapiers geprüft wurden. Ein Abgleich der geprüften Studien zwischen den zwei Gutachten lässt sich nicht vornehmen, da erst seit 2006 mit den Gutachten des WBP auch Übersichten über die geprüften Studien publiziert werden, aus denen die anerkannten Studien sowie die Ablehnungsgründe bei nicht anerkannten Studien hervorgehen. Wie viele und welche Studien bei Gutachten zur Gesprächspsychotherapie 1999 bzw. 2002 anerkannt wurden, lässt sich daher nicht feststellen. Festzuhalten ist zugleich, dass beispielsweise mit der Studie von Grawe & Plog (1976) eine ältere Studie, die bereits mit dem ersten Antrag zur Gesprächspsychotherapie im Jahr 1999 eingereicht worden war, beim aktuellen Gutachten des WBP zur Humanistischen Psychotherapie anerkannt worden ist.

Schließlich ist auch die Behauptung, die Gesprächspsychotherapie solle aus dem „System“ gedrängt werden, aus Sicht der BPtK nicht nachvollziehbar; sie ignoriert das Engagement der Kammern für die Gesprächspsychotherapie in den letzten 20 Jahren.

Das zentrale Problem für die Gesprächspsychotherapie ist und bleibt die fehlende sozialrechtliche Anerkennung, einhergehend mit den vielfältigen Problemen in der Aus- und Weiterbildung. Auch die bestehenden Limitationen im Bereich der Forschung erschweren eine positive Weiterentwicklung erheblich. Nichtsdestotrotz wird es erforderlich sein, methodisch hochwertige Studien zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie durchzuführen, damit die für die Methodenbewertung konsentierten Anforderungen an den Nutznachweis beim G-BA und WBP erfüllt werden können. Sobald sich die Studienlage entsprechend verändert, kann das Anerkennungsverfahren erneut begonnen werden. Ob dagegen die wiederholt vorgebrachten Unterstellungen gegenüber WBP oder BPtK dem Interesse von Psychotherapeuten mit einer Aus- oder Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie dienen und die Rolle der Gesprächspsychotherapie in der psychotherapeutischen Versorgung zu stärken vermögen, erscheint aus Sicht der BPtK sehr fraglich.

Dr. Dipl.-Psych. Dietrich Munz,
Berlin

Noch konsequenter erforschen, was unsere Patienten eigentlich wollen

Zu N. Mong, H.-S. Wendler & M. Zaudig: Wer die psychotherapeutische Sprechstunde nutzt und wie sie ankommt. Studie an einer Ausbildungsambulanz. *Psychotherapeutenjournal* 4/2018, S. 331-336.

Ich habe mich gefreut, zu lesen, dass die Ergebnisse aus der Patientenperspektive so deutlich positiv ausgefallen sind. Überrascht hat es mich allerdings nicht. Aber wenn ich an den Lärm denke, den die Mehrzahl meiner niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Vorfeld und auch noch nach Einführung dieses Angebots gemacht haben, dann freue ich mich, dass eine patientenzentrierte, strikt empirische Vorgehensweise,

also eben eine, die unsere Profession leider *nicht* konsequent nutzt, so klare Befunde erbracht hat. Die Psychotherapieforschung wäre vermutlich auch schon weiter, wenn sie sich konsequenter darum bemühen würde, zu klären, was unsere Patienten eigentlich wollen und wie sie finden, was sie bekommen (bzw. welche Komponenten unseres Angebots und Auftretens eigentlich als hilfreich empfunden werden).

Was mir nicht so gefallen hat an dem Beitrag, waren zwei Aspekte:

Erstens hätte man angesichts der empirischen Ergebnisse die Gelegenheit beim Schopf fassen müssen, auf die vonseiten der Ärzte offenbar sehr gut funktionierende Kooperation hinzuweisen, wenn nämlich neben der Selbstanmeldung die Psychiater zu den wichtigsten Zuweisern zählen. Umgekehrt liest man aus der Feder von unseren Berufskollegen ja leider selten etwas Anerkennendes oder gar Wertschätzendes über diese.

Zweitens hätte ich mir – zumal mit Blick auf die in Abb. 1 des Artikels dargestellte Verteilung der Hauptdiagnosen – gewünscht, dass man die rezidivierende depressive Störung aus der Tabelle 2 heraus gerechnet hätte bzw. jedenfalls dazu getrennte Aussagen im Text gemacht hätte. Denn dass die Störung über einen längeren Zeitraum betrachtet wiederholt auftritt, würde ich jetzt nicht unter die Überschrift einer (zumindest suggestiv als vermeidbar gedachten) „Chronifizierung“ bringen, sondern dem genuinen Charakter dieser nicht umsonst „rezidivierend“ genannten Störung zurechnen! Dass man grundsätzlich alles daransetzen sollte, Wartezeiten möglichst kurz zu halten, ist davon natürlich vollkommen unbenommen.

[...] [B]esten Dank an die Verfasser dieser interessanten kleinen Studie!

Dr. Dipl.-Psych. Gerald Ullrich,
Schwerin

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Psychotherapeutinnen brauchen bessere Rahmenbedingungen – BPtK-Präsident vom Deutschen Psychotherapeutentag im Amt bestätigt

Der 34. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) in Koblenz fand am 29. und 30. März 2019 statt. Er bestätigte mit großer Mehrheit Dr. Dietrich Munz als Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Auch Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop wurde in sein Amt wiedergewählt. Das bisherige Vorstandsmitglied Dr. Andrea Benecke rückte zur Vizepräsidentin auf. Wolfgang Schreck blieb und für den nicht mehr antretenden Peter Lehndorfer wurde als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Michaela Willhauck-Fojkar in den Vorstand gewählt.

Der 34. DPT begrüßte außerdem den Gesetzentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, der in weiten Teilen auf große Zustimmung traf. Änderungsbedarf sahen die Delegierten insbesondere bei der Heilkundeerlaubnis und einer ausreichenden Finanzierung der ambulanten Weiterbildung.

Handlungsfeld mit hoher Priorität

Die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler begrüßte die Delegierten in Koblenz. Der Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen nehme zu, gleichzeitig verknappe sich das ärztliche Versorgungsangebot. Deshalb brauche man dringend neue Modelle für eine Kooperation der Berufsgruppen und angemessene Arbeitsbedingungen. Aus ihrer Sicht werde mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes dafür ein sinnvolles und neues Fundament gelegt. Gleichzeitig werde Rheinland-Pfalz sehr dafür werben, dass für die Übergangsphase, bis die



V. l. n. r.: Sabine Maur, Dr. Dietrich Munz, Sabine Bätzing-Lichtenthäler

neuen Aus- und Weiterbildungsbedingungen greifen, die prekären Lebens- und Arbeitsbedingungen der Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) korrigiert werden.

Die Präsidentin der rheinland-pfälzischen Psychotherapeutenkammer, Sabine Maur, betonte, dass Psychologische Psychotherapeutinnen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) aus der Versorgung nicht mehr wegzudenken seien, im ambulanten Bereich genauso wenig wie im Krankenhaus und in anderen institutionellen Bereichen. Es sei an der Zeit, die Rahmenbedingungen für Psychotherapeutinnen in allen Tätigkeitsbereichen angemessen zu verbessern. Dabei gehe es nicht nur um eine bessere Vergütung, sondern insbesondere im stationären Bereich auch um Leitungsfunktionen.

Reform der Psychotherapeutenausbildung – positive Resonanz auf den Gesetzentwurf

Zentrales Thema des DPT in Koblenz war die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Große Zustimmung fand der vorliegende Gesetzentwurf. Der Gesetzentwurf bringe „in weiten Teilen, was wir wollen“, und das sei insgesamt „ein großer Erfolg für uns als Profession“, hielten Delegierte fest.

Berufliche Selbstverwaltung vor Eingriff schützen

Eingangs der Debatte hatte der Präsident der BPtK, Dr. Dietrich Munz, deutlich gemacht, dass er sich einen Schulterschluss zwischen den Bundeskammern der akademischen Heilberufe wünsche, wenn es darum gehe, den Zuständigkeitsbereich der beruflichen Selbstverwaltung vor staatlichen Eingriffen zu schützen. Ein solcher

Eingriff in die berufliche Selbstverwaltung sei die derzeit geplante Heilkundeerlaubnis. Psychotherapeutinnen seien Angehörige eines verkammerten Heilberufes und es entspreche dem beruflichen Selbstverständnis aller Psychotherapeutinnen, ihre Patientinnen ausschließlich mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren zu behandeln. Dies müsse weder den Kammern noch den Kammermitgliedern gesetzlich vorgegeben werden. Delegierte sahen in der jetzigen Legaldefinition ein wichtiges Referenzsystem für die Entwicklung der Profession in den letzten 20 Jahren. Dem hielten Andere entgegen, dass die Orientierung an Wissenschaftlichkeit den Psychotherapeutinnen nicht ins Gesetz geschrieben werden müsse, das sei für die Profession eine Selbstverständlichkeit.

Zentrale Anliegen bereits berücksichtigt

BPtK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop betonte in seiner Analyse des Gesetzesentwurfes, dass damit zentrale Anliegen der Profession bereits aufgegriffen sind, wie einheitlich und breiter aufgestellte Ausbildungsinhalte auf Masterniveau, Approbation und anschließende Weiterbildung in Berufstätigkeit, Ermächtigung der heutigen Ausbildungsstätten als Weiterbildungsstätten für

die ambulante Weiterbildung und die Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin/Psychotherapeut“. Diesen Erfolg verdanke man auch der gemeinsamen Arbeit im Projekt „Transition“. Wichtig sei es, auch für die heutigen PiA Lösungen zu finden. Zum einen gehe es darum, möglichst kurzfristig Studierenden die Aufnahme eines Masterstudienganges zu ermöglichen, der zur Approbation führt. Zum anderen müssten diejenigen, die noch nach heutigem Recht ausgebildet werden, während der praktischen Tätigkeit ein angemessenes Einkommen erzielen können und von den erheblichen Selbstbeteiligungen für die Ausbildung befreit werden.

Einen besonderen Stellenwert habe auch die Formulierung guter Übergangsregelungen für die jetzigen KJP. Wie im BPtK-Gesamtkonzept vorgesehen, sollten sie über Anpassungslehrgänge oder staatliche Ergänzungsprüfungen ihre Approbation berufsrechtlich auf die Behandlung von Erwachsenen erweitern können.

Finanzierung der ambulanten Weiterbildung

Peter Lehndorfer skizzierte für den Vorstand die Reformüberlegungen zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Ein großer Erfolg sei die Ermächtigung der heutigen Ausbildungsambu-

lanzen als Weiterbildungsambulanzen mit dem geplanten § 117 SGB V. Die BPtK begrüße sehr, dass mit dieser Regelung ein Bestandschutz für die heutigen Ausbildungsstätten als künftige Weiterbildungsstätten verbunden sei.

Die für die Versorgungsleistungen der Psychotherapeutinnen in Weiterbildung (PiW) erzielte Vergütung würde jedoch nicht ausreichen, um den PiW tarifanaloge Gehälter zu sichern und eine Selbstbeteiligung überflüssig zu machen. Der Vorstand präferiere eine Förderung der ambulanten Weiterbildung, die sich am Modell für Fachärztinnen für Allgemeinmedizin orientiere.

Fakultative Weiterbildung im institutionellen Bereich

BPtK-Vorstand Wolfgang Schreck skizzierte eine fakultative Weiterbildungsmöglichkeit im institutionellen Bereich, wie z. B. in Einrichtungen der Jugendhilfe, in denen psychisch kranke Kinder oder Jugendliche betreut und behandelt werden. Psychotherapeutische Kompetenzen seien in den sozialpsychiatrischen Diensten, der Behindertenhilfe, der Suchthilfe und der Jugendhilfe erforderlich. Dort gebe es einen großen und wachsenden Bedarf an Psychotherapie. Um diesen Bedarf zu decken, brauche es aber auch eine spezifische Qualifizierung für diese Tätigkeiten. Der



Wolfgang Schreck



Dr. Andrea Benecke



Dr. Nikolaus Melcop

Vorstand schlage deshalb vor, bei den Regelungen zu einer fakultativen Weiterbildung eine Art „Wahlstation“ im institutionellen Bereich vorzusehen. Die BPTK arbeite in einer Fortführung des Projektes „Transition“ mit Expertinnen daran, die Bedingungen für eine Weiterbildung im institutionellen Bereich zu beschreiben und bei den Trägerorganisationen dafür zu werben, dass eine solche Weiterbildung auch umsetzbar werde.

Projekt „Musterweiterbildungsordnung“

BPTK-Vorstand Dr. Andrea Benecke skizzierte, wie die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) auf der Basis der Reform der Psychotherapeutenausbildung weiterentwickelt werden könnte. Der BPTK-Vorstand schlage ein mit dem Projekt „Transition“ vergleichbares Vorgehen vor. Die Planung und Steuerung des Projektes MWBO soll beim Vorstand und der Bund-Länder-AG, in der der Vorstand, die Kammerpräsidentinnen und eine Vertreterin der KJP aus dem Länderrat tätig sind, liegen. Dabei sei es hilfreich, dass der gesamte Entwicklungsprozess durch eine ständige Kommission der Kammerjuristinnen fachlich begleitet werde. Für die inhaltliche Arbeit könne sich der Vorstand vorstellen, eine übergeordnete AG Weiterbildung zu bilden, die zusammen mit Unterarbeitsgruppen Entwürfe auf der Basis der Ergebnisse von Fachgesprächen und Online-Befragungen entwickelt. Sie hoffe, dass es mit solch einer Matrixstruktur gelingt, das Gemeinsame und Spezifische in den Altersgebieten, den Psychotherapieverfahren, aber auch für den ambulanten, stationären und institutionellen Bereich der Weiterbildung adäquat zu berücksichtigen.

Berufsgruppenübergreifende koordinierte, strukturierte Versorgung

Im Bericht des Vorstandes erinnerte BPTK-Präsident Dr. Munz an die gemeinsame Aktion der psychotherapeutischen Verbände und Kammern zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte darin beauftragt

Alkoholstörungen in der psychotherapeutischen Praxis – 2. Broschüre der BPTK-Reihe „Leitlinien-Info“ erschienen

Einen praxisorientierten Überblick über die Inhalte und Empfehlungen der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ gibt die neue BPTK-Leitlinien-Info „Alkoholstörungen“. Abbildungen und Schaubilder ergänzen die Info und geben einen schnellen Überblick über die Versorgung von Alkoholstörungen sowie das Suchthilfesystem.

Die Broschüre soll auch über eine leitlinienorientierte Behandlung von Patientinnen mit Alkoholstörungen in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis informieren. Sie soll dazu anregen, den Alkoholkonsum der Patientinnen systematischer abzufragen und zu einer besseren Erkennung von Alkoholstörungen beitragen. Als Praxismaterial enthält die Leitlinien-Info deshalb auch einen Fragebogen („AUDIT“) in der Lang- und Kurzversion, der von der Leitlinie als Screening-Instrument empfohlen wird. Die „Leitlinien-Info Alkoholstörungen“ kann auf der BPTK-Homepage als PDF-Datei heruntergeladen werden.

werden, eine gestufte und gesteuerte Versorgung im Bereich der Psychotherapie einzuführen. Gemeinsam habe die Profession den Aufbau einer weiteren Hürde beim Zugang zur Psychotherapie verhindert und damit für psychisch kranke Menschen viel erreicht. Nun finde sich eine Regelung zur berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Versorgung im Entwurf des Psychotherapeutenreformgesetzes. Dabei gehe es seinem Eindruck nach tatsächlich um eine bessere Versorgung für Menschen, die nicht nur Psychotherapie und Pharmakotherapie brauchen, sondern zusätzlich auch psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie und Ergotherapie. Für diese Patientinnen soll der G-BA ein Versorgungskonzept entwickeln. Ein solches Konzept, adäquat beschrieben und vergütet, könnte wirklich zu einer besseren Versorgung dieser Patientengruppen führen.

Dafür müssten Psychotherapeutinnen allerdings auch die Befugnis erhalten, Ergotherapie und psychiatrische Krankenpflege zu verordnen. Wünschenswert sei außerdem, dass noch im Gesetzesauftrag präzisiert werde, dass es wirklich um Patientinnen mit komplexem Behandlungsbedarf gehe. Zumal im Gesetzestext auch stehe: „Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren.“ Der Bundesrat habe in seiner Stellungnahme seiner Befürchtung Ausdruck verliehen, dass die Bundesregierung mit die-

ser Regelung an ihrem ursprünglichen Vorschlag weiter festhalte und zusätzliche Hürden beim Zugang zur Psychotherapie aufbaue. Auch die BPTK sehe diese Gefahr. Deshalb müsse diese Passage unbedingt gestrichen werden. Der DPT verabschiedete zu dem Sachverhalt mit großer Mehrheit eine Resolution „Multiprofessionelle Versorgung für psychisch kranke Menschen mit komplexem Leistungsbedarf fördern!“.

Digitalisierung nicht um den Preis des Patientenschutzes

Der BPTK-Präsident betonte, dass es zu den Sorgfaltspflichten der Psychotherapeutinnen bei einer Videobehandlung gehöre, in der Sprechstunde oder zu Beginn der Probatorik mindestens einmal direkten Kontakt zu ihren Patientinnen zu haben. Dies erfordere der Patientenschutz, liege aber auch im Interesse der Profession. Ohne solche Regelungen würden wahrscheinlich noch viel mehr Klinikträger oder andere Unternehmen auf den Markt drängen, die über Verträge mit den Krankenkassen reine Videobehandlungen anbieten. Die Patientinnen sähen dann unter Umständen niemals ihre Psychotherapeutinnen und zusätzlich müssten die Psychotherapeutinnen bei ihrer Anstellung in den Versorgungszentren eine schlechte Vergütung und Vorgaben bei der Behandlungsdauer akzeptieren, die niemand wolle. Der DPT verabschiedete mit großer Mehrheit die Resolution „Videobehandlung patientenorientiert in die psychotherapeutische Versorgung integrieren“.

Künftiger Vorstand ohne Peter Lehndorfer

Vor Eintritt in die Neuwahl des Vorstands dankte BPtK-Präsident Munz dem bisherigen Vizepräsidenten Peter Lehndorfer für seine Arbeit im Vorstand. Lehndorfer war Mitglied des ersten Vorstandes der BPtK seit 2003 und hat damit 16 Jahre die Geschichte der BPtK geprägt. Er sei mit Herzblut für die Belange psychisch kranker Menschen und der Psychotherapeutinnen eingetreten. Dabei lag sein Schwerpunkt in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, in der Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und der Vertretung der Interessen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen. Ihm falle, so Dr. Munz, nach so vielen Jahren konstruktiver gemeinsamer Arbeit dieser Abschied sehr schwer und er hoffe, dass Peter Lehndorfer in anderer Funktion der BPtK noch etwas erhalten bleibe. Der DPT dankte Peter Lehndorfer mit langanhaltendem stehendem Applaus für sein jahrelanges Engagement.

Wahl des Vorstands der BPtK

Dr. Dietrich Munz bewarb sich erneut für das Amt des Präsidenten. Er habe vor vier Jahren kandidiert und gesagt, das Amt des Präsidenten sei für ihn eine große Ehre und Herausforderung. Heute könne er ergänzen, es sei damit auch eine große Freude verbunden,



Peter Lehndorfer

wenn man was erreichen könne, was bleibt.

Für das Amt der Präsidentin kandidierte ebenfalls Frau Dagmar Schulz, Delegierte aus Schleswig-Holstein. Ihr Anliegen sei, dass der DPT eine Wahl habe. Sie wolle als Freigeist und unabhängige Frau kandidieren. Im anschließenden Wahlgang wurde Dr. Munz zum Präsidenten der BPtK gewählt.

Für ein Amt als Vizepräsident kandidierte erneut Dr. Nikolaus Melcop. Für ihn sei es in der nächsten Amtsperiode wichtig, die Konsequenzen der Digitalisierung nicht nur für das Gesund-

heitssystem, sondern für die gesamte Gesellschaft und die Beziehungen der Menschen zueinander in den Blick zu nehmen. Dr. Melcop wurde ohne Gegenkandidaten mit großer Mehrheit im Amt des Vizepräsidenten bestätigt.

Das bisherige Vorstandsmitglied Dr. Andrea Benecke kandidierte für das Amt der Vizepräsidentin der BPtK. Ihr werde es wie in der letzten Wahlperiode darum gehen, dass die Profession ihr eigenes Selbstverständnis entwickle und die unterschiedlichen Arbeitsfelder stärke und weiter ausbaue. Benecke wurde ohne Gegenkandidatin mit großer Mehrheit zur Vizepräsidentin der BPtK gewählt.



V. l. n. r.: Bettina Meisel, Ariadne Sartorius, Michaela Willhauck-Fojkar

Im vierten Wahlgang kandidierten drei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen. Bettina Meisel arbeitet als niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Sie kandidiere für den Vorstand, um die Themen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen konstruktiv zu vertreten und die Reform der Psychotherapeutenausbildung und -weiterbildung mitzugestalten. Außerdem kandidierte Ariadne Sartorius. Sie ist niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Sie wolle verstärkt nach Möglichkeiten einer besseren Kooperation und Koordination suchen, da dies für sie ein Schlüssel zur Verbesserung der Versorgung sei. Sie wolle sich konstruktiv in die Reform



V. l. n. r.: Dr. Nikolaus Melcop, Michaela Willhauck-Fojkar, Dr. Dietrich Munz, Dr. Andrea Benecke, Wolfgang Schreck

der Psychotherapeutenaus- und -weiterbildung einbringen und sich weiter in der Leitlinienarbeit engagieren und hier insbesondere für Verfahrensvielfalt eintreten. Weiterhin bewarb sich Michaela Willhauck-Fojkar. Sie ist niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Es sei ihr ein großes Anliegen, Kinder und Jugendliche dort behandeln zu können, wo sie es brauchen, also zum Beispiel auch Versorgungsangebote in Ganztagschulen machen zu können. Wichtig sei es auch, angesichts der vielen Kinder mit Migrationshintergrund, dass ausreichend kompetente Dolmetscher zur Verfügung gestellt werden. Der DPT wählte mit großer Mehrheit Michaela Willhauck-Fojkar als Beisitzerin in den Vorstand der BPTK.

Im letzten Wahlgang kandidierte Wolfgang Schreck erneut für den Vorstand der BPTK. Er habe gern im Vorstand der BPTK gearbeitet und sei zufrieden mit dem, was man im Kontext der Weiterbildung im institutionellen Bereich anschieben konnte. Er habe sich im Vorstand der BPTK immer als Teil einer Mannschaft verstanden und er würde sich sehr freuen, wenn man auch künftig gemeinsam diese Mannschaftsleistung abrufen könne. Gegen Wolfgang Schreck kandidierte Dagmar Schulz. Wolfgang Schreck wurde vom DPT mit

großer Mehrheit zum zweiten Beisitzer in den Vorstand der BPTK gewählt.

Anschließend wählte der DPT als Vertretung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen im Länderrat Peter Lehndorfer und Cornelia Metge sowie Bernhard Moors und Ariadne Sartorius als deren Stellvertretung.

Resolutionen

Neben den Resolutionen „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unter fairen Bedingungen für die Versorgung qualifizieren“, „Videobehandlung patientenorientiert in psychotherapeutische Versorgung integrieren!“ und „Multiprofessionelle Versorgung für psychisch kranke Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf fördern!“ diskutierten die Delegierten noch die folgenden Resolutionen und beschlossen diese jeweils mit großer Mehrheit:

Kinderrechte gehören ins Grundgesetz

Der DPT unterstützte die Initiative des Aktionsbündnisses „Kinderrechte ins Grundgesetz“ mit einer Resolution. Die Aufnahme der Kinderrechte in das deutsche Grundgesetz lege den Entscheidungsträgerinnen in Politik, Rechtspre-

chung und Verwaltung im besonderen Maße nahe, die Interessen von Kindern und Jugendlichen bei all ihren Entscheidungen zu berücksichtigen.

Psychotherapeutische Versorgung in psychiatrischen Kliniken verbessern

Der DPT forderte den G-BA auf, innerhalb der gesetzlichen Frist dem Auftrag des Gesetzgebers zur Vorlage von neuen Personalmindestanforderungen nachzukommen. Man brauche diese Personalmindestanforderungen für eine Weiterentwicklung der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen und eine leitliniengerechte Behandlung dieser Patientinnen.

Gutachten in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Der DPT forderte, im vorliegenden Referentenentwurf zum „Geordnete-Rückkehr-Gesetz“ auf die Einschränkung der berechtigten Gutachterinnen zu verzichten. Ein Ausschluss der PP und KJP sei nicht nachvollziehbar, denn diese verfügen über die Qualifikation, Diagnosen psychischer Erkrankungen fachgerecht zu stellen und den entsprechenden Behandlungsbedarf einzuschätzen.

Psychotherapeutinnen müssen dem öffentlichen Dienst erhalten bleiben

Ausgangspunkt der Resolution war, dass im März 2019, 20 Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz, PP und KJP im Tarifvertrag der Länder als eigene Berufsgruppe eingeordnet wurden. Allerdings erfolgte diese Einordnung nicht auf Facharztniveau mit der Konsequenz, dass Psychotherapeutinnen nicht entsprechend honoriert werden. Der DPT wendete sich mit seiner Resolution gegen diese Abwertung des Kompetenzprofils der Psychotherapeutinnen.

Geschäftsstelle

Klosterstr. 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,

die Wahlen zur Vertreterversammlung und die Bestätigung von vier Mitgliedern im Vorstand zeigen das Vertrauen in die politische Arbeit der Psychotherapeutenkammer in Baden-Württemberg. Nachdem Kristiane Göpel, für deren jahrelange Mitarbeit im Kammervorstand wir herzlich danken, nicht mehr kandidiert hat, wurde Dorothea Groschwitz als Vertreterin der KJP in den Vorstand gewählt.

Nicht nur im Land, sondern auch auf Bundesebene findet die Mitarbeit unserer Kolleginnen und Kollegen aus Baden-Württemberg Anerkennung. Dr. Dietrich Munz wurde als Präsident der BPtK im Amt bestätigt und wir gratulieren Michaela Willhauck-Fojkar zu Ihrer Wahl zum Mitglied als Vertreterin der KJP im Vorstand der BPtK. Wir freuen uns, dass sie in der Landeskammer weiterhin beispielsweise als Vorsitzende des KJP-Ausschusses aktiv sein wird.

Den neu gewählten Mitgliedern der Kammerausschüsse gratulieren wir zur Wahl und danken für ihre Bereitschaft, die Kammerarbeit aktiv mit-

zugestalten und dazu beizutragen, dass verschiedene Perspektiven und Positionen in der Kammer vertreten sind. Sowohl in den Ausschüssen als auch im Vorstand sind diese ausführlich zu diskutieren, um politische gute Lösungen für die anstehenden Entscheidungen bspw. zur künftigen Aus- und Weiterbildung oder zu Versorgungsfragen hier in Baden-Württemberg zu erarbeiten. Gute politische Entscheidungsfindung bedeutet auch, gute Kompromisse zu finden.

Wir verbleiben mit den besten Wünschen für eine schöne und hoffentlich auch erholsame Sommerzeit

Ihr Kammervorstand

Dietrich Munz, Martin Klett,
Dorothea Groschwitz, Birgitt Lackus-Reiter und
Roland Straub

Vertreterversammlung am 6. April 2019

In Ergänzung zum schriftlich vorliegenden Bericht des Vorstandes berichtete Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz über die neue Bedarfsplanungsrichtlinie, die zum 1. Juli 2019 in Kraft treten soll. Die Richtlinie und die Stellungnahme der BPtK dazu wurden z. T. kontrovers diskutiert.

Nach der Diskussion über den gesamten Vorstandsbericht wurde die Beratung und Beschlussfassung zur Änderung der Umlageordnung aufgerufen. Geändert wurde die Beitragsregelung für Mitglieder mit geringfügigem oder keinem beruflichen Einkommen

nach dem 67. Lebensjahr. Die Neuregelung ist einsehbar unter:
<https://www.lpk-bw.de/node/35>

Anschließend stellte Dipl.-Psych. Ulrike Böker das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in einem Vortrag dar. Das Gesetz wurde ausführlich diskutiert und in manchen Teilen auch kritisiert.

Nach der Mittagspause wurde das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThGAusbRefG) besprochen. Dr. Munz stellte den aktuellen Stand dar, in der anschließenden

Diskussion wurde insbesondere die Forderung nach einer ausreichenden Finanzierung der ambulanten Weiterbildung erhoben und die Sicherung der Verfahrensvielfalt im Studium angemahnt. Kritisiert wurde die fehlende Möglichkeit, dass nach dem alten PsychThG approbierte KJP berufsrechtlich durch entsprechende Nachqualifizierungen auch Erwachsene behandeln können. Zum § 92 des Kabinettsentwurfs zum PsychThGAusbRefG wurde anschließend eine Resolution verabschiedet: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2019/20190406-vv-resolution-paragraph92-final.pdf>

Dr. Dietrich Munz als Kammerpräsident wiedergewählt

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat in der konstituierenden Sitzung am 23. Februar 2019 Dr. Dietrich Munz als Präsident für weitere fünf Jahre bestätigt. Ebenfalls weiter im Amt bleiben Martin Klett als Vizepräsident sowie Birgitt Lackus-Reitter und Dr. Roland Straub als Mitglieder des fünfköpfigen Vorstands. Neu in den Vorstand gewählt wurde Dorothea Groschwitz.

Dr. Munz, der zwei Wochen später auch als BPtK-Präsident wiedergewählt wurde, hob hervor, dass in den nächsten Jahren vielfältige Aufgaben und Herausforderungen anstehen, die die Landespsychotherapeutenkammern mitgestalten müssten und dies auch würden. In vorderster Linie nannte er die Umsetzung der Reform des Psychotherapeutengesetzes, insbesondere der von den Hochschulen neu einzurichtenden spezialisierten Studiengänge. „Hier werden wir eng mit den Hochschulen kooperieren“, meinte Dr. Munz. „Ich gehe auch davon aus, dass die LPK in die Akkreditierung der künftigen Bachelorstudiengänge und die Bewertung der Masterstudiengänge einbezogen sein wird“.

Eine weitere wichtige Konsequenz der Reform sei, so Dr. Munz, die Umsetzung der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten. Es sei hier eine genuine Aufgabe der Kammern, die Regularien zu schaffen, wie die strukturelle und fachlich inhaltliche Ausgestaltung der zukünftigen Weiterbildung auszusehen habe.



Der neue Vorstand (v. l. n. r.): Dr. Roland Straub, Dorothea Groschwitz, Birgitt Lackus-Reitter, Martin Klett und Dr. Dietrich Munz

Dr. Munz sah dieses und weitere Themen (z. B. Digitalisierung) eingeordnet in die umfassendere Aufgabe der Kammer, sich auf allen Ebenen für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Baden-Württemberg dort einzusetzen, wo sie zu verbessern sei. „Wir können feststellen, dass die Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg vergleichsweise gut ist, ich sehe jedoch nach wie vor auch Versorgungslücken, zum Beispiel in ländlichen Regionen“.

Dr. Munz wies dabei auch auf die sehr gute Zusammenarbeit der Heilberufekammern in Baden-Württemberg hin, die LPK sei ein wichtiger Partner, der bei Fragen zur psychischen Gesundheit immer angehört werde. „In enger

Abstimmung mit den anderen Heilberufekammern hoffen wir, dass die Kammern in den nächsten Jahren als Approbationsbehörden anerkannt werden und wir diese Aufgabe übernehmen können“, ein wichtiges gemeinsames Ziel, wie Dr. Munz betonte.

Neben der Vorstandswahl wurden auch die Kammerausschüsse neu besetzt, die Vorsitzenden sind: Dr. Peter Baumgartner (Berufsordnung), Mareke Santos-Dodt (Aus-, Fort- und Weiterbildung), Dr. Jürgen Wild (Qualitätssicherung), Ulrike Böker (Ambulante Versorgung), Ullrich Böttinger (Psychotherapie in Institutionen) und Michaela Willhauck-Fojkar (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie); weitere Infos unter:

<https://www.lpk-bw.de/node/864>

Yvik Adler, Co-Präsidentin der Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) im Gespräch mit der LPK

Im Gespräch mit Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz und LPK-Referent Dr. Rüdiger Nübling informierte sich Yvik Adler über die Situation der Psychotherapie in Deutschland, insbesondere über die Entwicklung vor und seit dem Psychotherapeutengesetz 1999. Hintergrund ihres Besuchs war, dass

die Schweizer Psychotherapeutinnen nach wie vor – ähnlich der Situation in Deutschland vor dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) – als „technischer Hilfsberuf“ und unter „Kontrolle und Aufsicht“ v. a. der Psychiaterinnen arbeiten müssen und dies nun nach langen und schwierigen Verhandlungen

mit dem Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) geändert werden soll.

Die FSP hat, wie Yvik Adler berichtete, derzeit ca. 8.000 Mitglieder, davon seien etwa 60 % Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die FSP habe jüngst eine umfangreiche Petition an das

EDI übergeben, in dem eine Neuregelung der Arbeit und Finanzierung ambulanter Psychotherapie gefordert werde. Die Aktion habe landesweite Aufmerksamkeit auf die Situation psychisch kranker Menschen und der Möglichkeit der psychotherapeutischen Behandlung gelenkt, sogar das Schweizer Fernsehen habe mehrfach darüber berichtet. Es gebe in der Gesundheitspolitik einigen Widerstand, insbesondere befürchte man eine „Mengenausweitung“ von Psychotherapie. Mit dem derzeit diskutierten „Anordnungsmodell“ würde es erstmals in der Schweiz möglich, dass eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutinnen selbstständig via Grundversicherung abrechnen könnten.

Dr. Munz informierte über das Zustandekommen des PsychThG vor 20 Jahren und auch über den aktuellen Stand der



Dr. Munz und Yvik Adler

Diskussion über die Ausbildungsreform. Wichtig sei dabei gewesen, dass sich durch die Bildung der Kammern die Profession v. a. von der Gesundheitspolitik als wesentlicher Ansprechpartner bezüglich psychotherapeutischer Versorgung gesehen wurde. U. a. wurde die Berufsaufsicht an die Kammern übertragen und damit deren Verantwortung für die Regelung von Berufsangelegenheiten (z. B. Berufsordnung, Berufsgerichte

etc.). Wie die anderen Heilberufe (Ärztinnen, Apothekerinnen, Tierärztinnen) sei man als „freier Beruf“ in die Heilberufekammer-Gesetze der jeweiligen Länder integriert worden. Ein weiterer wesentlicher Punkt sei, wie Dr. Munz ausführte, dass durch die Verkammerung ein Zugang zu allen approbierten Psychotherapeutinnen bestehe und die Kammer im Namen aller sprechen könne.

Co-Präsidentin Adler nannte diese Entwicklung im Vergleich zur Schweiz „beneidenswert“ und verband dies mit dem Wunsch, dass zumindest näherungsweise auch entsprechende eidgenössische Entwicklungen möglich sein könnten. Es wurde weiterer Austausch zwischen der FSP und der LPK BW vereinbart. Ausführlicher Bericht und Infos unter:

<https://www.lpk-bw.de/node/932/>

Landespsychologenkonzferenz und „Kammer im Gespräch“ am 19. März 2019

Auch dieses Jahr führte die LPK in Kooperation mit dem Landesverband der Klinikpsychologinnen und -psychotherapeuten wieder eine ganztägige Fortbildungsveranstaltung durch, bei der nachmittags im Forum „Kammer im Gespräch“ aktuelle, vor allem die Angestellten betreffenden Themen mit dem Kammervorstand ausgetauscht werden konnten. In diesem Jahr lud PD Dr. Zrinca Sosic-Vasic, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III und Leiterin des Ausbildungsinstituts AWIP als Gastgeberin in das Tagungshaus der Uni Ulm, die Villa Eberhardt, ein.

Ca. 40 Kolleginnen überwiegend aus (teil-)stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik Baden-Württembergs, davon ein Viertel in Kliniken tätige PiAs, folgten dieser Einladung.

Harry de Maddalena, Mitglied der PP-/KJP-Bundesfachkommission bei ver.di informierte kurz zum Ergebnis der Tarifverhandlungen im Länderbereich und dazu, dass für die Tätigkeitsmerkmale im TV-L nun neben „Ärzte, Apotheker, Tierärzte und Zahnärzte“ ein neuer Unterpunkt: „Psychotherapeuten – Entgeltgruppe 14“ eingefügt wurde. Er erläuterte, welche

positiven und negativen Auswirkungen damit verbunden seien und dass dieses Ergebnis weiterer Bemühungen hinsichtlich des Ziels EG 15 bedürfe.

In ad hoc gebildeten Arbeitsgruppen erfolgte dann zu gewählten Themen (Stand Kabinettsentwurf und Umsetzung der Weiterbildung in den Kliniken/ Psychotherapeuteninnen in den psychiatrischen Einrichtungen – Grenzen, Chancen und strukturelle Probleme/ dto. für Rehakliniken und für PiA) ein vertiefter Austausch.

Am Nachmittag setzte sich die Tagung mit einer Fortbildung zum Thema „Verbale und körperliche Übergriffe im Dienst“ fort. Dr. Britta Jäntschi, stv. Leiterin des Instituts für Klinische Psychologie am Zentrum für Seelische Gesundheit des Klinikums Stuttgart (Leitung Prof. Backenstrass) stellte ein Konzept vor zum strukturellen Aufbau eines „Multiprofessionellen Kriseninterventionsteams“ (MKIT). Dieses dient der Unterstützung betroffener Mitarbeiterinnen, wobei die hierarchischen, strukturellen und finanziellen Besonderheiten Berücksichtigung finden. Es wurde für das Gesamtklinikum Stuttgart erstellt.

In dem Forum „Kammer im Gespräch“ informierte LPK-Präsident Dr. Munz zum aktuellen Stand des Referentenentwurfs zum neuen Psychotherapeutengesetz und laufenden Gesprächsterminen mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und innerhalb der Verbände. Fragen zielten z. B. auf das geplante weitere Ablaufszenarium bezüglich des Auftrages an den G-BA zur Festlegung der Personalausstattung auf der Basis der derzeit noch in Bearbeitung befindlichen sog. Wittchen-Studie und den zu erwartenden Problemen, da die PsychPV Ende Juni außer Kraft tritt. Er wies anhand einiger Beispiele auf die vielen noch offenen Fragen hin, die in Bezug auf die Weiterbildung in den Kliniken dann noch zu klären sind, so etwa die Frage, ob die Weiterbildungsassistenz dann über Stellen der Institute finanziert sein wird. Wenn diese Stellen in Kliniken eingesetzt würden, seien z. B. arbeitsrechtliche Probleme zu erwarten und auch Fragen der Weisungsbefugnis (Institut oder Chef der Abteilung). Ausführlicher Bericht und Vorträge unter:

<https://www.lpk-bw.de/node/943>

Veranstaltungen

Psychotherapie & Vernetzung Frühe Hilfen. Fortbildungsveranstaltung in Freiburg, 26. Juni 2019, 15–19 Uhr. Veranstalter ist die KVBW in Zusammenarbeit mit der LPK Baden-Württemberg.

Nachdem eine ähnliche Veranstaltung im vergangenen Jahr in Stuttgart zu einer sehr positiven Resonanz und dem Wunsch nach einem nochmaligen Angebot geführt hat, wurde nun Freiburg als Veranstaltungsort gewählt.

Frühe Hilfen haben sich als Unterstützungssysteme für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zu drei Jahren sowie für werdende Eltern flächendeckend in allen Städten und Landkreisen etabliert. Dabei sind sowohl PP als auch

KJP immer wichtigere Partner im Netzwerk Frühe Hilfen geworden. Patientinnen benötigen häufig auch als Eltern Unterstützung, zu der Psychotherapeutinnen vermitteln können. In den Frühen Hilfen wiederum werden viele Eltern mit psychischen Erkrankungen niederschwellig erreicht, die zusätzlicher therapeutischer Unterstützung bedürfen. Für Kleinkinder besteht therapeutischer Unterstützungsbedarf oder es sind Mutter-Kind-Behandlungen angezeigt.

In der Fortbildung werden Grundlagen, Fragen und Perspektiven der Kooperation zwischen Psychotherapie und Frühen Hilfen aufgezeigt sowie konkrete Informationen über die Arbeitsweise der Frühen Hilfen gegeben. Dabei wird

auch das bereits seit vielen Jahren laufende Angebot „Vernetzung von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln mit Angeboten der Frühen Hilfen“ vorgestellt. Weitere Infos im Flyer unter: www.lpk-bw.de/fortbildung/veranstaltungen

Geschäftsstelle

Jägerstr. 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

Fünfte Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer

vom 6. Mai 2019

Aufgrund der §§ 9, 23 Abs. 1, § 24 Abs. 1 und 2 des Heilberufe-Kammergesetzes (HBKG) Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. BW v. 17. Mai 1995, S. 314), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes, des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Baden-Württemberg und der Verordnung des Innenministeriums über die Durchführung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes vom 17. Dezember 2015 (GBl. BW v. 29. Dezember 2015, S. 1234), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer in ihrer Sitzung am 6. April 2019 die folgende Satzung beschlossen:

Artikel 1 Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer

Die Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 18. Oktober 2008 (Psychotherapeutenjournal 4/2008, S. 375, Einhefter, S. 2), zuletzt geändert durch die vierte Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 12. Dezember 2016 (Psychotherapeutenjournal 4/2016, S. 400) wird wie folgt geändert:

§ 3 erhält folgende Änderungen:

Es wird folgender Absatz 3 neu angefügt:

„Beitragspflichtige, die nach Vollendung des 70. Lebensjahres in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren den Nachweis geführt haben, keine oder nur noch gering-

fügige Einkünfte (§ 2 Abs. 6 Satz 4) aus der Berufstätigkeit zu erzielen, sind nicht mehr nachweispflichtig. Unbeschadet davon bleibt die Verpflichtung nach der Meldeordnung, die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit bei der Kammer anzuzeigen; werden dabei mehr als nur geringfügige Einkünfte erzielt, kann die Kammer erneut Nachweise verlangen.“

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 Inkrafttreten

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Umlageordnung tritt erstmals zum Beitragsjahr 2020, am 1. Januar 2020, in Kraft.

Vorstehende Fünfte Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 16.04.2019, Az.: 31-5415.5-003/1, hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Stuttgart, den 6. Mai 2019

gez. Dr. Dietrich Munz
Präsident

180 neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmerinnen informierten sich über die Kammer

Die alljährliche Informationsveranstaltung für neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmerinnen fand am 16. März in München statt. Das neue Veranstaltungskonzept mit noch breiter gefächerten Informationen zum Start ins Berufs- und Kammerleben verschaffte den Teilnehmenden einen Überblick über Struktur, Aufgaben und wichtige Arbeitsbereiche der PTK Bayern, mögliche Berufsperspektiven und bot ausführliche Beratung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), das Versorgungswerk und Mitarbeiterinnen der PTK Bayern.

Fast 180 neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmerinnen nutzten die Chance, die Kammer kennenzulernen und sich über Perspektiven der Berufstätigkeit als Psychotherapeutin zu erkundigen. Kammerpräsident Nikolaus Melcop eröffnete die Veranstaltung mit der Vorstellung der Kammer. Neben der Vorstellung von Aufbau und Aufgaben der Kammer ging er auch auf die wichtigsten Brennpunkte der psychotherapeutischen Versorgung

ein (z. B. lange Wartezeiten in der Versorgung oder die Digitalisierung) und skizzierte Themen der Interessenvertretung (z. B. die Honorare und Bedingungen für Niedergelassene oder die Vergütung und Stellung von Angestellten). Er schilderte die Situation der Ausbildungsteilnehmerinnen und wie sich in Zukunft die Aus- und Weiterbildung nach der Reform der Psychotherapeutenausbildung gestalten wird.

Im Anschluss erläuterte Vizepräsident Bruno Waldvogel zentrale Aspekte der Berufsordnung am Beispiel einiger wichtiger Regelungen der Berufspflichten. Dabei ging er u. a. auf die zu erbringenden Sorgfaltspflichten, z. B. bei der Fernbehandlung, das Abstinenzgebot und die Aufklärungspflichten gegenüber den Patientinnen ein. Zusätzlich gab er einen Überblick über die Regelungen der Fortbildung (Fortbildungs- und Nachweispflicht).

Einen Einblick in die beruflichen Möglichkeiten als Psychologische Psycho-

therapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen gaben danach Vizepräsident Bruno Waldvogel und die Vorstandsmitglieder Heiner Vogel und Monika Sommer. Sie stellten die Perspektiven der Berufstätigkeit in den Bereichen der Niederlassung, der Anstellung und der Gutachter- und Sachverständigentätigkeit dar.

Nützliche Informationen, wie man eine Zulassung als Vertragspsychotherapeutin erhalten kann, wurden von einer Praxisführungsberaterin der KVB vorgestellt. Das Versorgungswerk und dessen Leistungen erläuterten Mitarbeiterinnen der Bayerischen Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BIngPPV). Aus dem Sprecherteam der bayerischen Ausbildungsteilnehmerinnen informierten Mechthild Leidl und Stefanie Dupp über ihre Arbeit und wie man sich bereits als Ausbildungsteilnehmerin zu berufspolitischen Themen einbringen kann.



Der Vorstand der PTK Bayern informierte die Teilnehmenden ausführlich zum Start ins Kammer- und Berufsleben. V. l. n. r.: Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop, Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel, Dr. Heiner Vogel und Prof. Dr. Monika Sommer. (Fotos: Hiller)

Im Anschluss an die Vorträge sowie in den Pausen standen die Vorstandsmitglieder für Fragen und Anregungen be-

reit. An Informationsständen der KVB, des Versorgungswerks und der PTK Bayern zu den Themen „Fortbildung“

und „Berufsordnung“ konnten sich die Teilnehmenden intensiv beraten lassen und zusätzliche Informationen erfragen.

Bayern erarbeitet Strategie zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit Autismus-Spektrum-Störungen

Das 2018 ins Leben gerufene und an das bayrische Sozialministerium angegliederte Projekt „Autismus-Strategie Bayern“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebensbedingungen für Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) zu verbessern. Die ASS ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die sich schon in der frühen Kindheit manifestiert und sich über die Lebensspanne erheblich verändert. Bei einer geschätzten Prävalenz von 1% sind alleine in Bayern ca. 130.000 Menschen von dieser Erkrankung betroffen. Trotz dieser

hohen Zahl von Betroffenen liegen gegenwärtig weder auf Bundes- noch auf Länderebene einheitliche Empfehlungen für die Diagnostik und Versorgung dieser Patientengruppe vor. In der „Autismus-Strategie Bayern“ arbeiten verschiedene Projektgruppen mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung Empfehlungen für eine adäquate Versorgung der betroffenen Patientinnen aus, die dann in der Projektgruppe „Versorgungsgrundsätze“ zusammenfließen. Alle Projektgruppen finden unter Beteiligung sowohl von Menschen mit ASS als auch

Angehörigen statt. Auf der Fachtagung „Autismus“ der Hanns-Seidel-Stiftung am 19. November 2019 in München werden die ersten Ergebnisse vorgestellt und mit der Öffentlichkeit diskutiert. Der Abschlussbericht, der dann dem bayrischen Landtag vorgelegt wird, ist für Anfang 2021 geplant.

Die PTK Bayern beteiligt sich aktiv an dem Projekt. Vorstandsmitglied Monika Sommer wirkt in den Projektgruppen „Versorgungsgrundsätze“ und „Forschung“ mit.

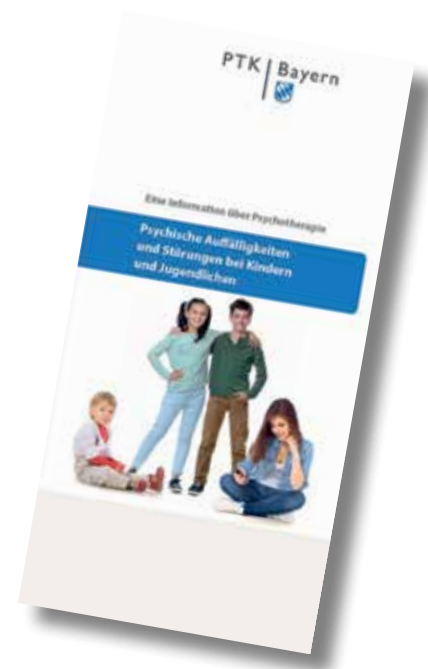
Kammereigene Informationsbroschüre zu psychischen Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Die PTK Bayern hat ihre kammereigene Informationsbroschüre „Psychische Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ überarbeitet. Der Flyer bietet in übersichtlicher und allgemein verständlicher Form Informationen zur Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. U. a. wird beschrieben, welche Anlässe es gibt, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, was Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie überhaupt ist, was die ersten Schritte sind und an wen man sich wenden kann, um Hilfe zu bekommen.

Die PTK Bayern hat den Flyer über 500 Einrichtungen in Bayern kostenfrei zur Verfügung gestellt, damit diese ihn an potentielle Patientinnen bzw. deren Erziehungsberechtigte weitergeben kön-

nen. Unter den Einrichtungen finden sich u. a. die bayerischen Gesundheitsämter, Erziehungs- und Schulberatungsstellen, Familienbildungsstätten und Selbsthilfestellen.

Der Flyer ist online unter www.ptk-bayern.de → **Patienten & Ratsuchende** → **Informationen** → **Patienteninformation Kinder & Jugendliche** abrufbar.



18. Suchtforum: Interdisziplinäre Veranstaltung zum Thema „Rauchen 2.0 – E-Zigaretten und Co.“

Das jährlich durchgeführte Suchtforum in Bayern ist eine interdisziplinäre Veranstaltung rund um das Themengebiet „Sucht“, welches die PTK Bayern in Kooperation mit der bayerischen Landesapothekerkammer, der bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen durchführt.

In diesem Jahr konnten sich über 200 Psychotherapeutinnen, Apothekerinnen, Ärztinnen sowie Mitarbeiterinnen von Suchthilfeeinrichtungen und Suchtberatungsstellen rund um das Thema „Rauchen 2.0 – E-Zigaretten und Co.“ beim

mittlerweile 18. Suchtforum in Bayern informieren und fachübergreifend austauschen.

In Deutschland und Bayern ist es gelungen, durch eine gute Tabakkontrollpolitik, u. a. mittels Umsetzung von Nichtraucherschutzgesetzen, Präventionsmaßnahmen und evidenzbasierten psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsmethoden, die Rate der Rauchenden in den letzten Jahren zu senken. Gleichzeitig hat die Tabakindustrie ergänzend zur konventionellen Tabakzigarette eine Reihe neuer Produkte auf den Markt gebracht: E-Zigaretten,

„Heat-not-burn“-Produkte und „Pod Mods“ werden in der Öffentlichkeit stark beworben und als Alternative zur üblichen Zigarette mit angeblich geringeren Gesundheitsrisiken angepriesen. Beim 18. Suchtforum wurde daher in vielseitigen Vorträgen beleuchtet, wie der aktuelle Stand der Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis rund um die neuen Konsummittel ausfällt und wie die Lobby- und Marketingstrategien der Tabakindustrie gestaltet sind. Die Vorträge machten deutlich, das E-Zigaretten und Co. Rauchenden zwar einen Umstieg in der Sucht ermöglichen, jedoch kaum eine Chance auf einen Ausstieg bieten.

Bayerische Arbeitsgruppe zur Erhöhung der Anzahl von Sachverständigen im Strafverfahren

Die Strafjustiz hat vom Ermittlungsverfahren über das Hauptverfahren bis hin zur Strafvollstreckung einen hohen Bedarf an Begutachtungen durch „psychiatrische und psychologische“ Sachverständige. Sachverständige sollen u. a. Begutachtungen von Schuldfähigkeit oder Glaubwürdigkeit sowie Gefährlichkeitsprognosen bei Unterbringungen bzw. Entlassungen oder Lockerungen erstellen. Psychotherapeutinnen mit entsprechendem Fachwissen können als Sachverständige in diesem Bereich tätig werden.

Der Bedarf an qualifizierten Sachverständigen in der Strafjustiz wächst immer weiter. Um Kapazitätsengpässe in der Gutachtenerstellung entgegenzuwirken und abzubauen sowie mittelfristig dafür Sorge zu tragen, dass die Zahl der Sachverständigen erhöht wird, hat das Bayerische Staatsministerium der Justiz eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe eingerichtet. In dieser

Arbeitsgruppe beteiligt sich neben der PTK Bayern u. a. auch die Bayerische Landesärztekammer, das Amt für Maßregelvollzug, das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege sowie das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst. Gemeinsam wird erarbeitet, wie eine Erhöhung der Zahl an Psychotherapeutinnen, Psychologinnen und Psychiaterinnen, die zur Übernahme von Gutachten in Strafverfahren befähigt und bereit sind, erreicht werden kann. Das Bayerische Staatsministerium der Justiz hatte bereits im Vorfeld eine Analyse vorgenommen, um in Erfahrung zu bringen, an welchen Punkten Veränderungen sinnvoll wären. Diese Punkte wurden in der Arbeitsgruppe intensiv besprochen.

Unter anderem wurde verstärkt eingebracht, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen im Bereich

der Sachverständigentätigkeit viel Potenzial vorweisen, das genutzt werden sollte. Voraussichtlich im Herbst 2019 wird das Bayerische Staatsministerium der Justiz die erarbeiteten Vorschläge und Ergebnisse dem Bayerischen Landtag präsentieren.

Psychotherapeutinnen können sich weiterhin wie gehabt in die Sachverständigenliste der PTK Bayern als Gutachterinnen eintragen lassen. Voraussetzung für den Eintrag ist der Nachweis bei der PTK Bayern über die Fachkenntnisse gemäß der Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit im Bereich der Forensik. Der Eintrag in die Sachverständigenliste der PTK Bayern ist zwar keine zwingende Voraussetzung für die tatsächliche Ausübung einer Gutachtertätigkeit, stellt aber einen wichtigen Qualifizierungsnachweis dar und Gerichte greifen in der Regel gerne auf diese Liste zurück.

Filmprojekt „Grau ist keine Farbe“ feierte Premiere

Die Filmemachergruppe „MovieJam Studios“, die aus jungen Filmemacherinnen aus dem Landkreis München

besteht, hat mit ihrem aktuellen Filmprojekt „Grau ist keine Farbe“ im April Premiere gefeiert und begeisterte in

der Erstaufführung 400 Zuschauerinnen.

Nach ausführlichen Recherchearbeiten realisierte „MovieJam Studios“ ein Dokumentardrama über Depressionen bei Jugendlichen. Schauspielerische Szenen, die reale Problemfelder beleuchten, werden durch Interviewausagen von Betroffenen und Expertinnen gestützt. U. a. wurde Peter Lehndorfer, Vizepräsident der PTK Bayern und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,

als Experte befragt. Das Dokumentardrama weist u. a. auf zu lange Wartezeiten auf Therapieplätze hin.

Die Filmemachergruppe engagiert sich mit ihrem Film auch politisch: Sie fordern den bayerischen Kultusminister Prof. Dr. Piazzolo in einer Petition dazu auf, im Schulalltag über Depressionen aufzuklären: „In deutschen Schulen gibt es Kurse

über Verkehrssicherheit, über Alkohol, HIV und Verhütung, es gibt selbst einen Tag der Zahngesundheit, doch über Stresserkrankungen – wie die Depression – gibt es gar keine Aufklärung oder niederschwellige Hilfsangebote. Ganz im Gegenteil: Psychische Krankheiten werden oftmals totgeschwiegen.“ Dies soll nun geändert werden, denn sie sind sich sicher: „Aufklärung schafft Prävention.“

Kurznachrichten

Kurz und Knapp – Aktivitäten der Kammer

Im Folgenden werden einige Aktivitäten und Veranstaltungen, an denen Kammervereinerinnen teilgenommen haben, kurz vorgestellt.

+++ Am 27.03.2019 fand in Bayreuth ein **Round Table zum Thema „Selbsthilfe trifft Psychotherapie“** statt, der eine Zusammenarbeit der PTK Bayern, der Selbsthilfekoordination Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung darstellt. Psychotherapeutinnen und Vertreterinnen der Selbsthilfe aus der Region tauschten sich über ihre Erfahrungen und die Möglichkeit der Zusammenarbeit aus. +++

+++ Die **Sprecherinnen der bayerischen Ausbildungsteilnehmerinnen** trafen sich am 01.04.2019 und wählten das neue Sprecherteam, bestehend aus Mechthild Leidl, Sabine Finster und Stefanie Dupp. +++

+++ Die Besprechung zwischen den Sprechern der **bayerischen Direktorenkonferenz** und dem Vorstand der PTK Bayern fand am 11.04.2019 statt. +++

+++ Am 16.04.2019 fand das **Treffen der bayerischen Heilberufekammern** statt. Bei dem jährlichen Treffen werden gemeinsame Themen besprochen, so z. B. die weiter zunehmende Verlagerung von wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen auf die Bundesebene. +++

+++ Am 06.05.2019 fand das **Treffen der Vertreterinnen der bayerischen Hochschulen** statt, bei dem u. a. die

aktuelle Entwicklung der Reform der Psychotherapeutenausbildung diskutiert wurde. +++

+++ Am 14.05.2019 lud die PTK Bayern zum **Treffen der leitenden Psychotherapeutinnen in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken und Vertreterinnen der Ausbildungsinstitute** zu einem Austausch zu aktuellen Themen. +++

Bevorstehende Veranstaltungen

Fortbildung für die psychoonkologische Praxis. Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **13./14.09.2019** in München.

8. Bayerischer Landespsychotherapeutentag – Psychotherapie in Grenzsituationen.

Mit „Grenzsituationen“ sind eher außergewöhnliche Situationen in Psychotherapien gemeint, in denen Psychotherapeutinnen in besonderer Weise fachlich und persönlich angesprochen und gefordert sind. Die Vorträge befassen sich mit Liebe und Todesthemen in der Psychotherapie, Patientensuizid, schwierige Situationen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Stalking und Cyberstalking.

Der 8. Bayerische Landespsychotherapeutentag findet am **19.10.2019 in München** in der Alten Kongresshalle statt.

Auffällig unauffällig – Kinder und Jugendliche mit internalisierenden

Störungen. Eine Veranstaltung der PTK Bayern zum Aufzeigen von Möglichkeiten der Kooperation von Psychotherapie mit Schule, Gesundheitswesen und Jugendhilfe. Termin: **23.10.2019** in München.

Wiederholungsveranstaltung 18. Suchtforum: Rauchen 2.0 – E-Zigaretten und Co.: E-Zigaretten, Heat-not-burn-Produkte, Pod Mods & Co – Zug um Zug zum Einstieg, Umstieg oder Ausstieg aus der Sucht? Eine interdisziplinäre Veranstaltung der PTK Bayern, BAS, BLÄK und BLAK. Termin: **21.11.2019** in Nürnberg.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen – Psychoneuroimmunologische Erkrankungen. Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **30.11.2019** in München.

[Nähere Informationen zu den Veranstaltungen finden Sie stets zeitnah auf unserer Homepage: www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de)

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern.

Geschäftsstelle

Birketweg 30
80639 München
Post: Postfach 151506
80049 München
Tel.: 089/515555-0, Fax: -25
Mo.–Fr.: 9.00–13.00 Uhr,
Di.–Do.: 14.00–15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Kooperation und Information im Kinderschutz

Erfahrungsbericht des Kinderschutzbeauftragten der Psychotherapeutenkammer Berlin

Seit 2012 gibt es das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Anlass für das Gesetz war die Erfahrung, dass trotz erhöhter Aufmerksamkeit auf den Kinderschutz die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die in nahen Beziehungen misshandelt, missbraucht oder vernachlässigt wurden, nicht zurückgegangen ist. Die Forschung nach den Ursachen dieser Entwicklung erbrachte im Wesentlichen zwei Ergebnisse: Erstens zeigte sich, dass bei Helfenden oder Institutionen vorhandene Informationen über Gefährdungen und den bisherigen Umgang damit, z. B. beim Übergang von der Kindertagesstätte zur Schule, nicht weitergegeben wurden und damit verloren gingen. Die Studien zeigten zweitens, dass eine Kooperation der Helfenden oft an der Unkenntnis der Handlungslogiken anderer Dienste scheiterte. So ist z. B. nicht allen Psychotherapeutinnen bekannt, welche Aufgaben und Möglichkeiten ein Jugendamt oder das Familiengericht genau haben. Das kann eine Informationsweitergabe verhindern. Hier will das Gesetz gegensteuern und Klarheit schaffen.

Ziel des Gesetzes ist es, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern. Der § 4 KKG bringt für Psychotherapeutinnen neue Aufgaben und Berechtigungen. Sie haben einen verpflichtenden Schutzauftrag bekommen. Hierin werden drei Dinge festgelegt:

1. Sie werden aufgefordert, „gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohl eines Kindes“, die ihnen

in Ausübung ihres Berufs bekannt werden, mit dem Kind oder Jugendlichen und den Sorgeberechtigten zu erörtern und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken.

2. Psychotherapeutinnen haben Anspruch auf Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ und sind dabei befugt, dieser erforderliche Daten pseudonymisiert zu übermitteln.
3. Kann die Gefährdung nicht abgewendet werden und wird das Tätigwerden des Jugendamtes für notwendig erachtet, sind sie „befugt“, das Jugendamt zu informieren. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage gestellt ist. Dieser Punkt ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, in einigen Bundesländern besteht eine Verpflichtung zur Meldung an das Jugendamt.

Das Gesetz schafft also Klarheit über das Vorgehen, wenn bei Psychotherapeutinnen Sorge über eine Gefährdung des Wohls der auch ihnen anvertrauten Kinder besteht. Andererseits wirft es neue Fragen auf: Was sind „gewichtige Anhaltspunkte“ für eine Kindeswohlgefährdung? Bei wem kann man sich beraten lassen? Zu was genau sind Psychotherapeutinnen „befugt“ oder verpflichtet?

Definition „Kindeswohl“

Eine Antwort auf die erste Frage fällt schwer. Das Kindeswohl ist kein beobachtbarer Sachverhalt, sondern ein rechtlich unbestimmtes Konstrukt. Der Bundesgerichtshof hat es 1956 so definiert: Es ist „eine gegenwärtige, in sol-

chem Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“. Es geht also nicht um Tatbestände, sondern um Auswirkungen der Tatbestände auf das körperliche, geistige und seelische Wohl von Kindern, also um eine Prognose. In der Praxis finden wir Fälle in denen ein Kind schwer misshandelt worden ist. Hier ist die Einstufung als Kindeswohlgefährdung klar. Probleme bereiten uns eher die Fälle, die am anderen Ende des Spektrums (Jugendämter sprechen von „Graubereich“) angesiedelt sind. Stellt der alkoholranke Vater in der Familie eine Gefährdung für die Kinder dar? Worin besteht diese genau? Ist der Kontakt zu den übergriffigen Großeltern für das Kind schädlich? Ist es eine Kindeswohlgefährdung, wenn der getrenntlebende Vater mit der zehnjährigen Tochter am Umgangswochenende gemeinsam in einer Wanne badet? Und sollte dann das Jugendamt informiert werden?

Idealtypisches Vorgehen bei Sorge um das Kindeswohl

Das Vorgehen bei Sorge um das Kindeswohl erfolgt idealtypisch in drei Schritten:

1. Schritt:

- die Sorge zunächst mit dem Kind oder Jugendlichen thematisieren,
- Risiken und Ressourcen abschätzen,
- die eigenen Möglichkeiten des Kindes oder Jugendlichen sondieren,
- die Sorge mit den Sorgeberechtigten thematisieren,
- das Problem mit den Sorgeberechtigten und dem Kind bearbeiten und
- ggf. auf weitere Hilfen hinwirken.

2. Schritt:

Hält die Sorge¹ an bzw. kann die Gefährdung nicht ausgeräumt werden, sollten die Sorgeberechtigten darauf angesprochen werden. Sind sie nicht in der Lage, die Gefährdung abzustellen, sollen sie auf die Inanspruchnahme weiterer Hilfen hingewiesen werden (Familienhilfe, Klinik ...).

3. Schritt:

Brechen sie die Psychotherapie ab oder nehmen sie weitere Hilfen nicht an, sollen sie auf den Schutzauftrag der Psychotherapeutin hingewiesen werden. Eine Mitteilung¹ an das Jugendamt sollte angekündigt werden für den Fall, dass die Gefährdung anhält. Erst wenn auch daraufhin eine Bearbeitung nicht möglich ist, besteht die Befugnis, über die Schweigepflicht hinweg das Jugendamt einzuschalten. Von großer Wichtigkeit ist eine klare, genaue Dokumentation des Gegenstands der Sorge und des Vorgehens. Sie schützt die Psychotherapeutinnen, denn sie ermöglicht, bei einer eventuell erfolgenden Verleumdungsklage oder einer Klage wegen Verletzung der Schweigepflicht zu belegen, wie die Sorge entstand und wie damit umgegangen wurde.

Die Befürchtung, in der Einschätzung und beim Vorgehen Fehler zu machen, kann ebenso für Verunsicherung bei Therapeutinnen sorgen, wie folgende Faktoren: **Je jünger das Kind ist, desto schwieriger ist die Einschätzung einer Gefährdung.** Es kann Angst sowohl vor falsch-positiver, als auch vor falsch-negativer Einschätzung bestehen. Die Konfrontation mit dem Thema (Misshandlung, Missbrauch etc.) kann auch Psychotherapeutinnen Angst machen. Unsicherheit besteht vielleicht bezüglich der Reaktion der Eltern und der Auswirkungen auf das Kind wenn die Gefährdung thematisiert wird. Eventuell bestehen auch Angst vor Abbruch der Therapie durch die Sorgeberechtigten und Unsicherheit über die weitere Entwicklung nach einer Information des Jugendamtes.

Anspruch auf Beratung bei Unsicherheit durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“

Um in diesen Schwierigkeiten Unterstützung zu bieten, hat der Gesetzgeber im Gesetz den Anspruch auf Beratung verankert. Aufgabe der „insoweit erfahrene Fachkraft“, die die Beratung übernimmt, ist es:

- bei der Gefährdungseinschätzung zu unterstützen,
- Handlungspläne zu entwickeln,
- die Einbeziehung der Sorgeberechtigten mit zu reflektieren,
- zur emotionalen Entlastung in sehr belastenden Prozessen beizutragen,
- Kommunikation und Kooperation mit anderen Helfenden zu fördern,
- Rollen und Aufgaben zu klären und
- die Grenzen individueller Verantwortung zu markieren.

Die Beratung ist für Psychotherapeutinnen kostenlos. **Die Fallverantwortung bleibt bei den psychotherapeutischen Kolleginnen, die „insoweit erfahrene Fachkraft“ hat keine Weisungsbefugnis, sondern allein beratende Funktion.** „Insoweit erfahrene Fachkraft“ ist, wer langjährige Erfahrung im Kinderschutz hat, das gilt z. B. für Mitarbeiterinnen der öffentlichen Erziehungsberatungsstellen. Inzwischen werden vielerorts auch Curricula angeboten, um sich zu einer solchen Fachkraft ausbilden zu lassen.

Um die Kolleginnen, die sich um ein Kind oder einen Jugendlichen sorgen, zu unterstützen, hat der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin die Funktion der Kinderschutzbeauftragten eingerichtet. Die Kinderschutzbeauftragte wird vom Vorstand berufen, arbeitet ehrenamtlich, erstattet der Delegiertenversammlung Bericht über ihre Arbeit und nimmt bei Bedarf an den Sitzungen des Ausschusses für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie teil. Ein Großteil der Arbeit besteht in der Beratung von Kolleginnen, die sich Sorgen um ein Kind machen.

Die Beratung kann meist telefonisch erfolgen, aber auch face-to-face-Beratungen sind möglich. Eine telefonische Beratung bietet bundesweit auch die medizinische **Kinderschutzhotline**, die an die Uniklinik Ulm angeschlossen ist, an unter: 0800/1921000.

Fallbeispiele

Im Folgenden möchte ich über meine Erfahrungen aus der Arbeit als Kinderschutzbeauftragter der Psychotherapeutenkammer Berlin berichten und dabei versuchen, in die aufgeworfenen Fragen exemplarisch Einblick zu geben. Die Anfragen wurden anonymisiert.

Fall 1: Die Eltern eines Neunjährigen streiten sich vor Gericht erbittert um das Sorge- und Umgangsrecht. Bislang praktizieren sie das Wechselmodell, d.h. der Junge ist eine Woche beim Vater, eine Woche bei der Mutter. Der Junge berichtet dem Psychotherapeuten, sein Vater schlage ihn „immer“, wenn er bei ihm sei, meist gehe es um Ordnung. Der Vater ist selbst Jurist und verklagt nach Angaben der Mutter „alle und jeden“. Der Psychotherapeut fragt, ob er sich jetzt an das Jugendamt wenden müsse. Da die Behandlung aber noch ganz am Anfang ist, derzeit bei etwa 20 Stunden, erscheint es besser, zunächst weiter zu sondieren, den Vater einzuladen und gut zu dokumentieren.

Fall 2: Eine Psychotherapeutin berichtet von den ersten Kontakten mit einer Familie. Es zeigte sich, dass der zehnjährige Sohn, der als schwierig vorgestellt wird, sein Zimmer nie verlassen darf, außer zur Schule und zur Therapie. Die Mutter sagt über den Jungen: „Ich kann ihn nicht ertragen!“ Was genau das heißt, lässt sich nicht klären, es wird lediglich eine heftige Ablehnung des Kindes deutlich. Die Psychotherapeutin bietet der Mutter an, gemeinsam mit dem Jugendamt nach einer Lösung zu suchen. Die Mutter gibt eine Schweigepflichtentbindung, zieht diese aber tags darauf zurück. Die Frage der Psychotherapeutin ist nun, ob sie sich ans Jugendamt wenden darf? Nach dem oben beschriebenen Ablauf müsste sie zunächst versuchen, den Wider-

stand der Mutter zu bearbeiten und um ihr Einverständnis für zusätzliche oder andere Hilfen zu werben. Falls sich keine Verbesserungen für den Jungen erreichen lassen, müsste sie die Mutter darauf aufmerksam machen, dass sie sich ans Jugendamt wenden wird. Erst, wenn auch dann eine Bearbeitung nicht möglich ist, kann die Kollegin sich ans Jugendamt wenden. Wichtig ist wie immer die genaue Dokumentation von Gesprächsinhalten und vom Ablauf, wozu auch die Inanspruchnahme einer eigenen Beratung gehören kann.

Fall 3: Eine Psychotherapeutin konfrontiert die Eltern eines vierjährigen Jungen nach ca. 40 Stunden mit einem Missbrauchsverdacht. Die Eltern brechen daraufhin die Behandlung ab. Die Psychotherapeutin wendet sich ans Jugendamt. Die Eltern fordern nun über einen Anwalt Einsicht in die Patientenakte und kündigen eine Verleumdungsklage an. Das Jugendamt ruft eine Hilfekonferenz ein, an der die Psychotherapeutin aber nicht teilnehmen will. Dieses Vorgehen der Psychotherapeutin ist insofern problematisch, als hier das vorgegebene Verfahren nicht eingehalten worden ist. Vor einer Hinzuziehung des Jugendamtes wäre ein weiterer Kontaktversuch zu den Eltern angeraten gewesen. Sinnvoll wäre auch eine Beratung bei einer „insoweit erfahrene Fachkraft“ gewesen, um die Sorge zu erhärten oder zu zerstreuen und das weitere Vorgehen zu reflektieren. Zu beachten ist weiter, dass das Jugendamt, wenn es hilfreich tätig werden soll, auf exakte Informationen angewiesen ist. Die Kollegin müsste also ihre Sorge detailliert darlegen, damit das Jugendamt, das die Familie noch gar nicht kennt, weiß, worin diese begründet liegt. Für die Therapeutin ist zu hoffen, dass die Entstehung des Missbrauchsverdachts über ihre Dokumentation nachvollziehbar wird.

Fall 4: Eine Erwachsenentherapeutin fragt, ob sie sich ans Jugendamt wen-

den müsse: Ihre Patientin berichtete ihr in einer Stunde, dass sie ihre noch sehr kleinen Kinder schlage. Ihre Intervisionsgruppe drängt die Psychotherapeutin, wegen Kindesmisshandlung das Jugendamt einzuschalten. In diesem Fall ist eine Information des Jugendamtes nicht notwendig. Die Mutter hat sich der Psychotherapeutin geöffnet und somit kann das Thema weiterbearbeitet werden. Sollte sich im weiteren Verlauf zeigen, dass weitere Hilfen nötig sind, kann das Jugendamt immer noch – und dann am besten gemeinsam – angerufen werden.

Fall 5: Die Psychotherapeutin einer Beratungsstelle möchte klären, ob sie sich ans Jugendamt wenden kann. Ihr wurde ein achtjähriger Junge vorgestellt, der schwer adipös und motorisch sehr ungeschickt ist. Aus der Schule wird berichtet, der Junge sei hoch aggressiv, kaum zu halten. Ein Kinderarzt attestierte blaue Flecken am Rücken des Kindes. Die Mutter wirkt überfordert mit dem Jungen und ihrer Lebenssituation. Der Junge kommt eines Tages mit einer blauen Wange und berichtet: „Mama hat mich doll gehauen!“ Die Mutter streitet im folgenden Elterngespräch aber alles ab, er sei vom Sofa gehüpft und habe sich an der Tischkante gestoßen. Nach diesem Gespräch ist sie nicht mehr gekommen, der Junge wurde nicht mehr gebracht und die Mutter reagiert nicht mehr auf Kontaktversuche. Hier scheint, nach einer Ankündigung dieses Schrittes an die Mutter, eine Information des Jugendamtes angebracht. Die Ankündigung gibt der Mutter die Möglichkeit, den Kontakt doch wieder aufzunehmen, sodass weiter an dem Problem gearbeitet werden kann.

In den beschriebenen Fällen wurde exemplarisch deutlich, in welchem Spannungsfeld Psychotherapeutinnen sich bewegen. Sie müssen ihrem Schutzauftrag entsprechen und dabei genau abwägen, ob und worin eine Gefähr-

dung des Kindes besteht und wann eine Information des Jugendamtes fachlich geboten ist. Ob eine Meldepflicht besteht, ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, in Berlin besteht sie nicht. Aufgefallen ist in der Vielzahl der Fälle auch die Sorge, sich selbst strafbar zu machen, wenn man sich entscheidet, keine Mitteilung an das Jugendamt zu machen. Diese Sorge ist unbegründet. Es obliegt der fachlichen Einschätzung der Psychotherapeutinnen, ob und wann sie ihre Befugnis nutzen und sich ans Jugendamt wenden. **Wegen der Komplexität der Fragen im Zusammenhang mit dem Schutzauftrag kann das Einholen von Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ entlastend und orientierend sein.**

Peter Ellesat ist neben der Arbeit in freier Praxis als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Paar- und Familientherapeut seit mehr als 25 Jahren Mitarbeiter des Kinderschutz-Zentrums Berlin e.V., Beratungsstelle Neukölln, und Kinderschutzbeauftragter der Psychotherapeutenkammer Berlin.

Kontakt: kinderschutzbeauftragter@psychotherapeutenkammer-berlin.de



Peter Ellesat

¹ Ich spreche von „Sorge“ und nicht von „Verdacht“, weil „Verdacht“ eher ein Ermitteln nahelegt, was Aufgabe der Polizei, aber nicht Aufgabe von Psychotherapeutinnen ist. Ich spreche von „Mitteilung“ und nicht von „Meldung“, weil es dem kommunikativen Gedanken des Gesetzes m. E. eher entspricht.

Ausstieg aus dem Rechtsextremismus und Psychotherapie

Der heutige Rechtsextremismus ist nicht mehr so einfach gestrickt wie noch vor 30 oder 40 Jahren. Das Feld birgt vielfältige Persönlichkeiten, Typen von ihnen und von Gruppen sowie Bewegungen in lokalen und regionalen Ausprägungen. Zugleich entwickelt sich seit den 1990er Jahren eine relativ autonome Existenzweise in den Neuen Medien, die Akteurinnen hervorbringt, die sich im virtuellen Raum in einer geschlossenen Blase und Echokammer bewegen, die mit der „realen Welt“ nur noch wenig zu tun hat. Was sie alle, bei aller Unterschiedlichkeit ihrer Biografien, ihrer sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Verortungen, gemein haben, sind die in ihrer Person implementierten und in letzter Instanz in der radikalen Persönlichkeit – bis in den situativen Alltag hinein – sich ausrichtenden Radikalitätsdimensionen, die sich auch im individuellen und kollektiven Verhalten zeigen.

Welche Dimensionen sind das? **Die erste und alles andere übergreifende Dimension ist die Weltanschauung, die missionarische Ideologie, die von rechtsradikaler Natur ist.** Sie ist im Kern ultranationalistisch, d. h. sie leitet von der Konstruktion her alles Menschliche von der „Rasse“ ab, die daraus ‚genetisch bedingte‘ Kultur, Wirtschaft, Ethnie, Staat und Politik. Sie ist also grundlegend biologistisch und rassistisch.

Dazu kommt die Annahme des Rassenkampfes als natürliche Bewegungsform der Geschichte. Stärke und Schwäche, Kampf und Sieg bestimmen als Prinzip. Demokratie ist deshalb nur bedingt tauglich, ‚starken Völkern‘ schlägt sie vorgeblich nur negativ zu Buche. Universelle Menschenrechte seien eine geistige Fehlkonstruktion, wird postuliert.

Die zweite Dimension ist die Dimension der Gewalt als Instrument im „Artkampf“. Durch gezielte Gewalt gegen Feinde und Verhältnisse gilt es, die genetischen und kulturell „Artgleichen“ zusammenzuhalten, zu schützen, zu verteidigen, zum Sieg zu führen. Der „Artkampf“ verlangt nach Gewalt,

da er zumindest final immer darauf hinausläuft, wegen des behaupteten Anspruchs auf die höherwertige Bedeutung der eigenen, höherwertigen biologisch-kulturellen Art mit den Interessen der Anderen aggressiv zu kollidieren.

Manch eine rechtsextremistische Person sieht nicht nur die Notwendigkeit instrumenteller Gewalt, das sind meist die Intellektuellen unter ihnen. Es gibt viele solcher Männer und Frauen, die schon seit ihrer Kindheit mit der Normalität von Gewalt leben und sie anzuwenden gewohnt sind.

Deshalb bedarf es als dritter Dimension des Zusammenschlusses zu Gruppen und anderen Assoziationen, als Einheiten der Treue und des gemeinsamen „Kampfes“, der Verrat und Weichheit nicht dulden kann. Das heißt, dass es nur wenige solitäre Rechtsextremistinnen gibt, da sie des „Über-Ichs“ der „Kameradschaft“, der Gruppe, der Bewegung bedürfen. Die Gruppe ist ein Lebenselixier. Alle drei Dimensionen greifen in allen Tätigkeitsbeziehungen der Rechtsradikalen ineinander – sicher in unterschiedlichen Gewichten – und manifestieren sich in der inneren und äußeren Persönlichkeit, spiegeln sich in der jeweiligen rechtsradikalen Gruppe und Bewegung. An den jeweiligen Ausprägungen in Artikulationen, Narrativen, Bindungen, Tätigkeitsprofilen, Zeitbudgets, Straftaten usw. lässt sich ein Rückschluss auf die Radikalitätsausprägung der konkreten Person, aber auch des jeweiligen Umfelds als zugehöriger Kontrolle ausübender Instanz ziehen.

In der Karriere von Radikalen kann es durch gezielten Einfluss oder in einem „spontanen“ Prozess zu einer Störung im inneren und äußeren „Radikalitätshaushalt“ kommen. Das zeigt sich in Zweifeln, wachsender innerer Anomie, depressiven Episoden und Chronifizierungen bis zu scheinbar diffusen Aggressionen, einem Erleben von Verzweiflung und Erlösungshoffnung. Anzutreffen sind Traumatisierungen durch Gewalt, in seltenen Fällen

auch krankheitswertige Psychosen. Dies lässt so manche Betroffene zum Computer oder Telefon greifen. Sie versuchen, sich zu outen und bei **EXIT-Deutschland** oder einer anderen Organisation Hilfe zu erlangen – eine Hilfe, die in der Szene nicht möglich ist, da sie wie Gräber zu schweigen haben. Mitunter suchen die nun Leidenden und Suchenden Hilfe in einer **Psychotherapie**. Beide Formen von Unterstützung machen in solchen Lagen auch parallel nebeneinander Sinn. **Gute Erfahrungen gibt es, wenn beide Hilfsangebote aufeinander Bezug gewinnen können.** Die Wirklichkeit zeigt, dass beide Kompetenzen und Reichweiten ineinandergreifen sollten, es kein Entweder-Oder gibt. Das heißt, dass die Kommunikation durch die aussteigende Person eigenständig – sicher verbunden mit Rat – anschiebend und zugleich gestaltend in diesem Prozess bleiben muss (Autonomie der Person).

Bei EXIT-Deutschland, das es vom Handlungs-Ansatz schon seit 1990 gibt, ist auch psychologische Kenntnis und Sensibilität angesiedelt. So können wir seit 2015 auch auf eine psychologische Fachstelle in unserer Trägerinstitution zurückgreifen, die eine psychologische Beratungsstelle vorhält, Empfehlungen gibt und, wo es möglich ist, auch in Facheinrichtungen vermittelt.

Dr. Bernd Wagner ist ein deutscher Kriminalist und Experte zum Thema Rechtsextremismus und Rechtsradikalismus. Wagner ist gemeinsam mit Ingo Hasselbach Gründer der Initiative EXIT-Deutschland. Infos unter: www.exit-deutschland.de

Dr. Bernd Wagner

Geschäftsstelle

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

Jobsharing als Zukunftsmodell? Erfahrungen der Bremer Psychotherapeutinnen mit Jobsharing

Seit 1997 gibt es die Möglichkeit des Jobsharings in Form von Anstellung oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Beim Jobsharing teilt eine kassenzugelassene Kollegin ihren Sitz mit einer approbierten Kollegin ohne Zulassung. Damit bietet das Jobsharing die Möglichkeit, auch in gesperrten Planungsbezirken und ohne eigenen Sitz an der Versorgung teilzunehmen und mit den Kassen abzurechnen. Im Fall der Praxisaufgabe werden die Juniorpartnerinnen des Jobsharings bei der Praxisnachfolge bevorzugt berücksichtigt. Darüber hinaus wird nach zehn Jahren des Jobsharings als BAG die beschränkte Zulassung der Juniorpartnerin in eine unabhängige Vollzulassung umgewandelt. Damit bietet Jobsharing nicht nur die Möglichkeit, Praxissitze zu erhalten, sondern es können sogar neue Zulassungen entstehen.

Mit dem Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes im Herbst 2016 wurden die Regelungen in Bezug auf

den Umfang der Leistungserbringung einer Jobsharing-Praxis liberalisiert und Möglichkeiten zur Mengenausweitung geschaffen. Mit dieser Veränderung wurde Jobsharing in Bremen immer stärker als Möglichkeit wahrgenommen, Teilzeittätigkeiten auszuüben, die Praxisnachfolge zu regeln und – vonseiten der Juniorpartnerinnen – einen Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung zu finden. Gab es 2010 in Bremen noch kein Jobsharing, teilen sich aktuell 18 % der Bremer Praxen ihren Versorgungsauftrag in Jobsharings oder durch Anstellung (siehe Grafik).

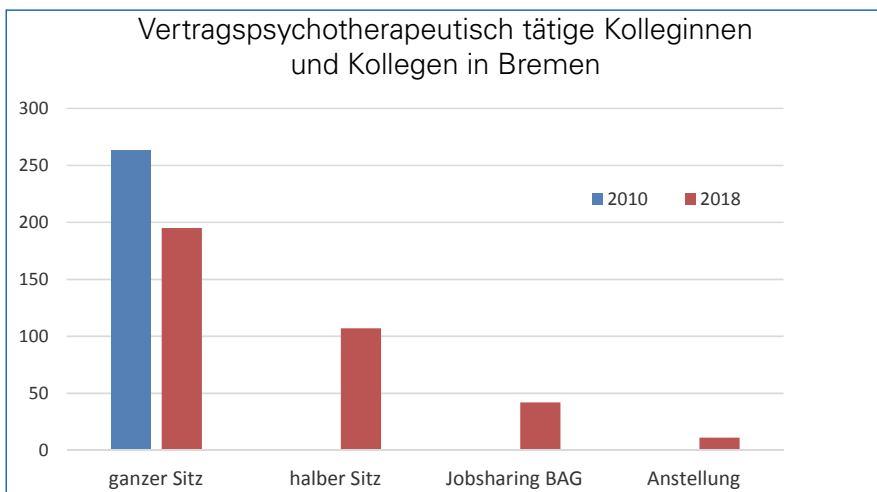
Wir haben einige Bremer Kolleginnen, die an einem Jobsharing beteiligt waren oder sind, gefragt, mit welchen Erwartungen sie ein Jobsharing eingegangen sind, welche positiven (oder negativen) Aspekte mit diesem Modell der Berufsausübung verbunden sind und welche Empfehlungen sie Kolleginnen mit auf dem Weg geben würden, die über Jobsharing nachdenken.

Jobsharing aus Sicht der Seniorpartnerin

Vonseiten der Seniorpartnerinnen wurde als positiv hervorgehoben, dass durch das Jobsharing Sicherheit dahingehend bestünde, dass der Praxissitz nicht aufgrund der nominellen Übersversorgung in Bremen „verloren gehe“ und es trotzdem die Möglichkeit biete, sich langsam aus dem Arbeitsprozess zurückzuziehen. Eine Kollegin drückte die von ihr wahrgenommenen Vorteile wie folgt aus:

„Ich habe als Seniorpartnerin 3 1/2 Jahre lang im Jobsharing gearbeitet. Nachdem ich im Jahr 2010 die erste Hälfte meines Sitzes abgegeben hatte, weil ich – altersbedingt – weniger arbeiten wollte, bot sich Ende 2014 die Gelegenheit, den verbleibenden halben Sitz im Jobsharing zu teilen. Sowohl bei der Abgabe des halben Sitzes als auch bei der Entscheidung für das Jobsharing waren mir zwei Aspekte wichtig: 1.) Ich wollte sicherstellen, dass mein Sitz nicht wegen angeblicher Übersversorgung in Bremen weggestrichen wird. Und ich wollte 2.) jüngeren Kolleginnen, die schon länger auf eine Zulassung warten, die Möglichkeit geben, diese zu bekommen. (...)“

Wichtig war für mich, mit genauen Vorstellungen in die Gespräche mit meiner zukünftigen Kollegin zu gehen: wer übernimmt welche Aufgaben, wie kann ich sie gut einarbeiten, welche finanziellen Vorstellungen habe ich. Mit meiner Juniorpartnerin wurde ich schnell handelseinig, und wir haben in der Folgezeit immer wieder zusammen gegessen und offene Fragen besprochen. Zusammenfassend kann ich sa-



Grafik: Entwicklung von Berufsausübungsformen in Bremer Praxen (Quelle: PK Bremen)

gen, dass die Zusammenarbeit für uns beide fruchtbar war: Meine Juniorpartnerin konnte sich Schritt für Schritt mit den Anforderungen und Abläufen einer freiberuflichen Praxis im KV-System vertraut machen, sie hat immer mehr Aufgaben übernommen und mich entlastet. Ich würde es immer wieder so machen.“

Die Seniorpartnerinnen betonten, dass Jobsharing ein Vertragsverhältnis mit Rechten und Pflichten für beide Seiten bedeute. Einige Kolleginnen empfehlen in dieser Hinsicht, aber auch in Bezug auf eine mögliche Praxisübergabe, rechtliche Beratung in Anspruch zu nehmen, um mögliche Unstimmigkeiten zu vermeiden oder vorab zu klären, z. B. auch für den Fall einer vorzeitigen Beendigung des Jobsharings. Auch bei der Planung des Jobsharings, z. B. in Bezug auf den Arbeitsumfang können Herausforderungen auftreten. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass die KV die Planung von Behandlungskontingenten nicht auf Basis der geleisteten Zeitstunden, sondern auf Basis der Einnahmensituation berechnet – dies kann bei nachträglichen Honorarsteigerungen auch zu einer Überplanung von Fallzahlen führen. Wichtig ist auch zu beachten, dass Praxen, die durch Jobsharing ihren Leistungsumfang erhöhen, auch (mehr) Strukturzuschläge erhalten.

Jobsharing aus Sicht der Juniorpartnerin

Auch die Juniorpartnerinnen erlebten das Jobsharing als überwiegend positiv

– insbesondere in Bezug auf die Möglichkeit, langsam an die Aufgaben einer eigenen Praxis herangeführt zu werden und auf lange Sicht einen eigenen Versorgungsauftrag zu erhalten. Hilfreich wurde auch empfunden, als Berufseinsteigerin in schwierigen Situationen eine Ansprechpartnerin zu haben.

Nachteilig erschien, dass über eine lange Zeit mit einer einschränkenden Leistungsbegrenzung und damit auch mit eingeschränkten Verdienstmöglichkeiten gearbeitet werden muss. Gleichzeitig bietet das Jobsharing im Gegensatz zur Privatpraxis und dem Kostenerstattungsverfahren ein gesichertes Einkommen. Auch vonseiten der Juniorpartnerinnen wurde empfohlen, klare schriftliche Absprachen zu den Bedingungen des Jobsharings zu treffen und sich nicht auf mündliche Vereinbarungen zu verlassen. Hier erlebten die Juniorpartnerinnen sich zum Teil in einer schwierigen Position. Eine Teilnehmerin wies explizit darauf hin, dass man kein Jobsharing eingehen sollte, „wenn es schon zu Beginn knarzt“. Es gebe über den langen Zeitraum des Jobsharings immer wieder Veränderungen in der Versorgung, die nicht alle vorhersehbar sind und auf die flexibel und kooperativ reagiert werden müsse – das sei nur mit einer Vertrauensbasis möglich.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Bremer Psychotherapeutinnen Jobsharing als gewinnbringend für beide Seiten erleben – solange zu Beginn der gemeinsamen Berufsausübung klare und verbindliche Abspra-

chen getroffen werden. Entsprechende Vereinbarungen sollten u. a. folgende Aspekte berücksichtigen:

- den Umfang des Jobsharings, ggfs. ausgedrückt über Minimum und Maximum der zu erbringenden Leistung,
- Absprachen zur Raumnutzung, z. B. zu Zeiten, Einbringung eigener Einrichtung,
- die Klärung von Verantwortlichkeiten und Aufgaben auf beiden Seiten des Jobsharings (z. B.: wer macht die Abrechnung, wer steht für die telefonische Erreichbarkeit zur Verfügung?),
- Finanzielles (z. B.: wie erfolgt die Vergütung der Juniorpartnerin, welche Kosten werden wie geteilt?),
- die Fixierung von Kündigungsfristen sowie Regelungen für Krankheits- und Todesfall inklusive Regelungen für den Umgang mit Patientinnen und,
- falls eine Praxisübergabe verbindlich vereinbart werden soll, die Bestimmung von Zeitpunkt, Kaufpreis und ggf. Verbleib in den Räumen. Die ordentliche Kündigungsfrist ist (evtl. nach einer Probezeit) auszuschließen.

Für weitere Informationen sei auf die Informationsbroschüre BPtK verwiesen.

„Sorgfalt und Umsicht ist gefordert“ – Aus der Arbeit des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses

In der Arbeit des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses (BuS) der PK Bremen sind in letzter Zeit Fallkonstellationen bearbeitet worden, in denen es an professioneller Distanz der Psychotherapeutinnen zu allen an der Behandlung Beteiligten gefehlt hat. Dr. Marianne Paetow, Mitglied des Ausschusses, führt im Folgenden aus, welche Fehler besonders aufgefallen sind:

„Unsere Berufsordnung (BO) macht Vorgaben, wie wir als Psychotherapeuten professionell arbeiten. Das ist gut so, denn Psychotherapie kann ein ähnlich scharfes Instrument wie ein Skalpell sein. Sich gegenüber den Patientinnen professionell zu verhalten, scheint dabei seltener Probleme zu machen. Aber der Umgang mit dem Umfeld der Patientin, also z. B. mit Angehörigen, Ämtern und

Kolleginnen gerät öfter aus dem Blick. Ich möchte im Folgenden einige aus der Berufsordnung abgeleitete Pflichten herausgreifen.

Sorgfaltspflicht

Im § 5 der BO heißt es: „Bei der Abfassung psychotherapeutischer Berichte, Bescheinigungen und Stellungnahmen

haben Psychotherapeuten mit der gebotenen sachlichen und wissenschaftlichen Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit zu verfahren.' Das bedeutet, dass alles, was ich in solchen Schriftstücken äußere, belegbar und überprüft sein muss. Aussagen meiner Patientinnen muss ich als solche kennzeichnen, darf sie nicht als Tatsachen darstellen. Ferndiagnosen oder Aussagen über Dritte darf ich von anderen Quellen nicht übernehmen, wenn ich die betroffene Person nicht auch selbst gesprochen und diagnostiziert habe. Übernehme ich Diagnosen von Fachleuten, sollte ich auch das kenntlich machen. Ich muss sorgfältig darauf achten, dass ich nicht etwas als Tatsache behaupte, das ich nur vom Hörensagen kenne.

Schweigepflicht (§ 8 BO)

Bevor ich Informationen über Patientinnen und/oder ihr Umfeld weitergebe, muss ich eine Schweigepflichtsentbindung einholen bzw. mir vorlegen lassen. Bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen muss eine solche Entbindung von allen Sorgeberechtigten vorliegen. Dieses Erfordernis gilt auch gegenüber Kolleginnen, Ärztinnen und Institutionen, sofern nicht gesetzliche Vorgaben es erlauben, z. B. bei der Überweisung an die Konsiliarärztin oder bei der Antragstellung bei der Krankenkasse.

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten (§ 6 BO)

In der Kinder- und Jugendtherapie ist es unbedingt notwendig, die Einverständniserklärung beider Sorgeberechtigter

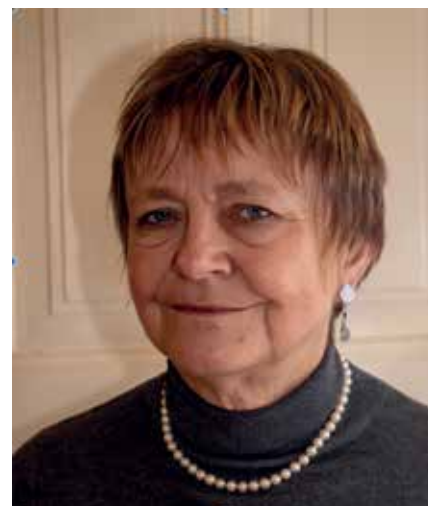
einzuholen, bevor die Behandlung – und dazu zählen auch die psychotherapeutische Sprechstunde und die Probatorik – mit dem Minderjährigen beginnt. Dies gilt auch, wenn der Behandlungsbeginn möglichst rasch erfolgen soll. Auf mündliche Zusagen eines Elternteils über die Zustimmung des anderen Elternteils darf ich mich nicht verlassen.

Neutralität und Abstinenz (§ 6 BO)

Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen werden oft in die Sorgerechtsstreitigkeiten der Eltern ihrer Patientinnen einbezogen. Hier ist besondere Sorgfalt nötig, um nicht für eine Seite Partei zu ergreifen.

Datensicherheit (§ 10 BO)

Besonders vorsichtig sollte ich bei der Kommunikation per E-Mail sein. Schon allein der Austausch von Kontaktdaten zwischen Patientin und Psychotherapeutin offenbart personenbezogene Daten, wie etwa Postanschrift, Telefonnummer und E-Mail-Adresse. Zudem werden besondere personenbezogene Tatsachen ausgetauscht, nämlich dass eine psychische Erkrankung vorliegt. Grundsätzlich sollte E-Mail-Kommunikation deshalb verschlüsselt erfolgen, insbesondere, wenn sensible Daten ausgetauscht werden, wie beispielsweise Befundberichte. Patientinnen sind häufig wenig sensibel für den Schutz ihrer Daten. Dennoch sollte ich vermeiden, beispielsweise auf die Schilderung von Krankheitssymptomen ausführlich per E-Mail zu antworten.



Dr. Marianne Paetow

Abschließend möchte ich betonen, dass mir erst durch die Arbeit im BuS die Berufsordnung und ihre Bedeutung vertraut geworden sind. In den letzten Jahren hat sich teilweise die Rechtslage geändert (Stichwort: Patientenrechtegesetz). Aktuelle Rechtsprechung überholt altbekannte und lange als ausreichend erachtete Verhaltensweisen, z. B. in Fragen der Patientenaufklärung, der Dokumentation und der Einsichtsrechte der Patientinnen. Die Psychotherapeutenkammer, die Kassenärztliche Vereinigung und die Berufsverbände informieren regelmäßig über solche Veränderungen. Diese Regelungen begrenzen auf der einen Seite gefühlt unser Verhalten und unsere Haltung beim professionellen Arbeiten, andererseits bieten sie auch Hilfestellungen, Anregungen und einen sicheren Rahmen. Somit wünsche ich eine erhellende Lektüre.“

PK Bremen richtet Heilberufeempfang aus

Am 24. April 2019 fand zum fünften Mal der jährliche Empfang der bremischen heilberuflichen Körperschaften statt, der in diesem Jahr von der Psychotherapeutenkammer Bremen organisiert wurde. Etwa 150 Kammermitglieder sowie Vertreterinnen aus Politik und Gesundheitswesen folgten der Einladung.

Der Empfang wurde vom Präsidenten der PK Bremen, Karl Heinz Schrömgens,



Entspannte Gesprächsatmosphäre beim anschließenden Empfang

eröffnet, der sich in seiner Ansprache kritisch mit aktuellen gesundheitspolitischen Fragen, wie den Regelungen des TSVG sowie mit der geplanten doppelten Widerspruchslösung beim Organspende-Gesetz auseinandersetzte.

Hauptredner der Veranstaltung war Jürgen Hardt, Psychologischer Psychothe-

rapeut aus Wetzlar und Gründungspräsident der Psychotherapeutenkammer Hessen. Sein Vortrag: „Ökonomisierung und Digitalisierung des Gesundheitswesens – ein moralisches Dilemma oder eine ethische Herausforderung?“ fand viel positive Resonanz und kann im Wortlaut auf der Homepage der PK Bremen abgerufen werden.

Im Anschluss war bei Fingerfood und Getränken Gelegenheit, sich über gesundheitspolitische Themen auszutauschen und Kontakte zu anderen Akteuren des Gesundheitswesens zu knüpfen oder zu pflegen.

Kammervorstand im Gespräch mit Senatorin Quante-Brandt

Bereits am 21. März trafen sich Vertreterinnen des Kammervorstands mit Senatorin Quante-Brandt und weiteren Vertreterinnen des Ressorts Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, um über den Gesetzesentwurf zur Reform des Psychotherapeutengesetzes zu diskutieren und für kritische Punkte zu sensibilisieren. Im Fokus stand dabei u. a. die enge Formulierung der Legaldefinition, die offene Finanzierung der ambulanten Weiterbildung sowie das Fehlen einer Approbationsordnung zur weiteren Ausgestaltung des Psychotherapiestudiums.

Im Gespräch wurde deutlich, dass auf Ebene der Fachreferentinnen viele der vorgebrachten Bedenken nicht geteilt werden. Die Senatorin schlug vor, noch einmal in einen intensiveren Meinungsaustausch zu treten, machte aber auch deutlich, dass sich Bremen auf Bundesebene nicht für Forderungen stark machen würde, die nicht auch von einer relevanten Zahl anderer Bundesländer unterstützt würden. Als positives Gesprächsfazit zeigte sich, dass auch die Senatorin davon ausgeht, dass die Universität Bremen



V. l. n. r.: Referatsleiterin Dr. Wiebke Wietschel, Hans Schindler, Senatorin Eva Quante-Brandt, Staatsrat Gerd-Rüdiger Kück, Dr. Sylvia Helbig-Lang, Karl Heinz Schrömgens

einen entsprechenden neuen Studiengang Psychotherapie einrichten wird. Die Bremer Kammer bleibt im Kontakt mit den verantwortlichen Politikern,

um die Anliegen der Psychotherapeutenchaft im Rahmen der Reform deutlich zu machen.

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Karl Heinz Schrömgens, Amelie Thobaben

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 0421/277200-0
Fax: 0421/277200-2
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

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

73. Delegiertenversammlung am 27. März 2019

Auf der Tagesordnung der 73. Sitzung der Delegiertenversammlung stand die Beratung und die Feststellung des Jahresabschlusses 2018. Die Rechnungsprüfung war ohne Beanstandungen verlaufen. Der Rechnungsprüfungsausschuss hatte der Geschäftsstelle ausdrücklich für die ordnungsgemäße Buchhaltung und Rechnungslegung gedankt, und der Vorstand wurde für das Haushaltsjahr 2018 entlastet.

Es schloss sich eine Diskussion zur Änderung der Entschädigungsordnung an. Der Vorstand schlug die Aufnahme einer Entschädigung für die Kosten zur Betreuung von Kindern und zur Pflege von Angehörigen vor. Delegierte, Vorstands-, Kommissions- und Ausschussmitglieder sollen diese in Anspruch nehmen können, wenn sie an Gremiensitzungen der Kammer teilnehmen oder andere Termine im Auftrag der Kammer wahrnehmen. In einer ersten Lesung stimmten die Delegierten dem Anlie-

gen grundsätzlich zu, brachten aber auch Änderungsvorschläge zum Entwurf ein. In der Juni-Sitzung soll über die Aufnahme einer entsprechenden Regelung entschieden werden.

An der in 2018 beschlossenen neuen Wahlordnung musste noch eine kleine Änderung vorgenommen werden. Diese wurde von der Delegiertenversammlung beschlossen und wird in dieser Ausgabe des PTJ veröffentlicht.

Der Kabinettsentwurf zum Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz war ein weiterer Tagesordnungspunkt. Heike Peper stellte die wesentlichen Punkte des Gesetzentwurfes sowie die Änderungsbedarfe aus Sicht der Kammer vor. In der anschließenden Diskussion wurde die Frage aufgeworfen, an welchen Hochschulen das zukünftige Psychotherapiestudium in Hamburg angesiedelt sein sollte. Weiterhin wurde die Notwendigkeit betont, bald mit der Ent-

wicklung einer Musterweiterbildungsordnung zu beginnen, damit die Weiterbildungsordnungen auf Landesebene erarbeitet werden können. Schließlich wurde auch thematisiert, dass mit dem Gesetzentwurf weder die Finanzierung der zukünftigen ambulanten Weiterbildung noch eine Vergütung der Ausbildungskolleginnen, die sich noch in der „alten“ Ausbildung qualifizieren, geregelt ist. Diese Forderungen gilt es, weiter an die Politik heranzutragen.

Am Ende der Sitzung wurde die langjährige Delegierte Andrea Hirschmann verabschiedet. Da sie zukünftig in Niedersachsen leben und arbeiten wird, scheidet sie aus der Delegiertenversammlung aus. Heike Peper dankte der Kollegin Hirschmann mit einem Blumenstrauß für ihr ehrenamtliches Engagement und wünschte ihr im Namen der Kammer alles Gute für die Zukunft.

HP

Fachvortrag „Psychotherapie mit Menschen mit Intelligenzminderung“

Im Oktober 2018 wurde die Psychotherapie-Richtlinie geändert, indem höhere zeitliche Umfänge für psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen und Rezidivprophylaxe sowie für die Einbeziehung von Bezugspersonen bei Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung geschaffen wurden.

Dr. Michael Wunder, Psychologischer Psychotherapeut und Leiter der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz Alsterdorf, warb vor diesem Hintergrund in seinem Vortrag am 25. Februar 2019 für die Behandlung von geistig behinderten Menschen in ambulanten psychotherapeutischen Praxen.



Referent Dr. Michael Wunder

Er gab in seinem Vortrag zunächst einen Überblick über die Historie der Definition und Verwendung der Begriffe „Intelligenzminderung“ und „geistige Behinderung“, denen über viele Jahre eine defizitorientierte Sichtweise zugrunde lag.

Er verwies dann auf die aktuelle WHO-Definition von Behinderung, die diese als biologisches, soziales und psychisches Phänomen, dessen Ausprägung wesentlich durch die gesellschaftlichen Bedingungen geprägt ist, beschreibt.

Die Frage in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen sollte also sein: „Welche Fähigkeiten und Kompetenzen hat eine Person, wie kann sie ihren Weg gehen?“ Es geht um Ressourcenorien-

tierung und -aktivierung und die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe.

Dr. Wunder erläuterte die Grade von Behinderung, die wesentlich mit dem Stand der biologischen, kognitiven, sozial-emotionalen Entwicklung zusammenhängen, und schilderte die Voraussetzungen, die für eine psychotherapeutische Behandlung gegeben sein müssen.

Unter der Fragestellung „Was ist gleich? Was ist anders?“ beschrieb er

anschaulich die Praxiserfahrungen aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz. Aspekte wie Motivation, therapeutisches Arbeitsbündnis, Erarbeitung von Therapiezielen, einfache bzw. leichte Sprache, Langsamkeit und Wiederholung, Fokussierung auf Aktualkonflikte und die Einbeziehung von Bezugspersonen sowie die Integration der psychotherapeutischen Arbeit in ein bereits vorhandenes bzw. aufzubauenendes Unterstützungsnetz wurden angesprochen.

In der anschließenden Diskussion wurde aus dem Teilnehmerinnenkreis eine ganze Reihe von interessierten Fragen zur konkreten psychotherapeutischen Arbeit gestellt, so dass wir Herrn Dr. Wunder im Nachgang der Veranstaltung gebeten haben, in absehbarer Zeit einen praxisbezogenen Fortbildungstag zur Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung anzubieten. Wir werden über den Termin rechtzeitig informieren.

HP

Kurznachrichten

Gespräche mit den gesundheitspolitischen Sprecherinnen

Seit Januar 2019 konnte das Präsidium einige Gespräche mit den gesundheitspolitischen Sprecherinnen der Fraktionen in der Hamburgischen Bürgerschaft führen.

Mit Frau Wowretzko (SPD), Frau Stöver (CDU), Frau Blömeke (Die Grünen), und Herrn Celik (Die LINKE) wurden aktuelle Themen der psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg und der bundesweiten Entwicklung erörtert. Die Kammer konnte hier an bereits zu Beginn dieser Amtszeit geführte Gespräche anknüpfen.

Im Mittelpunkt standen neben der Ausbildungsreform und der Reform der Bedarfsplanung die aktuelle Entwicklung in Hamburg. Die gesundheitspolitischen Sprecherinnen zeigten sich gut informiert und sehr interessiert an den inhaltlichen Positionen der Kammer.

Besonders die Auswirkungen des erleichterten Zugangs zur ambulanten Psychotherapie durch die neuen Möglichkeiten der Sprechstunde und der Akutbehandlung seit der Reform der Psychotherapierichtlinie interessierten die Sprecherinnen sehr. Zugleich nahmen sie aber auch die Einschränkungen in der außervertraglichen Behandlung und die Ergebnisse der länderübergreifenden Studie zur Situation der Kosten-erstattung zur Kenntnis.

Auch die Stellungnahme der Kammer zum Entwurf des Psychotherapeuten-ausbildungsreformgesetzes stieß auf großes Interesse. Hier konnte das Präsidium besonders auf die Notwendigkeit einer Finanzierung der zukünftigen Weiterbildung, ausreichender Übergangsfristen wie auch der Finanzierung der sich noch in der Ausbildung nach dem bisherigen Psychotherapeutengesetz befindenden Kolleginnen hinweisen. Besonders diese werden nach der Reform des Gesetzes der Unterstützung bedürfen. Mit allen Sprecherinnen konnte vereinbart werden, im Rahmen der Reform in engem Kontakt zu bleiben.

Schließlich war auch der im Januar 2019 veröffentlichte Psychiatriebericht für Hamburg Thema in den Gesprächen. Vonseiten der Kammer wurde die mangelnde Einbeziehung in die Erarbeitung des Berichts kritisiert und eine differenzierte Stellungnahme zum Psychiatriebericht angekündigt.

Besuch des neuen Präsidiums der Ärztekammer in der Geschäftsstelle der PTK

Am 25. Februar 2019 konnte das neu-gewählte Präsidium der Ärztekammer Hamburg, Herr Dr. Emami als Präsident und Frau Dr. Wulff als Vizepräsidentin, gemeinsam mit dem langjährigen Geschäftsführer der Ärztekammer, Herrn Dr. Beelmann, in der Geschäftsstelle der PTK willkommen heißen werden.

In sehr herzlicher und offener Atmosphäre wurden gemeinsame Themenbereiche und mögliche gemeinsame Arbeitsschwerpunkte identifiziert. Neben der bereits in der Planung abgeschlossenen Veranstaltung zum Tag der seelischen Gesundheit, die von Herrn Dr. Emami und Frau Dr. Wulff sehr begrüßt wurde, schlug Herr Dr. Emami beim Austausch zur Ausbildungsreform eine gemeinsame Veranstaltung vor, um auch die ärztlichen Hamburger Psychotherapeutinnen über den Reformprozess zu informieren und damit Sorgen und Ängste abzubauen.

Auch weitere Themen wie die Idee eines gemeinsamen Jahresempfanges aller Heilberufekammern, die Weiterentwicklung und Konsolidierung von Sprachmittlung sowie Überlegungen zur Kooperation beim Thema Häusliche Gewalt und Gewaltprävention stießen auf gemeinsame Resonanz.

Auch die Entwicklungen zum Transparenzgesetz in Hamburg sollten als gemeinsame Aktivität im engen Austausch begleitet werden.

Besuch von Frau Dr. Heinemann, der neuen Leiterin des Amtes für Gesundheit, in der Geschäftsstelle der PTK

Am 24. April 2019 führte das Präsidium mit Frau Dr. Silke Heinemann, die als Nachfolgerin von Herrn Dr. Gruhl die Leitung des Amtes für Gesundheit

in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) angetreten hatte, ein Gespräch.

Frau Dr. Heinemann war 18 Jahre im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz tätig. Dort war sie u. a. in der Aufsicht für die Heilberufekam-

mern auch für die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zuständig. Im Gespräch zeigte sie sich als sehr aufgeschlossene und gut informierte Gesprächspartnerin. So interessierte sie sich besonders für die Perspektive der Kammer auf die Ausbildungsreform und den Psychiatriebericht für Hamburg. In sehr offener Atmosphäre ge-

lang ein guter Austausch, der in Zukunft in unregelmäßigen Abständen themenzentriert fortgesetzt werden soll.

Wir wünschen Frau Dr. Heinemann viel Erfolg in ihrem Amt und einen guten Einstieg in die Arbeit in der BGV und der Hamburger Gesundheitslandschaft.

TM

Leitlinie für bezirkliche Kooperationsvereinbarungen zur Behandlung von Kindern und zum Kinderschutz

Wie bereits berichtet, hat die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI), eine für ganz Hamburg gültige Leitlinie für die Zusammenarbeit aller Beteiligten im Fall von komplexem Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei Familien, Kindern und Jugendlichen entwickelt.

Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zur Gestaltung individueller Hilfeverläufe mit Familien wird in der Leitlinie als erforderlich festgelegt. Wird ein komplexer Hilfe- und Unterstützungsbedarf von einem der Akteure festgestellt, soll das Anlass zur Kooperation aller Angebotssysteme im Kinder- und Jugendbereich sein. Aufgrund unterschiedlicher Handlungsroutinen und -grundlagen sowie unterschiedlicher Zuständigkeiten muss die Zusammen-

arbeit in den Bezirken allerdings verbindlich mit Hilfe schriftlicher Vereinbarungen getroffen werden.

Um diese Vereinbarungen zu erarbeiten, abzuschließen, umzusetzen und den Prozess mit der „Hamburger Kooperationskonferenz Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Regionale Bildungs- und Beratungszentren/Schulen“, an der die PTK Hamburg als ständiges Mitglied beteiligt ist, zu kommunizieren und zu verstetigen, ist entweder ein im Bezirk bereits vorhandenes und geeignetes Gremium zu beauftragen oder eine neue bezirkliche Kooperationskonferenz einzurichten, in der die zu beteiligenden Bereiche vertreten sind.

Die Bezirke in Hamburg haben teilweise zögerlich begonnen, schriftliche Vereinbarungen mit den betroffenen Akteuren zu entwickeln. Da die Kliniken ein besonders großes Interesse daran haben, gelungene Übergänge zwischen dem stationären und dem ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich und der Jugendhilfe zu gestalten, gehen die Impulse zu regionalen Treffen momentan zentral von ihnen aus. Die Bezirksämter begleiten diesen Prozess.

Innerhalb des AK KJP der PTK werden die sich daraus ergebenden Möglichkeiten und Schwierigkeiten intensiv diskutiert. Einige Kolleginnen haben sich bereit erklärt, die bezirkliche Vertragsgestaltung mit voranzutreiben.

GK

Fachtag „Akuttraumatisierung“

Mit ca. 100 Teilnehmenden war der von der Arbeitsgruppe Notfallversorgung der PTK Hamburg organisierte Fachtag am 27. April 2019 gut besucht. Wir wollten interessierten Kammermitgliedern ermöglichen, sich über theoretische und praktische Grundlagen der Versorgung akuttraumatisierter Menschen zu informieren.

Dazu wurden fachliche und praxisbezogene Inhalte von Expertinnen mit verschiedenen Hintergründen und Perspektiven in Vorträgen und Workshops

vorgelegt und Raum zum Transfer in den eigenen Arbeitsbereich geboten.

Die Vorträge reichten von differentialdiagnostischer Abgrenzung von Anpassungsstörungen und PTBS im Kontext von Komorbiditäten und vorbestehenden Störungen, Chancen und Grenzen psychotherapeutischer Akutbehandlungen, die Besonderheiten der Traumabehandlung von Menschen mit Migrationshintergrund, der konkreten Arbeit des Kriseninterventionsteams des Deutschen Roten Kreuzes (KIT) und

der Opferhilfe e.V. Hamburg sowie der Akutbehandlung nach dem Opferentschädigungsgesetz.

Da alle Vortragenden ihre Ausführungen aus den Einzelreferaten noch anhand von Fallbeispielen in Workshops konkretisierten, hatten die Teilnehmerinnen ausreichend Gelegenheit, die Ergebnisse mit ihren eigenen Behandlungserfahrungen zu verbinden. In den Diskussionen auf dem Fachtag und den Auswertungen der Evaluationsbögen zeigte sich die große Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Angebot.

GK

Lebensmitte – immer am Limit?! – Tag der seelischen Gesundheit



V. l. n. r.: Dr. Hans-Peter Unger, Dipl.-Psych. Renate Ritter, Dr. Pedram Emami, Dr. Hans Ramm, Dipl.-Psych. Heike Peper, Marco Kellerhof (Foto: Michael Zapf)

Der gemeinsame Fortbildungstag der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer war innerhalb kürzester Zeit ausgebucht. Mehr als 150 Teilnehmende besuchten am 8. Mai 2019 die Vorträge und Workshops. Nach Begrüßungsworten des Präsidenten der Ärztekammer Dr. Pedram Emami sowie von Marco Kellerhof, stellv. Leiter des Amtes für Gesundheit in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, führte Dipl.-Psych. Heike Peper, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer, in das Thema ein.

Sie begrüßte als erste Referentin Dipl.-Psych. Renate Ritter, die in ihrem Vortrag „In der Mitte – zur innerpsychischen Wirkung äußerer Lebensaufgaben“ die Spannungsfelder in dieser Lebensphase sehr eindrücklich aufzeigte.

Dr. Hans-Peter Unger ging in seinem anschließenden Vortrag „Wie die Arbeitswelt unsere seelische Gesundheit in der Lebensmitte prägt: ‚Burnout‘ als Notfallabschaltung“ auf die Stressfaktoren in der Arbeitswelt ein, erläuterte die Erschöpfungspirale und stellte aktuel-

le Forschungsergebnisse zu Stress und Achtsamkeit vor.

Die Referentinnen der Vorträge und Workshops am Nachmittag vertieften unter den Titeln „Suizidalität“, „Midlife-Süchte“, „Psychokardiologie“, „Lebensmitte – was nun noch?“ und „Miteinander mittendrin – Paare in der Rushhour des Lebens“ verschiedene Aspekte des Tagungsthemas.

Im Hamburger Ärzteblatt (Ausgabe Juni 2019) wird ein ausführlicher Tagungsbericht erscheinen. Über einen Link auf der PTK-Homepage werden wir ihn auch den PTK-Mitgliedern zugänglich machen.

HP

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Gabriela Küll, Kathrin Zander.

Geschäftsstelle

Hallerstr. 61
20146 Hamburg
Tel.: 040/2262260-60
Fax: 040/2262260-89
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

1. Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Auf Grund von § 19 Absatz 1, Absatz 2 Ziffer 1 und § 6 Absatz 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) vom 14. Dezember 2005 (HmbGVBl. 2005, S. 495ff.), zuletzt geändert am 17. Dezember 2018 (HmbGVBl. 2019, S. 5, 9) hat die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in ihrer Sitzung am 27. März 2019 die erste Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg beschlossen, die die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gemäß § 57 HmbKGGH am 6. Mai 2019 genehmigt hat.

§ 1 Änderungen

§ 18 Absatz 7 (Ergebnis der Wahlprüfung, Wiederholungswahl) erhält folgende Fassung:

„(7) Die Erhebung von Rechtsmitteln wirkt nur für die Zukunft. Die Wirksamkeit der bis zur Ungültigkeitserklärung der Wahl gefassten Beschlüsse, Wahlen und vorgenommenen Amtshandlungen der Delegierten bleibt von der Ungültigkeitserklärung der Wahl unberührt.“

§ 2 Inkrafttreten

Die vorstehende Änderung der Wahlordnung tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg in Kraft.

Hamburg, den 13. Mai 2019

gez. Dipl.-Psych. Heike Peper
Präsidentin

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



Dr. Heike Winter (Foto: M. Werneke)

In den Neubau und die Modernisierung von Psychiatrie-Kliniken werden zur Zeit dreistellige Millionenbeträge investiert – auch in Hessen. Manche Klinikgebäude müssen modernisiert werden – das ist unstrittig. Beeindruckende Neubauten können den konzeptionellen Reformbedarf in Psychiatrien aber nicht ersetzen. Natürlich dürfen nicht alle Kliniken unter Generalverdacht gestellt werden. Tatsache ist aber auch, dass es bei vielen stationären Einrichtungen erkennbaren Handlungsbedarf gibt – nicht nur in der Klinik Frankfurt-Höchst. Durch Medienbeiträge ist die Politik auf untragbare Zustände in der Versorgung von Psychiatrie-Patientinnen aufmerksam geworden.

Lichtdurchflutete Neubauprojekte und frische Farbanstriche dürfen nicht zu einer Wahrnehmungstäuschung führen, die kritische Blicke von den eigentlichen Herausforderungen wieder weglenkt.

In manchen Kliniken gibt es den Begriff „Psychotherapie“ zwar im Namen, aber zu wenig im Behandlungsalltag: weil es dort an dafür qualifi-

zierten Psychotherapeutinnen fehlt. Das muss sich rasch und nachhaltig ändern: Die Psychotherapie-Qualität vieler Psychiatrien muss konzeptionell und personell deutlich verbessert werden! Planungsgrundlage ist dort oft noch die Psychiatrie-Personalverordnung aus dem Jahr 1991 (PsychPV). Der veränderte Stellenwert der Psychotherapie und die dafür notwendige personelle Ausstattung mit Psychotherapeutinnen sind bisher meist nicht berücksichtigt. Ziel muss eine – an den Leitlinien orientierte – stationäre Versorgung psychisch erkrankter Menschen sein. Unsere Delegiertenversammlung hat dazu eine Resolution verabschiedet (siehe QR-Code).

Zudem muss darüber nachgedacht werden, wie Leitungspositionen in Fachkliniken künftig mit bestens ausgebildeten Psychotherapeutinnen besetzt werden können. Nur so kann ausreichend qualifizierter Nachwuchs aus den unterschiedlichen Berufsgruppen (PP und KJP) für solche Führungspositionen motiviert werden.

Auch in Hessen müssen Fachkliniken bereits längst in den Ruhestand verabschiedete Senioren wieder auf den Chefessel zurückholen, weil sich unter Medizinern bisher offenbar keine geeignete Nachfolge gefunden hat. Wir hätten da kluge Lösungen: Die Zahl hochqualifizierter Psychotherapeutinnen steigt.



Ihre
Dr. Heike Winter
Präsidentin

„Faire Übergangsregelungen und zeitnahe Verbesserungen“

Delegiertenversammlung für bessere Ausbildungsfinanzierung

Obschon die Psychotherapeutenkammer Hessen den Entwurf für das Psychotherapeuten-Ausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG) insgesamt für wegweisend hält: Es gibt nach Überzeugung der Delegiertenversammlung der Kammer „deutlichen Nachbesserungsbedarf mit Blick auf jene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich bereits jetzt in der Ausbildung – und in einer deshalb oft prekären Lage – befinden“. Für sie müsse das Gesetz „kurzfristig wirksame Mindestanforderungen für die Ausbildungsfinanzierung enthalten, damit

die bereits seit Jahrzehnten beklagte Misere ein rasches Ende hat“, heißt es in einer Resolution, die am 5. Mai 2019 von der Delegiertenversammlung der Kammer in Wiesbaden verabschiedet wurde.

Darin fordern die Delegierten: Für jene Psychotherapeutinnen, die ihre Ausbildung bereits begonnen haben, müssen Regelungen gefunden werden, mit denen die Ausbildungsfinanzierung fair geregelt und gesichert wird: „Diese Regelungen müssen kurzfristig (z. B. ab 1. Januar 2020) wirksam werden und durch die Fachaufsicht überprüfbar sein.“ Da die Psychotherapeutinnen in

Ausbildung (PiA) nach Darstellung der Kammer „bereits einen entscheidenden Beitrag zur Versorgung psychisch kranker Menschen in stationären Einrichtungen erbringen und Krankenkassen Reserven von rund 21 Milliarden Euro (Stand 12/2018) angehäuft haben“, müsse für die Reformgesetz-Übergangsphase eine pragmatische Finanzierungsregelung getroffen werden.

Mehrheit für Uni-Studium

Weiteres Thema der Frühjahrs-Delegiertenversammlung war die im Ausbildungsreformgesetz festzulegende Ver-

ortung des künftigen Psychotherapie-Studiums. Auch wenn dazu in der Versammlung unterschiedliche Positionen deutlich wurden: Die Mehrheit der Delegierten der Psychotherapeutenkammer Hessen befürwortet, dass das Psychotherapie-Studium nur an Universitäten angeboten wird oder an Hochschulen, die Universitäten gleichgestellt sind.

In der Begründung des Antrags dazu heißt es: „Das Studium von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten braucht eine hochwertige Strukturqualität, um vergleichbar mit den anderen akademischen Heilberufen zu sein. Universitäten und gleichgestellt Hochschulen dürfen nur unter klar definierten Voraussetzungen einen Approbationsstudiengang anbieten. Aus fachlicher Sicht ist hierbei zur Sicherung der Ausbildungsqualität eine hinreichende wissenschaftliche Infrastruktur sowohl für die wissenschaftliche als auch für die praktische Qualifizierung zwingend notwendig – einschließlich eigenständiger aktiver Psychotherapieforschung an Hochschulambulanzen.“ Zum Sichern des wissenschaftlichen Nachwuchses und der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Psychotherapie sei eine weitere notwendige Voraussetzung, dass die Hochschule Promotionen und Habilitationen durchführen kann.

Rückenwind für Kurs des Vorstands

Die Auffassung, dies sei genauso auch an Fachhochschulen oder Hochschu-



Zukunftsperspektiven: Dr. Andrea Benecke zur Ausbildungsreform (Fotos: Robert Eberle)

len für Angewandte Wissenschaft gegeben, fand in der Delegiertenversammlung nach lebhafter Debatte keine Mehrheit. Stattdessen forderten die meisten Delegierten den Vorstand auf, im politischen Prozess zur Reform der Psychotherapeutenausbildung seine Aktivitäten zum Verorten des Direktstudiums an Universitäten und gleichgestellten Hochschulen weiter fortzuführen.

Plan für MWBO

Dr. Andrea Benecke, die Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), gab in einem Abendvortrag im Rahmen der Delegiertenversammlung einen Überblick über den Stand der Diskussionen zur Gesetzes-Reform und die nicht immer sachlichen Debatten darüber mit anderen Interessengruppen wie der Ärztekammer. Die BPTK werde im Gesetzgebungsverfahren den Zuständigkeitsbereich der Selbstverwaltung verteidigen, erklärte Benecke unter Hinweis auf den BPTK-Vorschlag (zu § 1 Abs. 2 PsychThG): „Ausübung von Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung von psychischen Erkrankungen sowie zur Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“ Auch die BPTK sehe noch Änderungs- und Ergänzungsbedarf bei der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung („Förderung zur Finanzierung der Supervision, Selbsterfahrung und Theorie an den Weiterbildungsinstituten sowie der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung der Weiterbildungsteilnehmer fehlt“). Insgesamt schlage der Gesetzentwurf jedoch die richtige Richtung ein: „Die Reform regelt Aus- und Weiterbildung unseres Berufsstandes und passt sie an vorhandene Veränderungen in der Versorgung an. Die Reform beseitigt systematische Defizite des aktuellen Gesetzes. Die Reform orientiert sich an bewährten Strukturen der anderen akademischen Heilberufe. Sie ermöglicht in vielen Punkten die Umsetzung des nach langjährigen Debatten und einer umfassenden Klärungsphase erarbeiteten Gesamtkonzepts“, erklärte die

BPTK-Vizepräsidentin. Sie informierte auch über das Projekt „Musterweiterbildungsordnung“ (MWBO). Noch 2019 wird ein Rohentwurf erarbeitet, der 2020 weiterentwickelt werden kann. Nach der Verabschiedung der MWBO im Frühjahr 2021 (beim DPT) können die Kammern auf Länderebene Weiterbildungsordnungen verabschieden.

Berufsordnung und Sorgerecht

Lebhafte Debatten gab es in der Frühjahrs-Delegiertenversammlung auch über die Berufsordnung – mit Blick auf den Umgang mit minderjährigen Patientinnen (§ 14 Abs. 3) und die erforderliche Zustimmung beider sorgeberechtigter Elternteile zu einer Behandlung. Hier war – unter Hinweis auf ähnliche Regelungen in anderen Bundesländern – beantragt worden, die Berufsordnung so zu ändern, dass die erste Sitzung von einem Sorgeberechtigten eines noch nicht einwilligungsfähigen minderjährigen Kindes alleine, d. h. ohne Zustimmung des anderen sorgeberechtigten Elternteils veranlasst werden könnte („wenn sich diese Sitzung auf das Gespräch mit dem Sorgeberechtigten bezieht und das Kind nicht anwesend ist“). Alle Delegierten zeigten Verständnis für das Problem vieler Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, die Frage nach dem Sorgerecht schon am Telefon klären zu müssen – bevor der erste Termin vereinbart wird.

Risiken und Nebenwirkungen?

Dennoch fand der Antrag zur Änderung der Berufsordnung keine Mehrheit – vor allem mit Blick auf die mit einer solchen Neuregelung verbundenen juristischen Probleme. Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) fordert nämlich vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme eine wirksame Einwilligung. Medizinische Maßnahmen in diesem Zusammenhang sind z. B. Diagnostik, Ausschlussdiagnostik, Erheben von Fremdanamnesen, Krisenintervention. Diese Problematik war auch auf der Berufsrechtskonferenz ausführlich diskutiert worden; die Mehrheit der Kammerjuristinnen hatte dort vor Risiken und Nebenwirkungen einer solchen Neuregelung gewarnt.



Feierlich mit einem Blumenstrauß verabschiedet: Marion Schwarz mit Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter, dem früheren Präsidenten Alfred Krieger und Vizepräsidentin Else Döring

Mitgliederzahl der Kammer steigt

Positive Entwicklungen konnte die Delegiertenversammlung beim Finanzbericht für 2018 beobachten: Die Zahl der Mitglieder ist weiter gestiegen: Auf 5.686 (Vorjahr: 5.476) – davon waren 1.565 beitragsfrei (PiA). Der durchschnittliche Beitrag lag 2018 bei 353 € (Vorjahr: 361 €). Trotz der wachsenden Mitgliederzahl und der positiven Honorarentwicklung wurde im Haushalt ein Defizit erzielt, das jedoch geringer ausfiel als geplant. Die Kammer will ihre Rücklagen absenken, aber ruckartige Veränderungen der Beitragshöhe vermeiden und deshalb abwarten, welche zusätzlichen Aufgaben und Kosten die Umsetzung der Reform des PsychThG den kommenden Jahren mit sich bringen wird. Der Wirtschaftsprüfer bewertete die Finanz-Arbeit der Geschäftsstelle positiv und hatte keine Beanstandungen. Die DV erteilte dem Vorstand deshalb Entlastung.

Jahrzehntelanges Engagement: Marion Schwarz verabschiedet

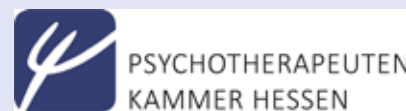
Feierlich verabschiedet wurde Marion Schwarz, die bereits dem Errichtungsausschuss der Psychotherapeutenkam-

mer angehört hatte und nun ihren Sitz in der Delegiertenversammlung in Hessen zur Verfügung gestellt hat. Gründungsvorstandsmitglied Uta Cramer-Düncher, der ehemalige Kammerpräsident Alfred Krieger sowie Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter würdigten das jahrzehntelange Engagement der Kinder- und Jugendpsychotherapeutin in der Berufspolitik: Marion Schwarz habe sich um den Aufbau der Kammer sowie ihren Berufsstand verdient gemacht und unglaublich viel erreicht. Durch ihr Talent und ihr kluges, konstruktives Auftreten sei es ihr auch in schwierigen Auseinandersetzungen gelungen, ihre Expertise einzubringen und die Aufmerksamkeit auf gemeinsame Ziele, Interessen und mögliche Bündnisse zu lenken. So folgten ihr die besten Wünsche für ihren neuen Lebensabschnitt – ohne Delegiertenfunktion in der Kammer in Hessen. Im Rückblick bewertete auch sie ihre Zeit in der Delegiertenversammlung als aufregend, inspirierend und kräftezehrend. Als Abschiedsgeschenk hatte sie für alle Delegierten ein Exemplar der „Grundsätze der Kammerarbeit der hessischen Psychotherapeutenkammer“ („Geisenheimer Manifest“) mitgebracht.

Weiterentwicklung Kammer-Design

Bis Herbst wird das neue Logo der Psychotherapeutenkammer Hessen schrittweise eingeführt, das zum Abschluss der Frühjahrs-Delegiertenversammlung 2019 vorgestellt und erläutert wurde.

Im Mai 2018 hatte die Delegiertenversammlung den Vorstand beauftragt, eine Überarbeitung des Logos der Kammer vorzulegen: Die bisher nur für Insider verständliche Abkürzung „LPPKJP“ sollte durch die Bezeichnung „Psychotherapeutenkammer Hessen“ ersetzt werden. Zugleich wurde eine Alternative zu der verwirrenden Doppelsymbolik (Psi und gestreifter Löwe) gesucht, die für ein professionelles Logo unüblich ist.



Modernes Design: neues Kammer-Logo

Eine Diplom-Grafik-Designerin wurde mit der Weiterentwicklung von Logo und Corporate Design beauftragt. Sie hat inzwischen ein neues Logo erarbeitet – zudem entsteht ein Design-Konzept: Darin wird festgelegt, wie und wo dieses neue Logo im visuellen Erscheinungsbild der Psychotherapeutenkammer Hessen in Zukunft positioniert wird.

Bei der Weiterentwicklung des visuellen Erscheinungsbildes, dem Corporate-Design-Konzept, wurde bewusst darauf geachtet, beide Symbole (Psi und Hessen-Löwe) mit in die Zukunft zu nehmen – allerdings an unterschiedlichen Positionen. So knüpft das neue Design-Konzept an die bisher gewohnten Signets (Psi für die Psychologie – Löwe für Hessen) an. Das neue Logo mit dem Design-Konzept wird künftig zudem die Netzaktivitäten der Psychotherapeutenkammer prägen, deren Runderneuerung voraussichtlich im Sommer startet.

Ebenfalls aus der Delegiertenversammlung mit einem Blumenstrauß und besten Zukunftswünschen verabschiedet wurde PiA-Sprecherin Eva Müller, die dem Gremium bei der Herbst-Sitzung (25./26. Oktober 2019) nach Abschluss ihrer Ausbildung nicht mehr angehören wird.

„Im Kontakt! – Die therapeutische Beziehung im Verlauf einer Psychotherapie“

Psychotherapeutentag 2019: Beziehungsarchitektinnen im Dialog

Was wirkt in der Psychotherapie wann, wie und warum? Darüber wird in Forschung und Praxis seit Jahrzehnten intensiv – oft auch kontrovers – diskutiert. Doch in einem Punkt gab und gibt es große Übereinstimmung: In der grundsätzlichen Bedeutung des Kontakts für eine gelingende Psychotherapie. Aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet wurde dieses Phänomen beim 10. Hessischen Psychotherapeutentag (HPT) am 5. und 6. April 2019 an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Das Thema: „Im Kontakt! – Die therapeutische Beziehung im Verlauf einer Psychotherapie.“ Denn die Psychotherapieforschung setzt sich seit einiger Zeit wieder verstärkt mit der Frage auseinander, was das eigentlich Wirksame in der Psychotherapie ist.



Prof. Dr. Domes: „Psychobiologie der Nähe“

Darüber hinaus warf der alle zwei Jahre organisierte HPT einen Blick auf die aktuelle neuropsychologische Forschung zum Thema Beziehung: Prof. Gregor Domes von der Universität Trier gab dazu in einem Festvortrag zum Auftakt des Treffens Einblicke – zur „Psychobiologie der Nähe“. Domes, Professor für Biologische und Klinische Psychologie, stellte dabei zum Beispiel Ergebnisse der Oxytocin-Forschung vor. Oxytocin hat offenkundig vertrauensfördernde Wirkung und für das Zusammenleben der Menschen enorme Bedeutung: Es stärkt die Paarbindung und das Vertrauen in andere Menschen, reduziert Stress und dämpft Aggressionen – so wurde es als „Kuschelhormon“ populär. Domes präsentierte Ergebnisse von Experimenten, bei denen Probanden

mit einem Nasenspray einen erhöhten Oxytocin Spiegel bekamen: Bei einem Investorenspiel („Trust-Game“) mit echten Geldgewinnen hat sich gezeigt, dass Personen mit einem erhöhten Oxytocin Spiegel ihren Spielpartnern messbar mehr Vertrauen entgegenbringen. Lassen sich diese Erkenntnisse für Therapien nutzen? Domes, der auch Psychologischer Psychotherapeut ist, verweist auf soziale Phobien (die dritthäufigste psychische Störung mit einer im Vergleich zu anderen Angststörungen niedrigen Therapieeffektivität) sowie auf Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Autismusspektrum-Störungen (für die bislang keine spezifische Therapie existiert). Für eine „Psychobiologische Therapie“ gibt es ein Arbeitsmodell und offene Fragen – auch mit Blick auf Einsatzmöglichkeiten von Oxytocin als „social enhancer“.

Hohe Varianz beim Therapieerfolg

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers (Asklepios Klinik Nord, Ochsenzoll) referierte beim HPT 2019 über „Die therapeutische Beziehung und Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie“. Er sensibilisierte für die hohen Varianzanteile am Therapieerfolg (40 % unerklärte Varianz!) und skizzierte die unterschiedlichen Konzepte zur Beziehungsgestaltung zwischen Patientin und Psychotherapeutin in einer Verhaltenstherapie.

Die „zwischenleibliche Kommunikation in der therapeutischen Situation“ war Vortragsthema von Dr. Jörg M. Scharff (Kronberg). Er betont: „Alle unsere Weisen des Kontaktes mit uns selbst und den anderen sind tief in der Körperlichkeit verankert.“ Ein therapeutischer Prozess, so er denn in Gang komme, beruhe immer auf Veränderungsprozessen in beiden Beteiligten: „Solche Veränderungen in der Therapie erfolgen kleinschrittig, sie bedürfen geschulter Aufmerksamkeit und sie brauchen Zeit.“ Von solchen kleinen Schritten in der Arbeit mit Patientinnen berichtete Scharff anhand von verschiedenen Fallbeispielen.



Dion Van Werde präsentiert Prä-Therapie.

Der Klinische Psychologe Dion Van Werde (Spezialisierung in Klientenzentrierter/Experienzieller Psychotherapie) referierte über „Prä-Therapie: Kontakt zur Realität, zu sich selbst und zu anderen ermöglichen“. Van Werde ist Ausbilder des 'Pre-Therapy International Network' – www.pre-therapy.com) und wirbt dafür, behutsam auf das einzugehen, was ein Mensch auf konkrete Art und Weise zeigt. Damit sei verbunden, mit der Person zu sein, „auch wenn ihr Verhalten bizarr und reduziert erscheint“, verdeutlichte Van Werde an Klinik-Beispielen. Bei der Prä-Therapie gehe es um ein „phänomenologisches, experientielles Zuhören“, um einem Menschen wirklich zu begegnen, ihm größtmögliche innere Freiheit und Zugriff auf eigene Kräfte zu ermöglichen.

Entwicklungsfördernde Beziehungen



Prof. Dr. Svenja Taubner beim HPT 2019

„Die therapeutische Beziehung (aus psychodynamischer Sicht) für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ war Thema von Prof. Dr. Svenja Taubner vom Institut für Psychosoziale Prävention am Universitätsklinikum Heidelberg. Im Unterschied zur Arbeit mit Erwach-

senen liege bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ein stärkerer Fokus auf Humor, Erregungsmanagement, Stimulation oder belohnende Aspekte der Beziehung. Hinzu komme, dass altersbezogene Verstehensmöglichkeiten berücksichtigt und Bezugspersonen (Eltern / multiple Allianzen) einbezogen werden müssen. In psychodynamischen Therapien laute das Credo in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: „Entwicklungsfördernd-kurative Inszenierungs- und Kommunikationsbeziehung.“



Workshop mit Dr. Katrin Zoubek beim HPT

Energiefresser – Kraftquellen

In Workshops am Samstagnachmittag wurden die Themen der Hauptvorträge vertieft. Auf starkes Interesse stieß auch ein Workshop von Dr. Katrin Zoubek. Die Psychologische Psychotherapeutin (Leitende Psychologin und Leiterin des Borderline-Schwerpunktes der Poliklinischen Institutsambulanz der Universität Mainz) informierte über „Dissoziation, Suizidalität, selbstverletzendes Verhal-

ten – Umgang mit schwierigen Therapiesituationen“ und die Grundlagen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), wie sie im Borderline-Schwerpunkt der Institutsambulanz Mainz zum Einsatz kommt.

Prof. Dr. Franz-Christian Schubert (Mönchengladbach) leitete beim HPT 2019 einen Workshop zum Thema „Ressourcen stärken bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten – Psychohygiene und Selbstfürsorge“. Er sensibilisierte die Teilnehmer für ihren „Ressourcen-Akku“ – für Kraftquellen, Energiefresser und Selbstfürsorge im therapeutischen Kontext.

Zur Eröffnung des Psychotherapeutentages war auch der in Hessen für Gesundheit zuständige Staatsminister für Soziales und Integration, Kai Klose, nach Frankfurt gekommen. Er äußerte sich dort zur Reform der Psychotherapeutenausbildung: „Ich bin sicher, dass sich die Ausbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Bedeutung der Psychotherapie entsprechend weiterentwickeln wird und hoffe, dass die Reform der Psychotherapeutenausbildung einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftesicherung in der Psychotherapie leisten kann.“ Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter sicherte Klose zu: „Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit und auf die Gespräche, wie wir zu einer besseren Psychotherapie-Versorgung in Hessen beitragen können.“



Gesundheitsminister Kai Klose erstmals zu Gast beim Hess. Psychotherapeutentag

Der Hessische Psychotherapeutentag bot den mehr als 350 Teilnehmenden mit Vorträgen und Workshops „interessante Perspektiven über den Tellerrand der jeweils eigenen Therapieschule hinweg“ – die Evaluation der Veranstaltung dokumentiert eine hohe Zufriedenheit mit Organisation, Themenauswahl und Praxisrelevanz. Ereignisse wie der HPT seien wichtig, um mit allen Akteuren im Gesundheitswesen „in Kontakt“ zu sein, erklärte die Vizepräsidentin der Kammer, Else Döring. Inzwischen gebe es mehr als 22.000 Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) in Deutschland. Döring sagte: „Alle müssen in Kontakt mit ihren Patienten sein. Das tun sie jeden Tag, indem sie sich zu Beziehungsarchitekten und Kontakt-künstlerinnen entwickeln und alltäglich wichtige Beziehungsarbeit leisten.“

Robert G. Eberle

Anstellungen in einem MVZ – Chancen und Perspektiven

Innerhalb der letzten Jahre gibt es einen stetigen Zuwachs von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) innerhalb der ambulanten Versorgung im Gesundheitswesen. Seit 2004 können MVZ gegründet werden, wobei es seit dem 1. Januar 2017 auch möglich ist, dass ein MVZ nur von einer Fachgruppe gebildet wird. Inzwischen sind erste nur für die psychotherapeutische Versorgung zugelassene MVZ entstanden. Neben bisherigen Anstellungen in Einzelpraxen nehmen nun auch entsprechende Beschäftigungsverhältnis-

se kontinuierlich zu. Dieser Entwicklung wurde innerhalb der Psychotherapeutenkammer Hessen Rechnung getragen, indem sich unter anderem der Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ ausführlich mit der Thematik des Anstellungsverhältnisses in einem MVZ beschäftigt hat. Zudem hat die Bundespsychotherapeutenkammer dazu ein „Round-table“ organisiert.

Im Folgenden soll aufgeführt werden, welche Aspekte für Arbeitnehmerinnen im Anstellungsverhältnis innerhalb des

KV-Systems in MVZ oder Einzelpraxen zu beachten und relevant sind. Zunächst stellt sich die Frage, für welche Zielgruppe ein Anstellungsverhältnis im ambulanten niedergelassenen Bereich attraktiv ist. Hier sind an erster Stelle Berufseinsteigerinnen nach neu erworbener Approbation zu nennen. Junge neuapprobierte Kolleginnen scheuen teilweise anfangs den organisatorischen Aufwand, um eine eigene Praxis einzurichten und zu betreiben. Zusätzlich besteht der Wunsch, Patientinnen längerfristig (im Vergleich zur Klinikan-

stellung) zu behandeln. Vonseiten des Arbeitgebers (Einzelpraxis oder MVZ) wird in den Überlegungen zu Beschäftigungsstrukturen eher davon ausgegangen, dass es sich um mittelfristige Arbeitsverhältnisse handelt, da bei Kolleginnen oftmals das Anliegen vorliegt, sich selbst niederzulassen.

Ohne Unternehmer-Risiko

Ein Anstellungsverhältnis bringt zunächst den Vorteil mit, kein unternehmerisches Risiko tragen zu müssen, sodass beispielsweise eine Absicherung der Lohnfortzahlung bei Krankheit besteht. Eine weitere Zielgruppe findet sich in Kolleginnen, welche längere Zeit beispielsweise wegen Elternzeit nicht tätig waren. Soweit in der anzustellenden Einzelpraxis oder dem MVZ ausreichende Strukturen und Räumlichkeiten vorhanden sind, bietet sich für die Arbeitnehmerin der Vorteil, ihre Arbeitszeiten flexibel gestalten zu können. Dies kann einerseits durch selbst frei einteilbare Termine mit Patientinnen umgesetzt werden, andererseits durch unterschiedliche Arbeitsumfänge (1/4, 1/2, 3/4 oder volle Stelle) realisiert werden.

Was ist nun bei den ökonomischen Rahmenbedingungen zu beachten? Bei den verwendeten Arbeitsverträgen wird sich oftmals an Musterverträgen der Berufsverbände orientiert. Die Vergütung der Mitarbeiterinnen soll sich mindestens nach der Eingruppierung in die Entgeltgruppe 14 des TVöD richten. Oftmals werden in den Verträgen ein Grundgehalt sowie Extravergütungen vereinbart. Innerhalb des Festgehalts und der festgelegten Arbeitszeit werden die Mitarbeiterinnen dazu angehalten, eine bestimmte Anzahl an abrechnungsfähigen Sitzungen pro Woche abzuhalten. Ein Zusatzvertrag bei Mehrarbeit kann eine Extravergütung regeln,



Kammervorstand Robert Schmidtner: mehr Medizinische Versorgungszentren im Blick (Foto: M. Werneke)

wenn eine Überschreitung der festgelegten Therapiesitzungs-Anzahl von der Angestellten erreicht wird.

Wichtig bei der Vergütung ist, in welchem Verhältnis die festgelegte Wochenarbeitszeit zu den zu erbringenden Psychotherapiestunden steht. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass Zeit für Berichte und Anträge zur Verfügung gestellt wird. Als weiterer wichtiger Punkt ist für eine Anstellung zu regeln, wie sich die Arbeitgeberseite an den Fortbildungsverpflichtungen der Angestellten beteiligt. Wird die Fortbildungsverpflichtung durch Angebote wie beispielsweise Intervision, Supervision, Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Inhouse-Schulungen oder Fortbildungsurlaub unterstützt? Neben den ökonomischen Rahmenbedingungen sollten Arbeitnehmerinnen darauf achten, in wieweit inhaltliche Mitgestaltungsmöglichkeiten vonseiten der Arbeitgeberin angeboten werden. Dies kann beispielsweise in der Implementierung von gruppentherapeutischen Angeboten der Fall sein.

Prognose: Trend nach oben stabil

Für die Zukunft ist davon auszugehen, dass die Anstellungsmöglichkeiten für Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeutinnen innerhalb des KV-Systems zunehmen werden. Verbesserungspotential liegt hier jedoch im Abbau von bürokratischen Hürden vor, insbesondere wenn es um die Zulassung von Angestellten geht. Offen hierbei ist, ob es durch die Reform des Psychotherapeutengesetzes Möglichkeiten für Psychotherapeutinnen in Weiterbildung geben wird, einen Teil der praktischen Weiterbildung in Einzelpraxen oder in einem MVZ ableisten zu können. Bestehende Strukturen wie die gegenwärtige Möglichkeit, Ausbildungsassistentinnen in Einzelpraxen oder MVZ anzustellen und diese im KV-System abzurechnen, können hierfür genutzt und ausgebaut werden.

Robert Schmidtner

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Dirk Crone, Holler
Irmgard Albrecht, Gießen
Dr. Udo Künzel, Kelkheim
Irmgard Gürtler-Piel, Neu-Isenburg

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

Geschäftsstelle

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0
Fax: 0611/53168-29
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de
Twitter: PTK_Hessen

Kammerversammlung am 16. März 2019

Am 16. März fand die neunte Kammerversammlung dieser Wahlperiode statt. Anwesend waren 32 der 40 Mitglieder der Kammerversammlung, sowie als Gäste Herr Dr. Horn vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Frau Dr. Becker als PiA-Landessprecherin, der Geschäftsführer Herr Dr. Kaufmann, der Referent Herr Nowik und die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle Frau Weiher, Frau Werner und Frau Peter. Als neues Mitglied der Kammerversammlung wird Herr André Podziemski begrüßt.

Grußwort aus dem Ministerium

Als Präsident der Kammer referiert Roman Rudyk über Aktivitäten des Vorstandes seit der letzten Kammerversammlung. So seien die Interventionen der Profession in Bezug auf das TSVG erfolgreich gewesen, es findet sich jedoch der strittige Passus im Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz wieder. Ebenso wird die Überprüfung der Versorgungsaufträge weiterhin ein Thema für die Arbeit der Kammer und der niedergelassenen Kolleginnen sein.

Eine Resolution gegen die Entmachtung der PP/KJP im Asylrechtverfahren wird nach redaktioneller Überarbeitung bei einer Enthaltung verabschiedet.

Das Vorstandsmitglied Frau Horstmann berichtet davon, dass in der BPtK eine Gleichstellungskommission mit dem vorrangigen Ziel der Förderung von Frauen in der Berufspolitik eingerichtet wurde.

Aus dem Bereich der Angestellten wird von Herrn Kretschmar darüber berichtet, dass das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) in Überarbeitung sei, es bestehen Verzögerungen, die derzeit auch medial aufgegriffen werden. Ebenso befinden sich das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) und das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz (NdsMVollzG) in Reform. Beide Gesetze sind aber noch nicht im Kabinett, da sie ministerienübergreifende Fragestellungen beinhalten, die vorab eruiert werden müssen.

Die Geschäftsstelle der Kammer hat einen Fragebogen zur Regionalisierung versandt. Die Auswertung befindet sich im Gange. Die Kammer prüft Fördermechanismen, um ihre Mitglieder bei der Teilnahme an Vernetzungsaktivitäten zu unterstützen.

Im Rahmen des Landespsychiatrieplans fand eine Veranstaltung zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in Loccum statt. Jörg Hermann und Götz Schwope waren daran beteiligt und berichten von der Konzeption und Durchführung der Veranstaltung.

In der sich dem Bericht anschließenden Aussprache werden mehrere Themen angesprochen. Die oft recht kurzen Einladungsfristen der BPtK werden kritisiert, die Kammerversammlungsmitglieder erachten finanzielle Anreize für Vernetzung als unbedingt notwendig und befürchten, dass Änderungen im Niederlassungswesen die Freiheit der Niederlassung bedrohen. Weiterhin wird über die Inanspruchnahme der über die TSS vermittelten Sprechstunden diskutiert.

Herr Dr. Kaufmann berichtet aus der Geschäftsstelle, dass das Intranet bereits im Normalbetrieb läuft. Die neue Verwaltungssoftware und die neue Struktur der Arbeit der Geschäftsstelle sollen perspektivisch parallel im Mai starten. Die Vorbereitungen für die Kammerwahlen im Jahr 2020 sind bereits gestartet.

Hinsichtlich des gemeinsamen Beirates von Ärzte- und Psychotherapeutenkammer ist eine zukünftige Präzisierung in der Kammerstatute geplant. Die Änderungen der Geschäftsordnung und der Wahlordnung werden einstimmig angenommen.



Eine Resolution wird bearbeitet.

Reform der Psychotherapieausbildung



Kammerpräsident Roman Rudyk

Roman Rudyk berichtet über den derzeitigen Stand zur Reform der Psychotherapeutenausbildung und teilt seine Ausführungen dabei in zwei Teile. Eingangs betont er, das schon vieles zum derzeitigen Stand im Sinne der Kammer sei – dabei nennt er Namensgebung, einheitliches Masterniveau, Fortbestandsgarantie für Ausbildungsinstitute, Regelung der Weiterbildung durch die Kammern. Andererseits gibt es aus Sicht der Profession auch noch Schwachstellen. So sei die Legaldefinition zu eng, die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung weiterhin nicht gesichert und auch die prekäre Situation der PiA bestehe fort, inklusive der Gefahr von Parallelstrukturen. Herr Dr. Horn unterstützt die Belange der Kammer und will sich dafür einsetzen. Die Kammerversammlungsmitglieder diskutieren im Anschluss lebhaft über die Ausbildungsreform. Diskutierte Fragen waren dabei die nach der Finanzierung der Ausbildungsinstitute, nach der Verortung des Studiums an Universitäten oder auch Hochschulen der angewandten Wissenschaften sowie nach Möglichkeiten zur Verbesserung der akuten Lage der PiA, welche in der Übergangsphase nicht mehr von der Reform der Psychotherapeutenausbildung profitieren würden.

Berichte aus den Ausschüssen und Kommissionen

Finanzen

Herr Dr. Lingen berichtet, dass das Haushaltsjahr 2018 mit einem geringer

als geplanten Defizit abgeschlossen wurde. Der Vorstand wird einstimmig entlastet. Der Finanzausschuss soll ein Modell für Aufwandsentschädigungen entwickeln.

Berufsordnung & Berufsethik

Frau Dr. Schütz berichtet von den Aktivitäten des Ausschusses. Das Niedrigschwellige Beratungsangebot ist gestartet, ein Artikel zur Beschwerdestelle ist in Arbeit, es wurden Infos an Mitglieder zur Regelung im Verhinderungsfall versandt und die FAQ um den Punkt „mediale Kommunikation“ erweitert. Die Kammerversammlungsmitglieder diskutieren ausführlich eine mögliche Angleichung des „Fernbehandlungsparagraphen“ an die Musterberufsordnung. Befürworterinnen und Kritikerinnen tauschen vielfältige Argumente aus. Eingangs wird berichtet, dass einerseits eine Abrechnungsfähigkeit durch PP/KJP gemäß GOP/EBM erst ermöglicht werden kann, wenn die Berufsordnungen dies auch erlauben und andererseits bereits kommerzielle Anbieter auf den Markt drängen. Es wird die Frage gestellt, inwieweit die Psychotherapeuten diese Markt auch selbst bestimmen sollte und wie solche Angebote das eigene therapeutische Selbstverständnis berühren. Darüber hinaus wird diskutiert, welche Sorgfaltspflichten durch Online-Angebote berührt werden. Die Kammerversammlung stimmt für die Angleichung der Berufsordnung an die MBO, wünscht jedoch, dass der Ausschuss eine positiv-negativ-Liste von möglichen Leistungen und den zu beachtenden Sorgfaltspflichten erstellt.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Frau Corman-Bergau berichtet, dass am 8. Mai 2019 die nächste Sitzung des Ausschusses stattfinden soll. Themen werden insbesondere die Weiterbildungen nach der Reform sein und auch die Regelung einer Weiterbildung in Systemischer Therapie. Die eingebrachten Korrekturen an der Anlage 2 der Fortbildungsordnung werden angenommen.

Nachwuchsförderung

Frau Löer berichtet, dass der Ausschuss sich thematisch mit dem Ge-

schlechterverhältnis im Beruf hinsichtlich der künftigen Entwicklung Richtung ausgeglichenem Verhältnis befasst. Der Ausschuss traf sich mit Herrn Dr. Bencke und verfasste einen Brief an die Gleichstellungskommission. Es wird die Veröffentlichung eines Flyers geplant und es gibt Bestrebungen zur Stärkung der PiA auf dem DPT. Eine Begrüßungsveranstaltung findet in Bälde statt und ist bereits stark angefragt.

Satzung- und Geschäftsordnung

Frau Wetzorke berichtet, dass keine Sitzung nötig war, die in der Kammerversammlung vorgelegten Änderungen der Ordnungen konnten ohne ein persönliches Zusammenkommen geprüft werden.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Herr Dr. Maaß berichtet, dass in letzter Zeit nicht getagt wurde – die entsprechenden Themen seien derzeit vor allem auf der Bundesebene angesiedelt. Es wird nach Anstößen für Projekte gefragt, die sich auf der Landesebene umsetzen ließen.

Angestellte

Herr Dr. Lingen berichtet von Tagungen und einem Treffen der leitenden PP/KJP. Die Kammer soll Fortbildungen zu Themen wie Rechtssicherheit und Führungsqualifikationen anbieten. Es wird gewünscht, dass die Treffen mit den leitenden PP/KJP mit wechselnden Schwerpunktthemen verstetigt werden.

Es wird berichtet, dass Fortschritte in der tariflichen Eingruppierung erzielt wurden, jedoch gebe es hier noch Klärungsbedarf hinsichtlich der akademischen Grundqualifikation.

KJP

Frau Mildner berichtet über Treffen der Kommission, hier war Regionalisierung das Hauptthema. Zusätzlich ging es um Selektivverträge für die Behandlung von Patientinnen mit komplexen Behandlungsbedarfen. Die nächste Sitzung wird am 14. Juni 2019 mit den Themen Fortbildungen zum Berufsrecht und Prävention stattfinden.

Gemeinsamer Beirat

Das Gremium wird mit Roman Rudyk und André Podziemski nachbesetzt. Der konstruktive Dialog mit der Ärzteschaft soll unbedingt fortgeführt werden.

Bundesgremien

Vorbereitung DPT

Es wird erwartet, dass der DPT allen voran durch die Wahlen des Vorstands geprägt sein werde. Inhaltlich wird es um die heiß diskutierte Reform des PsychThG gehen. Zudem ist eine Abstimmung zum Antragsrecht der BuKo geplant.

Länderrat

Die Bedeutung des Länderrats als Bindeglied zwischen den Landeskammern und der BPtK wird betont. Es wird ferner über die Wechsel in den Vorständen mehrerer Landeskammern berichtet.

Treffen der leitenden Psychotherapeutinnen: „Die Einrichtungen müssen Angst haben, uns zu verlieren“

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen lud am 1. März 2019 zu einem Austausch zwischen leitenden Psychotherapeutinnen in Kliniken ein. 30 leitende Angestellte folgten dieser Einladung. Die Arbeitsfelder der Angestellten lagen in der Rehabilitation verschiedener Indikationen (Neurologie, Orthopädie, Psychosomatik), der Rehabilitation psychisch Kranker, akutpsychiatrischen Settings, psychosomatischen Akutkrankenhäusern, somatisch orientierten Krankenhäusern, Sozialpsychiatrischen und -pädiatrischen Zentren, Jugendhilfe, multimodaler Schmerztherapie und einem Ausbildungsinstitut mit Ambulanz. Somit war ein breites Spektrum klinischer Tätigkeit vertreten.

Es wurde nach einer Begrüßung durch den Sprecher der Kommission, Dr. Michael Lingen, entlang mehrerer Themenblöcke und Leitfragen diskutiert. In



Dr. Michael Lingen

einem ersten Part ging es um Psychotherapeutinnen in Führungspositionen. Dabei stellte sich schnell heraus, dass sowohl hinsichtlich des formalen Status als auch der tariflichen Eingruppierung erhebliche Heterogenität herrscht. Verantwortlich seien dafür auch strukturelle und rechtliche Gründe, so „existierende“ der Berufsstand in der stationären psychiatrischen Versorgung nicht und auch im Bereich der Rentenversicherung stelle die psychotherapeutische Qualifikation der Mitarbeiterinnen kein belegungs- oder vergütungsrelevantes Kriterium dar.

Die Situation der PiA in den Kliniken wurde ebenso unterschiedlich bewertet. Zwar gelten in den Einrichtungen der Teilnehmenden überwiegend Tarifverträge, man wisse aber auch von genug anderen Kliniken, in denen dies nicht der Fall sei. Durch die tarifliche Eingruppierung der Ausbildungsteilnehmerinnen würde auch die Anerkennung der PiA durch ärztliches Personal stärker gegeben sein. Darüber hinaus wurde diskutiert, in wessen Hand die Verantwortung über die PiA liegt. Man war sich dahingehend einig, dass eine formell eingesetzte psychotherapeutische Leitung die Ausbildungsteilnehmerinnen schützt und einen Standortvorteil darstellt, insbesondere für unattraktiv gelegene Einrichtungen. Gleichzeitig wurde jedoch auch die Sorge geteilt, dass es schwierig sei, bei einem hohen Anteil von Auszubildenden die Betreuung und Anleitung tatsächlich sicherzustellen und dass die kommende Ausbildungsreform derzeitige Prozesse einfrieren könnte – warum jetzt handeln, wenn es sich eh bald ändert? Etwaig

entstehende Doppelstrukturen könnten auf Jahre hin Probleme verursachen.

Die Teilnehmenden berichteten auch von Schwierigkeiten, ausgeschriebene Stellen zu besetzen. Insbesondere in den tiefenpsychologischen Verfahren falle es zunehmend schwer, geeignete Kandidatinnen zu finden. Es wurde die These geäußert, dass Kliniken es derzeit auf dem Arbeitsmarkt durch die Konkurrenz aufgrund neuer Möglichkeiten im ambulanten Bereich (MVZ, Job-sharing etc.) schwer haben.

Unter dem Thema „Fort- und Weiterbildung“ wurde ausführlich über Weiterbildungen im Bereich der Behandlung (auch) körperlicher Erkrankungen wie Schmerzen und Diabetes diskutiert, diese Zusatztitel seien in der somatischen Medizin gewünscht. In der Weiterbildungsordnung der PKN sind diese Bereiche bislang nicht geregelt. Es bestand jedoch Einhelligkeit darin, dass Arbeitgeberinnen sich an den Kosten von Fort- und Weiterbildungen beteiligen sollten, wenngleich das bislang nicht in allen Einrichtungen Standard sei. Die Teilnehmenden fragten sich, was geschieht, wenn der Fortbildungspflicht nicht nachgekommen wird. Berufrechtlich sind hier bislang keine konkreten Folgen geregelt. Allerdings müssen Kliniken in ihrem Qualitätsbericht veröffentlichen, wie viele von deren Fachkundlerinnen ihrer Fortbildungspflicht nachgekommen sind.

Abschließend wurde gesammelt, welche Gründe dazu führen könnten, dass mehr Psychotherapeutinnen in Kliniken arbeiten werden:

- die immer häufiger werdende Inanspruchnahme von Teilzeitarbeit,
- der Anstieg an psychotherapeutischem Bedarf durch Entstigmatisierung, auch im KJP-Bereich – hier weite sich der Patientenkreis zunehmend auf immer jüngere Altersgruppen aus –,
- die unzureichenden Kapazitäten, die wachsenden Bedarfe vorwiegend ambulant zu decken,
- die Erwartungshaltung der Bevölkerung, dass vielfältige psychotherapeutische Behandlungen angeboten werden,
- der Rückzug der Pharmafirmen aus der Psychiatrie aufgrund gestiegener Hürden in der Medikamentenzulassung,
- die zunehmende Bedeutung psychotherapeutischen Handelns in der somatischen Medizin,
- die Möglichkeiten stationsäquivalenter Behandlung (Stichwort: aufsuchende Psychotherapie; sind wir als Beruf dafür aufgestellt und bereit?),
- die Nachfrage nach begleitenden, intermittierenden Maßnahmen über verschiedene Lebensphasen hinweg,
- die Arbeitsmarktsituation, in welcher Absolventinnen mit nahezu 100%iger Wahrscheinlichkeit direkt eine Stelle fänden – und diese zunehmend im Angestelltenbereich, wie nicht zuletzt auch
- die hohe Attraktivität von Anstellungsverhältnissen mit Blick auf die Familienplanung, die sich verstärkt auf die Zeit nach der Approbation verschiebe.

Als direkte Konsequenz der Veranstaltung entwickelt die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen ein Curriculum für Psychotherapeutinnen in Leitungsfunktionen und wird hierzu Fortbildungen anbieten.

Geschäftsstelle

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
info@pknds.de
www.pknds.de

Bekanntmachungen

Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 16. März 2019 folgende Ordnungsänderungen beschlossen:

- Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Geschäftsordnung der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Wahlordnung für die Wahlen zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Anlage 2 der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat diese Ordnungen am 9. Mai 2019 auf ihrer Internetseite bereitgestellt. Die Ordnungen werden nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 9. Mai 2019

Roman Rudyk
Präsident

Tag der Neuapprobierten am 2. Februar 2019

Mit über 120 Teilnehmenden fand der „Tag der Neuapprobierten“ der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) als Informationsveranstaltung viel Zuspruch. Kammerpräsident Gerd Höhner begrüßte die neuen Mitglieder der Kammer und stellte die PTK NRW als Organ der beruflichen Selbstverwaltung vor. In seinen Ausführungen betonte er auch, dass in manchen Bereichen großer Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten bestünde, etwa in der Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung oder chronischen körperlichen Erkrankungen. Die Kammer arbeite aktuell an Konzepten, wie sich Psychotherapeutinnen für diese Versorgungsleistungen qualifizieren könnten. Dies sei ebenso wichtig für die Entwick-



Neue Mitglieder der PTK NRW



Gerd Höhner

lung zukünftiger Berufsfelder der Profession.

Marc Wittmann, Justiziar des Versorgungswerks der PTK NRW, informierte über die Organisation des berufsständigen Versorgungswerkes und seine Eingliederung in das System der Altersvorsorge, zu Mitgliedschaft, Beiträgen und Leistungen. Britta Kleiß, Leiterin der Abteilung Justitiariat, Sicherstellung und Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, erläuterte die Voraussetzungen zur Niederlassung in eigener Praxis, verschiedene Formen der Berufsausübung und das Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahren. Möglichkeiten und Perspektiven der Berufstätigkeit in Anstellung und damit verbundene Besonderheiten skizzierte PTK-NRW-

Vorstandsmitglied Mechthild Greive. Besonderes Augenmerk legte sie auf Arbeitsplätze im Krankenhaus und in der Jugendhilfe. Vorstandsmitglied Bernhard Moors widmete sich der Digitalisierung im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Aufgaben für Psychotherapeutinnen. Dabei rief er auf, sich den Entwicklungen nicht zu verschließen, sondern die notwendigen Rahmenbedingungen zur Nutzung der neuen Möglichkeiten aktiv mitzugestalten. Abschließend gab Gerd Höhner Hinweise zur Berufstätigkeit in der Niederlassung. Viele Neuapprobierte nutzten darüber hinaus die Möglichkeit, im Gespräch mit Vorstandsmitgliedern und an den Beratungsständen der PTK NRW, des Versorgungswerks und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe individuelle Fragen zu klären.

Angestellte im Fokus am 13. Februar 2019

Auf ihrer Veranstaltung „Angestellte im Fokus“ am 13. Februar 2019 in Düsseldorf beleuchtete die PTK NRW die Frage, wie sich Psychotherapie in die

vielfältigen sozialen, psychischen und somatischen Anforderungen der verschiedenen Helfefelder einpassen lässt und fokussierte dabei auf Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapie in Institutionen und den Stellenwert der Psychotherapie im Krankenhaus. Die Veranstaltung wurde federführend von dem

Ausschuss „Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation“ der Kammer ausgerichtet und von Ausschussmitglied Rolf Mertens moderiert.

Einführend fächerte der Ausschussvorsitzende Dr. Georg Kremer das breite Spektrum an Betätigungsfeldern für Psychotherapeutinnen im institutionellen Bereich auf. Anschließend gab die Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Dr. Ulrike Bowi Einblicke in ihre Arbeit im sozialpädiatrischen Dienst des Kreises Mettmann. Besonders hob sie die Aufgabe hervor, Strukturen zu entwickeln, in denen Kinder und Jugendliche mit Unterstützungsbedarf erreicht und über die notwendige Zeitspanne hinweg begleitet werden können. Die Psychologische Psychotherapeutin Christiane Faist-Schweika stellte ihre Arbeit in der Kinderonkologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Evangelischen Klinikum Bethel Bielefeld vor und beschrieb die Vielfalt der täglichen Anforderungen in einem Spannungsfeld zwischen Psychologie, psychosozialer Beratung und Psychotherapie.

In einem zweiten Themenblock informierte Dr. Tina Wessels von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) über das berufspolitische Engagement der BPTK für einen besseren Stellenwert der Psychotherapie im Krankenhaus sowie



V. l. n. r.: Dr. Georg Kremer, Dr. Ulrike Bowi, Christiane Faist-Schweika



Dr. Tina Wessels

eine stärkere Position und bessere Chancen von Psychotherapeutinnen in diesem Tätigkeitsfeld.

Kammerpräsident Gerd Höhner wies abschließend darauf hin, dass die Stellung von Psychotherapeutinnen im Versorgungssystem auch vor dem Hintergrund zu beurteilen sei, dass man gerade einmal auf 20 Jahre Psychotherapeutengesetz zurückblicke. In dieser verhältnismäßig kurzen Zeitspanne habe man viel erreicht und den Berufsstand fest im Gesundheitssystem verankern können. Nun dürfe man nicht nachlassen, Psychotherapeutinnen und ihre Kompetenzen in verschiedenen Hilfefeldern sichtbar zu machen und Angebote für die bestehenden Bedarfe zu schaffen.

Erstes Symposium für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 9. März 2019

Ihr 1. Symposium für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 9. März 2019 in Düsseldorf stellte die PTK NRW unter die Überschrift „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen heute und morgen“. Ausgerichtet wurde die Veranstaltung federführend von dem Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ der PTK NRW in Zusammenarbeit mit dem Kammervorstand. Die rund 130 Teilnehmenden tauschten sich über fachliche Aspekte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus, analysierten die bestehende Situation und diskutierten Wege für ei-

ne bessere Versorgung. Auch berufspolitische Entwicklungen, daraus resultierende Aufgaben und die Entwicklung zukünftiger Arbeitsfelder kamen zur Sprache. Ebenso wurden Rahmenbedingungen, Handlungsspielräume und Befugnisse für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen erörtert – vor dem Hintergrund aktueller Bedingungen ebenso wie mit Bezug auf die geplanten Regelungen im Gesetzesentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, betonte eingangs die Notwendigkeit,

bisher noch nicht in den Fokus gerückte Arbeitsfelder zu fördern, beispielsweise psychotherapeutische Angebote in der Jugendhilfe oder bei chronischen somatischen Erkrankungen. Ebenso gelte es, mehr Leistungen im stationären Bereich zu ermöglichen und die Versorgung im ambulanten Bereich zu verbessern. Cornelia Beeking, Beisitzerin im Vorstand der PTK NRW, forderte in ihren begrüßenden Worten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen den Fach-Psychotherapeutinnen gleichzustellen und die im Gesetzesentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgesehene Altersbeschrän-

kung der Patientinnen auf 21 Jahre aufzuheben. Oliver Staniszewski, Vorsitzender des Ausschusses „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ der PTK NRW, skizzierte die Vielfalt der Arbeitsbereiche von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und hob als vorrangige Zukunftsaufgaben hervor, die Versorgung in allen Bereichen sicherzustellen und Schnittstellen besser zu verzahnen.

In dem ersten Vortrag des Vormittags erläuterte die Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Dorothea Weinberg, wie Traumafolgestörungen bei Kindern nach früher emotionaler Vernachlässigung erkannt und behandelt werden können. Anschließend blickte PTK NRW-Vorstandsmitglied Bernhard Moors auf das Profil von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, ihre Versorgungsaufgaben und die Zukunft des Berufes. Am Nachmittag ar-



V. l. n. r. : Cornelia Beeking, Oliver Staniszewski, Gerd Höhner

beiteten die Teilnehmenden in sechs Workshops zu Aspekten und Ansätzen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In einer abschließenden Podi-

umsdiskussion wurden Forderungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie jetzt und in Zukunft zusammengetragen.

Die Psychotherapeutenaus- und -weiterbildung im Gesetzesentwurf des Bundeskabinetts – Großer Ratschlag am 12. März 2019

Für den 12. März 2019 hatte der Vorstand der PTK NRW die Mitglieder der Kammerversammlung nach Düsseldorf eingeladen, um gemeinsam in einem „Großen Ratschlag“ den Gesetzesentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) zu diskutieren.

Eine Zusammenfassung der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelungen gab Prof. Dr. Martin H. Stellpflug, Justiziar der BPTK. Dabei hielt er fest, dass sich der Gesetzesentwurf angesichts des Umfangs der gestellten und der vielen davon umgesetzten Forderungen insgesamt als ein großer Erfolg für den Berufsstand lese. Detailliert skizzierte er positiv zu wertende Regelungen, verdeutlichte aber auch Änderungs- und Ergänzungsbedarf, insbesondere hinsichtlich Legaldefinition und Heilkundeerlaubnis, der zusätzlichen finanziellen Förderung in der ambulanten Weiterbildung und der Entlastung von Ausbildungsteilnehm-



Prof. Dr. Martin H. Stellpflug

den in der Übergangsphase. Insgesamt liege mit dem Gesetzesentwurf eine gute Grundlage für die Reform der Psychotherapeutenausbildung vor, bilanzierte der Justiziar der BPTK. In der



Dr. Jürgen Tripp

Diskussion wurde unter anderem die Stellung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in der neuen Systematik angesprochen, wie sich die Situation der jetzigen Psychotherapeu-

tinnen in Ausbildung verbessern ließe und welche Aspekte bei der Ausgestaltung der Approbationsordnung sowie der Gestaltung der Weiterbildung durch die Kammer von Bedeutung sind.

Dr. Jürgen Tripp, Vorsitzender des Ausschusses „Reform der Psychotherapeutenausbildung / Zukunft des Berufes“ der PTK NRW, informierte anschließend über die Positionierung des

Ausschusses zum Gesetzesentwurf. In den Mittelpunkt rückte er Überlegungen zur Konzeption des Studiums und Aspekte der Weiterbildung. In der Zusammenschau bewerte der Ausschuss den Gesetzesentwurf überwiegend positiv, resümierte Dr. Jürgen Tripp. Skepsis bestünde allerdings hinsichtlich Studierbarkeit und Praxisbezug im Studium, Verfahrensbezug und Verfahrensvielfalt sowie der Finanzierung der

Weiterbildung. In der nachfolgenden Diskussion besprachen sich die Kammerversammlungsmitglieder insbesondere zu Finanzierung und Förderung der Weiterbildung sowie zu notwendigen Kapazitäten. Kammerpräsident Gerd Höhner betonte abschließend, dass der Berufsstand nun mit der verantwortlichen Entwicklung von Weiterbildungsstrukturen die Herausforderungen aktiv annehmen werde.

Regionalversammlung im Regierungsbezirk Köln am 27. März 2019

Für die Regionalversammlung im Regierungsbezirk Köln am 27. März 2019 hatte der Vorstand der PTK NRW aktuelle berufspolitische Themen aus Land und Bund und Aktivitäten der Kammer auf die Agenda gesetzt. Rund 90 Psychotherapeutinnen waren der Einladung nach Köln gefolgt.

Zum Gesetzesentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung merkte Kammerpräsident Gerd Höhner an, dass der Entwurf die für den Berufsstand wesentlichen Ziele erfülle. Dennoch sehe man Nachbesserungsbedarf, den man in den Abstimmungsprozess einbringen werde. In Vertretung für das Vorstandsmitglied Bernhard Moors informierte er weiter über die Aufgaben, die mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen auf den Berufsstand zukommen würden und warb dafür, sich trotz aller Kritik in den Gestaltungsprozess einzubringen, statt dies anderen zu überlassen und außen vor zu bleiben.

Aktuelle Entwicklungen zur Versorgungssteuerung stellte Andreas Pichler dar. Einige Regelungen in dem am 14. März 2019 verabschiedeten Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) seien aus Sicht der Kammer fragwürdig, hielt er fest, etwa die Vermittlung von Patientin-



Saal im Maternushaus Köln

nen in eine psychotherapeutische Praxis innerhalb von zwei Wochen. Des Weiteren sehe die Kammer in dem Gesetzesentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung zwei Elemente kritisch: die Regelung, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) könne im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie den „Behandlungsbedarf diagnoseorientiert und leitliniengerecht konkretisieren“ sowie den Auftrag an den G-BA, Regelungen für eine „berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung“ zu schaffen. Abschließend gab Andreas

Pichler Einblicke in den Kammerhaushalt sowie die Veranstaltungsplanung der PTK NRW und beschrieb sich aus der wachsenden Mitgliederzahl ergebende strukturelle Veränderungen.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/522847-0
Fax: 0211/522847-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



noch sind wir nicht 100 Tage im Amt und noch dürfen wir uns als „neugewählt“ bezeichnen. Der Vorstand und die Kammerversammlung mit Ausschüssen und Bundesdelegierten sind seit Anfang März dabei, sich in ihre Aufgaben einzuarbeiten.

Nach der Wahl war ich froh und erleichtert angesichts der breiten Unterstützung in der Kammerversammlung. Ich

hatte aber auch großen Respekt vor der neuen Aufgabe. Schließlich hat meine Vorgängerin Andrea Mrazek in den zwölf Jahren ihrer Präsidentschaft Maßstäbe gesetzt. Präsent sein in fünf Bundesländern, Berufspolitik in vielen Themenfeldern aktiv gestalten, die Arbeit all der Kammern überblicken und koordinieren – mir war klar, dass es nicht leicht wird, die Erwartungen an den Nachfolger zu erfüllen.

Ich habe mich entschieden, die Herausforderung anzunehmen, weil mich die Idee einer aktiven Selbst-Verwaltung der Psychotherapeutenchaft überzeugt und angesteckt hat. In den drei Wahlperioden seit 2007 habe ich miterlebt, wie die gemeinsame Vertretung der Psychotherapeutenchaft in den Ost-Bundesländern gewachsen ist. Dankbar bin ich für die

lange und gute kollegiale Zusammenarbeit mit Andrea Mrazek und dem langjährigen Vizepräsidenten Dr. Wolfram Rosendahl. Beide haben in vorderster Reihe dazu beigetragen, die OPK zu einer funktionsfähigen und selbstbewussten Heilberufekammer zu entwickeln.

Im neuen Vorstand stehen mir bewährte Mitstreiter zur Seite. Margitta Wonneberger, nun im Amt der Vizepräsidentin, war schon zwei Wahlperioden Beisitzerin im Vorstand. Dr. Dietmar Schröder und Johannes Weisang sind Vorstandskollegen seit der ersten Stunde. Barbara Breuer-Radbruch und Dr. Sabine Ahrens-Eipper sind neu in den Vorstand gewählt, aber in Kammerversammlung und Ausschussarbeit erfahren. Zudem kann ich mich auf eine gut organisierte Geschäftsstelle verlassen mit Dr. Jens Metge als umsichtigem Geschäftsführer und vielen engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Einige Aufgaben für die neue Wahlperiode setzen wir uns, vor andere werden wir gestellt. Wir möchten in Veranstaltungen und in unseren Medien den Austausch unter den Kammermitgliedern stärken. Der 4. Ostdeutsche Psychotherapeutentag 2020 wird unter dem Motto „Psychotherapie: Wir müssen reden“ interaktive Kongressformate erproben. Wir möchten die Weiterbildung gestalten und beginnen gerade mit der Systemischen Therapie. Persönlich liegt mir am Herzen, auch angestellte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stärker in die Kammerarbeit einzubeziehen und ihre Position, etwa an Kliniken, zu stärken.

Anforderungen, die an uns gestellt werden, sind die Reform der Psychotherapeutenausbildung, die Digitalisierung mit ihren vielen Facetten oder die Reform der Bedarfsplanung.

Die neu Gewählten allein werden diese Aufgaben nicht lösen können. Ich hoffe und vertraue auf breite Unterstützung in der Mitgliedschaft – es sind unsere gemeinsamen Interessen, für die wir eintreten.

Ihr Gregor Peikert
Präsident

Im Interview mit dem neuen OPK-Präsidenten Dr. Gregor Peikert

Sie sind mit großer Mehrheit von der Kammerversammlung zum neuen Präsidenten der OPK gewählt worden. Aus diesem Wahlergebnis spricht ein großer Veränderungswille nach 12 Jahren Präsidentschaft von Andrea Mrazek, die die Kammer sehr geprägt hat. Wofür werden Sie als Präsident stehen, welche Themen werden Sie setzen?

Dr. Gregor Peikert: Das Wahlergebnis zeigt tatsächlich, dass sich viele unserer Kolleginnen und Kollegen eine Veränderung in der Kammerarbeit wünschen. Das zeigt, dass sie nach den Jahren der aktiven Aufbauarbeit, die sich doch sehr auf Vorstand und Präsidium konzentriert hat, jetzt eine breitere Verteilung der Verantwortung wünschen. Ich möchte als Präsident dafür stehen,

dass wir unsere neuen, sehr gewachsenen Aufgaben gemeinsam angehen und dass wir Verantwortung auf mehrere Schultern verteilen. Dazu brauchen wir eine bessere Zusammenarbeit, eine bessere Kommunikation zwischen den verschiedenen Gremien der Kammer, also zwischen Vorstand, Ausschüssen und der gesamten Kammerversammlung und natürlich der Mitgliedschaft.

Wir haben neue Aufgaben übernommen. Die größte wird die Weiterbildung sein, wo wir einfach sehr viel Wissen und Fachkenntnisse aus unterschiedlichen Teilen der Mitgliedschaft beziehen müssen. Dazu ist eine Präsidentschaft notwendig, die diese verschiedenen Bereiche integriert. Was nicht mehr so gut funktionieren wird, ist eine Form der Führung, bei der sehr viele Fäden in nur einer Hand bleiben.

Die ehemalige Präsidentin Andrea Mrazek und Vizepräsident Dr. Wolfram Rosendahl sind die Gründungs-eltern der OPK. Mit welchen Gedanken und Wünschen entlassen Sie, der Vorstand und die Kammerversammlung diese beiden Hauptpersonen der OPK-Geschichte?

Sofern man Einzelne als Hauptpersonen herausheben kann, dann gerade Andrea Mrazek und Wolfram Rosendahl. Andrea hat schon in der Gründungsphase der OPK, aber vor allem in den 12 Jahren ihrer Präsidentschaft enorm viel Energie und Lebenszeit in unsere Selbstverwaltung eingebracht. Sie hat uns alle bestärkt, aktiv und selbstbewusst für unsere Anliegen als Psychotherapeuten einzutreten. Auch Wolfram hat von Anfang an sehr viel Arbeit für den Aufbau und das praktische Funktionieren geleistet. Er war nicht nur Vizepräsident, der bei Meinungsverschiedenheiten gut ausgleichen und vermitteln konnte, sondern auch umsichtiger „Finanzminister“ der OPK. Beide waren ein wirklich gutes Team. Ich denke sehr gern an die gemeinsamen Jahre im Vorstand zurück und bin Andrea und Wolfram dankbar für ihr Engagement und für die freundschaftliche Zusammenarbeit. Beiden wünsche ich, dass sie ihr „Leben nach dem Vorstand“ genießen und zufrieden auf diese Jahre zurückschauen können.

An welcher Stelle muss es aus Ihrer Sicht unbedingt Veränderungen geben? Was werden Sie anders machen?

Veränderungen brauchen wir in der Art der Zusammenarbeit zwischen Kammerversammlung, Vorstand und Ausschüssen. Sehr wichtig wird es dabei sein, dass wir gemeinsam Prioritäten

setzen, welche Themen vorrangig bearbeitet werden und welche Themen zurückstehen müssen, oder in welchen Bereichen sich andere besser betätigen können als wir. Wir müssen uns dessen bewusst sein, dass wir begrenzte Ressourcen haben. Wir üben alle unsere Tätigkeit ehrenamtlich aus. Auch die Verwendung der Mitgliedsbeiträge ist gut im Blick zu behalten und auf die hauptsächlichen Kammeraufgaben zu fokussieren. Als eine wichtige Kammeraufgabe sehe ich es an, dass wir Kernaufgaben der Mitgliederverwaltung und

stationären als auch im ambulanten Bereich tätig und hatte in der Berufspolitik Berührung mit vielen Kolleginnen in interessanten und vielfältigen Arbeitsfeldern. Ich bin der Überzeugung, dass unser Beruf sehr vielfältig ist. Die wichtigste Aufgabe ist es, die Gemeinsamkeiten unserer psychotherapeutischen Interessen zu vertreten, aber auch im Blick zu haben, dass es eben sehr unterschiedliche Vorstellungen von Psychotherapie und deren Berufsausübung und Anwendungsfelder gibt. Es ist eine Herausforderung an die Kammer. Res-



Dr. Gregor Peikert im Gespräch (Foto: A. Orgass)

der Betreuung der Mitglieder in der Fortbildung, bald auch in der Weiterbildung, effizienter machen und dadurch noch mehr Rückhalt in der Mitgliedschaft gewinnen.

Sie treten Ihre Präsidentschaft in sehr bewegter Zeit für die Profession an. Die Mitgliedschaft der OPK ist sehr heterogen und in vielen Arbeitsbereichen tätig. Es gilt, viele Interessengruppen abzubilden und ihnen eine ausreichende Stimme in der deutschen Gesundheitspolitik zu geben. Wie werden Sie das anstellen?

Es stimmt, die Mitgliedschaft der OPK ist sehr heterogen und in vielen Arbeitsbereichen tätig. In meiner beruflichen Laufbahn habe ich selbst viele verschiedene Aufgaben erfüllt. Ich habe im stationären psychiatrischen Bereich, in einer psychiatrischen Institutsambulanz, später in einer Spezialambulanz an einem Universitätsklinikum gearbeitet. Seit 2016 führe ich auch eine eigene Praxis. Ich bin seit über 28 Jahren sowohl im

pektvoll und aufmerksam werden wir die verschiedenen Felder zusammenbringen.

Was ist aus Ihrer Sicht gerade die drängendste Frage in dieser Gemengelage?

Ich sehe zwei drängende Fragen: Wie werden wir die zukünftige Weiterbildung für Psychotherapeuten, die nach der neuen Ausbildungsordnung ihre Approbation gleich nach dem Studium erhalten, gestalten können? Wir bekommen es mit einer dritten Berufsgruppe zu tun. Wir waren bis jetzt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten. Die Psychotherapeuten, die neu approbiert werden, sind ganz anders ausgebildet, haben möglicherweise ein ganz anderes Berufsverständnis und es wird eine sehr drängende Frage sein, wie wir diese Kollegen in unsere bisherigen Strukturen integrieren können und wie wir die Kammerarbeit so gestalten können, dass alle diese Berufsgruppen gut aufgehoben

sind und das Berufsbild vereinheitlichen. Die zweite Frage ist die der psychotherapeutischen Versorgung. Hier gibt es viele Teilaspekte. Am meisten bewegte uns in den letzten Monaten, ob der Zugang zur Psychotherapie gesetzlich reglementiert werden soll. Die Petition gegen das TSVG hat gezeigt, dass wir einen guten Rückhalt in der Gesellschaft haben. Der freie Zugang wird als schützenswert empfunden. Die OPK hält dies für unbedingt notwendig und ich möch-

te mich auch dafür einsetzen, dass dort nicht eine staatliche Reglementierung eingeführt wird, die eine adäquate psychotherapeutische Versorgung blockieren würde.

Mit welchen persönlichen Gefühlen gehen Sie in dieses Amt?

Als ich die starke Unterstützung in der Kammerversammlung erhalten habe, war ich sehr froh, dankbar und gerührt. Ich hatte nicht mit so viel Unterstützung

gerechnet. Jetzt, wo die Aufgaben vor mir liegen, sehe ich das mit Spannung. Ich bin mir dessen bewusst, dass es auch eine gewaltige Last ist, die ich mir geschultert habe. Ich fühle mich zuversichtlich, diese Verantwortung zusammen mit meinen Vorstandskollegen und unserem Geschäftsführer gut zu tragen. Weil ich im Ausdauersport einige Übung habe, denke ich, dass ich die Ausdauer haben werde, das über die Wahlperiode zu schaffen.

Der neue OPK-Vorstand stellt sich vor



Der neue OPK-Vorstand (v. l. n. r.): Barbara Breuer-Radbruch, Johannes Weisang, Dr. Sabine Ahrens-Eipper, Dr. Gregor Peikert, Margitta Wonneberger, Dr. Dietmar Schröder (Foto: Nancy Glor)

Wir Vorstandsmitglieder vertreten Sie in einer Zusammensetzung, die ebenso abwechslungsreich ist wie unser Beruf. Wir kommen aus fünf Bundesländern, aus zwei Berufsgruppen und aus verschiedenen Verfahren. Wir arbeiten mit Kindern und Erwachsenen, in Praxisgemeinschaft, im Krankenhaus und in der Einzelpraxis. Wir behandeln Patientinnen, aber bringen unsere Expertise auch

an anderer Stelle ein: in die Forschung, die Ausbildung unseres Nachwuchses, in die Gesundheitspolitik. Einige von uns sind schon länger im Vorstand dabei. Zwei von uns sind neu dazugekommen. In unsere Arbeit fließen viele verschiedene Erfahrungen ein.

Aber eines eint uns. Wir lieben unseren schwierigen Beruf. Unser Beruf ist vie-

les, aber nie langweilig. Und er verändert sich. Wir wollen uns gemeinsam für unsere Ideen einsetzen, wie wir ihn zukunftsfest machen und ihn weiterentwickeln können.

Dabei möchten wir Bewährtes beibehalten. Mit der Präsidentin Andrea Mrazek und dem Vizepräsidenten Dr. Wolfram Rosendahl an der Spitze entstand die

OPK als aktive und in der Öffentlichkeit anerkannte Vertretung unseres Berufsstandes. Andrea Mrazek und Wolfram Rosendahl traten über zwölf Jahre hinweg engagiert dafür ein, dass sich Kammerarbeit nicht mit Selbstverwaltung begnügt, sondern die Selbstgestaltung der beruflichen Rahmenbedingungen voranbringt. Dafür sind wir den beiden sehr dankbar.

Wir wollen uns weiter dafür einsetzen, dass Psychotherapeutinnen die Möglichkeiten der Berufsausübung bekommen, die für den bestmöglichen Einsatz unserer Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig sind. So können wir die Rahmenbedingungen dafür schaffen, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern. Dazu wird es vor allem nötig sein, sich den Herausforderungen zu stellen, die durch eine sich verändernde Gesellschaft entstehen. Die Menschen werden älter. Wo und wie sie leben und arbeiten, verändert sich. Damit gehen auch neue Herausforderungen an die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einher. Aber es ergeben sich auch ganz neue Möglichkeiten. Besonders im OPK-Gebiet stellt sich die Frage, wie in großen, dünn besiedelten Gebieten sichergestellt werden kann, dass psychisch kranke Menschen die Hilfe bekommen, die sie brauchen.

Wir als Vorstand der OPK stehen dafür, diese Herausforderungen anzunehmen. Die lange diskutierte und notwendige Reform der Psychotherapeutenausbildung befindet sich nun auf der Zielgeraden. Wir werden nicht nur die Reform begleiten. Wir werden auch die sich anschließende Weiterbildung, die dann in Kammerhänden liegen wird, sinnvoll ausgestalten.

Und wir wollen mit Ihnen ins Gespräch kommen. Darüber, wie wir die Versorgung gemeinsam verbessern können. Darüber, wie die Psychotherapeutinnen der Zukunft arbeiten werden. Und darüber, was wir dafür brauchen. Denn die Experten für alle diese Fragen, das sind Sie als OPK-Mitglieder. Wir müssen gemeinsam darüber diskutieren, wie wir

unsere Kompetenzen einsetzen können und wofür es neue Ideen braucht.

Lassen Sie uns jetzt damit anfangen. Wir freuen uns darauf.

Präsident Dr. Gregor Peikert

- 1964 in Dresden geboren
- Studium Klin. Psychologie an der HU Berlin, Diplom 1990
- 1990–96 Psychologe am Sächsischen Krankenhaus Arnsdorf bei Dresden, Ausbildung in Verhaltenstherapie
- seit 1996 Psychotherapeut am Universitätsklinikum Jena, als leitender Psychotherapeut zuständig für eine spezialisierte Verhaltenstherapiestation für Angst- und Zwangsstörungen, Lehr- und wissenschaftliche Tätigkeit, Supervision, Betreuung der praktischen Tätigkeit von Psychotherapeutinnen in Ausbildung (für die OPK-Wahlperiode vom Universitätsklinikum beurlaubt)
- seit 2016 Niederlassung in Jena mit halbem Sitz
- berufspolitisch aktiv seit 1993, im Errichtungsausschuss der Kammer seit 2002, Mitglied im Vorstand der OPK seit 2007, Verband: VIVT
- verheiratet, drei Kinder

Vizepräsidentin Margitta Wonneberger

- 1958 in Spremberg geboren
- 1976–81 Studium der Psychologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena
- 1982–91 Tätigkeit in neuropsychiatrischen ambulanten Einrichtungen (Poliklinik, Tagesklinik)
- seit 1991 in eigener Praxis in Taucha (bei Leipzig) niedergelassen, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse
- Dozentin, Lehrtherapeutin, Supervisorin am Sächsischen Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. in Leipzig
- seit 2007 Kammerversammlungsmitglied der OPK, seit 2011 im OPK-Vorstand, Verband: DGPT
- zwei Kinder, drei Enkel

Dr. Dietmar Schröder

- 1959 in Wittenburg (Mecklenburg) geboren
- 1981–86 Studium der Klinischen Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin
- Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- 1986–91 Landesklinik Lübben (Spreewald)
- 1991–96 Leiter einer Erziehungsberatungsstelle in Lübben (Spreewald)
- seit 1997 in eigener Niederlassung in Lübben (Spreewald) tätig
- Verhaltenstherapeut, Hypnotherapeut und Suchttherapeut, mit Schwerpunkt in kognitiver Therapie
- Dozent, Lehrtherapeut und Supervisor. Mitglied im Zulassungsausschuss des Landes Brandenburg seit 1999
- verheiratet, vier Kinder

Barbara Breuer-Radbruch

- 1956 in Bonn geboren
- 1978–82 Studium der Heilpädagogik an der kath. FH Köln
- 1983–89 und 2002–06 Therapeutische Fachkraft in der Erziehungsberatungsstelle am Niederrhein
- 1990–99 nebenamtliche Lehrtätigkeit, Berufsfachschule für Heilpädagogik Duisburg
- 1992–2002 Honorartätigkeit in kinder- und jugendpsychiatrischer Praxis in Duisburg
- 2000 Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin nach den Übergangsrichtlinien
- 2000–04 Ausbildung in Systemischer Therapie (DGSF)
- seit 2006 in eigener Niederlassung in Magdeburg
- Dozentin, Lehrsupervisorin, Ambulanz-/Ausbildungsleitung am MAPP-Institut (Magdeburg) für KJP-TP
- seit zehn Jahren Vorstandsmitglied im bkj (Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten),
- Mitgliedschaften: DGSF, Arbeitskreis Niedergelassene Psychotherapeuten Sachsen-Anhalt, DFT
- OPK-Kammerdelegierte seit 2015
- 2011–19 Ausschuss für besondere Belange der KJP

- 2015–19 Berufsordnungs- und Schlichtungsausschuss
- verheiratet, zwei erwachsene Kinder

Dr. Sabine Ahrens-Eipper

- 1972 geboren
- 1992–97 Studium der Psychologie Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- 1993–96 pädagogische Mitarbeiterin einer Wohngruppe für Jugendliche, Kiel
- 1997/98 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Therapie und Gesundheitsforschung (IFT-Nord), Kiel
- 1998–2004 wissenschaftliche Mitarbeiterin Klinische Psychologie & Psychotherapie Martin-Luther-Universität Halle

- 2002 Promotion „Soziale Unsicherheit im Kindesalter – Indikation und Effektivität eines verhaltenstherapeutischen Trainings“
- 2005–06 Stationspsychologin Burgenlandklinik Bad Kösen
- 2000–06 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin
- 2006 Niederlassung als Psychologische Psychotherapeutin
- seit 2008 Versorgungsangebot „TraumaFirst“
- seit 2010 Vorsitzende Fachkommission „Psychotraumatheorie“ der OPK
- seit 2015 Kammerdelegierte
- 2015–19 KJP-Ausschuss, Ausschuss für Qualitätssicherung
- Supervisorin und Dozentin bei der OPK, DGVT, ZfP, AfP, IVT, API, MAPP

Johannes Weisang

- 1965 in der Nähe von Saarbrücken (Saarland) geboren
- Studium der Theologie, Philosophie und Erziehungswissenschaften in Tübingen
- Ausbildung in Verhaltenstherapie und systemischer Familientherapie
- 1999/2000 Mitarbeit in einem Projekt zur Umstrukturierung psychiatrischer Heime für psychisch und geistig behinderte Menschen in Gelsenkirchen und im Sauerland
- Jugendpsychologischer/-psychiatrischer Dienst der Stadt Hamburg
- seit 2003 in eigener Niederlassung in Rostock-Warnemünde
- Mitglied DGVT, DPtV
- seit 2007 Mitglied des Vorstandes der OPK
- seit 2014 stellvertretender Versammlungsleiter des Deutschen Psychotherapeutentages

Save the Date: „OPK vor Ort 2019“ in den Bundesländern

Nicht nur im Vorstand der OPK, auch in der Kammerversammlung finden sich viele neue Gesichter. Wir wollen den Auftakt in diese neue Wahlperiode deshalb in diesem Jahr ganz besonders dazu nutzen, uns auch vor Ort vorzustellen und mit Ihnen in einen Austausch über die anstehenden Themen zu treten.

Der Vorstand der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer lädt Sie deshalb sehr herzlich zu unserer Veranstaltungsreihe OPK vor Ort 2019 ein. Sie soll dem fachlichen und berufspolitischen Austausch dienen und über aktuelle berufspolitische Themen, laufende Projekte der OPK sowie über aktuelle Entwicklungen in Ihrem Bundesland informieren. Außerdem werden wir wie immer einen interessanten Fachvortrag

zum Thema „Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ einplanen. Im Sommer erhalten Sie Ihre persönliche Einladung zu den Veranstaltungen. Merken Sie sich bis dahin bereits heute den Termin für Ihr Bundesland vor. Wir freuen uns auf den Austausch mit Ihnen.

Die Veranstaltungen beginnen jeweils um 16:00 Uhr und enden um ca. 19:00 Uhr:

Mecklenburg-Vorpommern: 10. September 2019, TRIHOTEL am Schweizer Wald, Tessiner Straße 10, 18055 Rostock

Brandenburg: 11. September 2019, Schinkelhalle Potsdam, Schiffbauergasse 4i, 14467 Potsdam

Thüringen: 13. September 2019, Kaisersaal, Futterstraße 15/16, 99084 Erfurt

Sachsen-Anhalt 17. September 2019, Dorint Herrenkrug Parkhotel, Herrenkrug 3, 39114 Magdeburg

Sachsen: 18. September 2019, Deutsches Hygiene-Museum, Lingnerplatz 1, 01069 Dresden

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit Oktober 2018 bin ich der Neue im Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Mit meinen 36 Jahren zähle ich in der berufspolitischen Arbeit deutlich zu den Jüngsten. Junge Kolleginnen und Kollegen für die Berufspolitik zu begeistern gelingt, wenn Erfahrene Ihnen die Möglichkeiten dafür geben und sie auf diesem Weg unterstützen.

Nicht zuletzt aufgrund der Vielzahl und Mannigfaltigkeit der berufspolitischen Themen ist die Unterstützung notwendig. Allein in den letzten Monaten wurden unterschiedlichste wegweisende Themen (u. a. Psychotherapeutenausbildungsreform, Terminalservice- und Versorgungsgesetz, Telematik-Infrastruktur) diskutiert.

Die Reform des Psychotherapeutengesetzes steht dabei besonders im Fokus, weil dadurch unserer Berufsgruppe eine einzigartige Neuerung bevorsteht. Die Verabschiedung des Gesetzes ist noch vor der Sommerpause zu erwarten. Durch den Erhalt der Approbation direkt nach dem Studium ist zukünftig die Entwicklung der Weiterbildungsordnung zum Fachpsychotherapeuten und die Aufsicht darüber Aufgabe der Landespsychotherapeutenkammern. Auf dem letzten Deutschen Psychotherapeutentag wurde daher das Projekt Weiterbildung eingeleitet. Die Bundespsychotherapeutenkammer wird dies wie bereits beim Projekt Transition der Ausbildung koordinieren und gestalten. Unsere Berufsgruppe hat hier eine hohe Verantwortung, diese Weiterbildung zu entwickeln, um die Qualität der bisherigen Psychotherapeutenausbildung zu erhalten. Dass die Weiterbildung auch den approbierten Kolleginnen und Kollegen sehr am Herzen liegt, wurde auch auf dem 4. Tag der Leitenden Angestellten deutlich. Die Leitenden Psychotherapeutinnen und Psycho-



Der Vorstand der LPK RLP (v. l. n. r.): Ulrich Bestle, Dr. Andrea Benecke, Sabine Maur und Peter Andreas Staub

therapeuten diskutierten neben den daraus resultierenden Änderungen in den Kliniken aber auch engagiert andere Sachverhalte (tarifliche Eingruppierungen, Standing der Psychotherapeutinnen in den Kliniken, Verankerung von Psychotherapie in Psychiatrien) engagiert.

Hier zeigt sich wiederum wie diese verschiedenen, scheinbar unterschiedlichen Themen ineinandergreifen und nicht isoliert betrachtet werden können.

Beste Grüße

Ulrich Bestle

Landespsychotherapeutenkammer RLP war Gastgeberin des 34. DPT

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat sich sehr gefreut, am 29. und 30. März 2019 Gastgeberin der Delegierten des 34. Deutschen Psychotherapeutentags (DPT) in Koblenz sein zu dürfen. LPK RLP-Präsidentin **Sabine Maur** begrüßte die Teilnehmerinnen mit einer engagierten Rede, die Sie zum Download unter [www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Aktuelle Informationen der LPK RLP](http://www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Aktuelle%20Informationen%20der%20LPK%20RLP) finden.



Sabine Maur bei ihrer Rede auf dem 34. DPT

Es folgte ein Grußwort von **Sabine Bätzing-Lichtenthäler**, der Gesundheitsministerin von Rheinland-Pfalz, auf deren Unterstützung für die Anliegen der Psychotherapeutenschaft sich die LPK RLP immer verlassen kann. **Dr. Andrea Benecke**, Vizepräsidentin der LPK RLP, wurde von den Delegierten des DPT zur Vizepräsidentin der BPTk gewählt – die LPK RLP gratuliert ganz herzlich!

Mitglieder der Vertreterversammlung verabschieden drei Resolutionen

Am Samstag, den 13. April 2019 trat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz in der Geschäftsstelle in Mainz zusammen und wurde von Kammerpräsidentin **Sabine Maur** begrüßt. Frau **Dr. Andrea Benecke**, Vizepräsidentin der Kammer, hielt einen Vortrag zur Reform des Psychotherapeutengesetzes mit dem Titel „Die Reform des PsychThG – Wo stehen wir und was haben wir zu erwarten?“. Auf der Tagesordnung stand außerdem die Neuwahl einer oder eines Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag.



Die Vertreterversammlung am 13. April 2019

Gewählt wurde **Marcel Hünninghaus**. Zudem verabschiedete die Vertreterversammlung drei Resolutionen zu den Themen „Multiprofessionelle

Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf fördern!“, „Psychotherapeutische Versorgung in psychiatrischen Kliniken verbessern!“ und „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unter fairen Bedingungen für die Versorgung qualifizieren“.

Alle drei Resolutionen sowie den gesamten Vortrag von Frau Dr. Benecke finden Sie auf unserer Homepage zum Download unter [www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Aktuelle Informationen der LPK RLP](http://www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Aktuelle%20Informationen%20der%20LPK%20RLP).

Stellungnahme der LPK RLP zum Kabinettsentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Am 27. Februar 2019 wurde der Kabinettsentwurf zur Reform der Psychotherapeutinnen-Ausbildung (PsychThG) gebilligt. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz begrüßt diesen Gesetzesentwurf nachdrücklich, sieht aber deutlichen Nachbesserungsbedarf. Hierzu zählt insbesondere die Definition der Heilkunde, die Finanzie-

rungslücke in der ambulanten Weiterbildung und die nicht gelöste Ausbildungssituation der sich nach derzeitigem Recht in der Ausbildung befindlichen Psychotherapeutinnen.

Eine detaillierte Stellungnahme der LPK RLP ging zeitnah an die zuständigen Landesministerien und wurde in per-

sönlichen Gesprächen mit politisch Verantwortlichen fachlich erörtert.

Eine Zusammenfassung unserer Stellungnahme finden Sie auf unserer Homepage unter [www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Aktuelle Informationen der LPK RLP](http://www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Aktuelle%20Informationen%20der%20LPK%20RLP).

LPK-Fortbildungen zum Thema „Berufsrecht in der Psychotherapie“



V. l. n. r.: Julia Schabbach, Saskia Kollarich und Dr. Andrea Benecke

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat am 17. April 2019 eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Allgemeines Berufsrecht in der Psychotherapie“ angeboten. Das Interesse der Kammermitglieder war groß und die Veranstaltung entsprechend schnell ausgebucht. Die beiden Juristinnen der Landespsychotherapeutenkammer, **Saskia Kollarich** und **Julia Schabbach**, gaben gemeinsam mit LPK-Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke** den 30 Teilnehmenden einen Überblick über alle relevanten Fragen des allgemeinen Berufsrechts in der Psychotherapeutischen Praxis.

Bereits am 13. Februar 2019 war eine berufsrechtliche Fortbildung speziell für

KJP angeboten worden, die ebenfalls sehr gut angenommen wurde. Beide Veranstaltungen werden inhaltsgleich wiederholt: Am **21. August 2019 in Koblenz** (Berufsrecht für KJP) und am **6. November 2019 in Trier** (Allgemeines Berufsrecht in der Psychotherapeutischen Praxis). Weitere Informationen

zu den Veranstaltungen der LPK RLP finden Sie auf unserer Homepage unter www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Veranstaltungen.

zu den Veranstaltungen der LPK RLP finden Sie auf unserer Homepage unter www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Veranstaltungen.

4. Tag der Leitenden Angestellten in Andernach

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat zum vierten Mal einen „Tag der Leitenden Angestellten“ veranstaltet. Am 21. März 2019 kamen rund 20 Teilnehmende in die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, um sich dort über die berufliche Situation der Leitenden Psychologinnen und Psychologen auszutauschen sowie Zukunftsperspektiven zu diskutieren.

Zu Beginn der Veranstaltung bestand die Möglichkeit einer Führung durch die

Klinik, bevor **Dr. Andrea Benecke**, Vizepräsidentin der LPK RLP, die Teilnehmer zur eigentlichen Tagung begrüßte.

Anschließend referierten **Andreas Gilcher, Oliver Kreh** und **Ulrich Bestle** nacheinander über die Stellung der Leitenden Psychologen in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Median-Klinik Tönisstein in Bad Neuenahr und der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Universität Mainz. Die Möglichkeit zum Austausch, zur



Rund 20 Leitende Angestellte kamen nach Andernach.

Diskussion und zum Netzwerken wurde rege genutzt.

Besuch der LPK RLP bei Staatssekretär Dr. Denis Alt

Sabine Maur, Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, war gemeinsam mit Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke** und Geschäftsführerin **Petra Regelin** zu Gast bei **Dr. Denis Alt**, dem Staatssekretär für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur.

Kernthema des Gesprächs war die Reform der Psychotherapeutenausbildung, die momentan den politischen

Prozess durchläuft. Bei dem Treffen wurden die Umsetzung der Reform in Rheinland-Pfalz und die Auswirkungen auf die Rheinland-Pfälzischen Universitäten erörtert.

Es wurde beschlossen, diesbezüglich im Gespräch zu bleiben und weiterhin den Austausch zwischen Landespsychotherapeutenkammer und Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur zu pflegen.



Dr. Denis Alt (Foto: Markus Below)

Gespräch zwischen Verbraucherzentrale RLP und LPK

Sabine Strüder, Fachbereichsleiterin Gesundheit und Pflege bei der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz, war zu Gast in der Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Dort wurde sie von LPK-Präsidentin **Sabine Maur** und Geschäftsführerin **Petra Regelin** zu einem Gespräch empfangen. Frau Strüder ist als Patientenvertreterin sowohl in Rheinland-Pfalz als auch auf Bundesebene tätig und ist Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA, wo sie sich ebenfalls für das Patientenwohl einsetzt.



Sabine Strüder und Sabine Maur

Themen des Gesprächs zwischen Frau Strüder, Frau Maur und Frau Regelin

waren der Zugang zur Psychotherapie, die langen Wartezeiten auf Psychotherapie und deren Auswirkungen auf psychisch kranke Menschen: Wenn psychische Krankheiten lange unbehandelt bleiben, besteht die Gefahr der Chronifizierung. Weiterhin wurden Chancen und Risiken der Digitalisierung der psychischen Versorgung im Hinblick auf den Patientenschutz erörtert. Gemeinsame Aktivitäten der Landespsychotherapeutenkammer und der Verbraucherzentrale zu diesem Thema werden erwogen.

Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfe zu Gast bei der LPK RLP



V. l. n. r.: Carsten Müller-Meine, Elfi-Gül Hollweck, Sabine Maur, Otmar Wegerich und Petra Regelin

Vertreterinnen verschiedener rheinland-pfälzischer Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen waren zu Gast in der Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer.

LPK-Präsidentin **Sabine Maur** und Geschäftsführerin **Petra Regelin** empfingen **Elfi-Gül Hollweck**, Leiterin von KISS Mainz (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe) sowie **Ott-**

mar Wegerich, Vorsitzender von KISS Pfalz, und **Carsten Müller-Meine**, Geschäftsführer von SEKIS (Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle e.V.) aus Trier.

Die Informationsstellen sind in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützung in Rheinland-Pfalz zusammengeschlossen (LAG KISS RLP). Sie beraten, unterstützen und fördern Selbsthilfegruppen und Institutionen im Sozial- und Gesundheitsbereich und helfen Privatpersonen dabei, eine geeignete Selbsthilfegruppe zu finden.

Bei dem Treffen wurde eine zukünftige engere Zusammenarbeit zwischen den Kontakt- und Informationsstellen und der Landespsychotherapeutenkammer vereinbart, um im Sinne des Patientenwohls die Vernetzung zwischen Psychotherapeutinnen und Selbsthilfegruppen zu verbessern.

Neue LPK-Broschüre „Berufsbezeichnung, Praxisschild und Werbung“

Mit der Broschüre „Berufsbezeichnung, Praxisschild und Werbung“ möchte die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ihren Mitgliedern die wichtigsten Fragen rund um die richtige Außendarstellung und Berufsbezeichnung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen beantworten.



Die drei neuen LPK-Broschüren (Foto: cala media)

Die Broschüre soll sowohl die Möglichkeiten als auch die Grenzen der persönlichen Außendarstellung aufzeigen und die gesetzlichen Vorschriften verständlich machen. Sie soll verdeutlichen, wie eine sachgerechte und berufsrechtskonforme Präsentation des Berufsstandes, beispielsweise auf dem Praxisschild, umsetzbar ist.

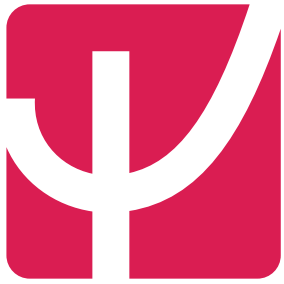
Die Broschüre liegt nun in einer neuen Auflage vor: Sie wurde inhaltlich völlig überarbeitet und erhielt ein neues Layout.

Außerdem stellt die LPK RLP zwei weitere neue Broschüren zur Verfügung: „A–Z zur Praxisgründung“ und

„Steuertipps für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“. Alle neuen Broschüren sowie ältere Publikationen der LPK RLP und der BPtK finden Sie auf unserer Homepage zum Download unter [www.lpk-rlp.de/Info-Portal/ Publikationen der LPK RLP und BPtK](http://www.lpk-rlp.de/Info-Portal/Publikationen%20der%20LPK%20RLP%20und%20BPtK).

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Neuer Vorstand der PKS stellt sich vor

In dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals stellt sich der am 26. Februar 2019 von der Vertreterversammlung neu gewählte Vorstand der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes vor. Wir beginnen damit die 4. Legislaturperiode unserer immer noch jungen Kammer.

Irmgard Jochum, Präsidentin

Die neu gewählte Vertreterversammlung hat den neuen Vorstand, mich eingeschlossen, in seiner konstituierenden Sitzung mit einem sehr starken Votum ausgestattet. Das hat mich sehr gefreut. Es macht Mut als frisch gewählte Präsidentin auf ein solches Gremium vertrauen zu können!



Irmgard Jochum

Ich bin nicht als Neuling angetreten; bereits seit 2004 arbeite ich im Vorstand der PKS mit, insbesondere in den Ar-



Der neue Vorstand der PKS (v. l. n. r.): Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Pia Fuhrmann, Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel, Dipl.-Psych. Irmgard Jochum, Dipl.-Psych. Dr. phil. Gilbert Mohr, Dipl.-Psych. Dipl.-Kff. Christina Roeder

beitsfeldern Psychotherapie in Institutionen sowie Haushalt und Finanzen. So blicke ich einerseits in meinem neuen Amt auf eine langjährige Erfahrung in der Vorstandsarbeit zurück, andererseits habe ich großen Respekt vor meiner neuen Aufgabe als Kammerpräsidentin.

Mein beruflicher Hintergrund liegt im sog. institutionellen Bereich; dieser umfasst neben der stationären und der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Arbeitsfelder wie Beratungsstellen, Jugendhilfe, Behindertenhilfe, schulpсихologische Dienste und die Sozialpsychiatrie. Letzteres ist das Feld, in dem ich seit über 25 Jahren tätig bin.

Die Angestelltenliste war erneut bei der Wahl sehr erfolgreich und hat mit

38 % der PP-Stimmen ein sehr gutes Ergebnis erzielt. Sie ist u. a. angetreten für transparente, offene und mitgliederfreundliche Kammerarbeit, für eine Ausbildungsreform, die Vielseitigkeit unseres Berufsbildes umfasst und darstellt, und all dem fühle ich mich verpflichtet.

Die Reform des Psychotherapiegesetzes ist das größte und bedeutsamste Projekt, das für uns in den kommenden Jahren ansteht: Das Ende der prekären Arbeitssituation während der Ausbildung ist ein wichtiges Element darin. Ein weiteres wichtiges Ziel dieses Reformvorhabens, das mir dabei besonders am Herzen liegt, ist die Qualifizierung unserer Berufsgruppe für die gesamte Breite der Tätigkeiten, in denen unsere Fachlichkeit heute gefragt ist.

Sie umfasst auch die Versorgung von Menschen mit chronifizierten und/oder schweren psychischen Erkrankungen mit komplexem Hilfebedarf. Die Verbesserung der Versorgung dieser Personengruppe ist längst überfällig. Sie kann nur durch Koordination und Kooperation sowohl berufsgruppen- als auch sektorübergreifend gelingen.

Wichtig ist mir auch, die bereits begonnene und gute Vernetzung unserer Kammer mit anderen saarländischen Akteuren zu erhalten und weiter voranzu-

treiben. 15 Jahre nach der Gründung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes werden wir mit unseren Fachkompetenzen immer häufiger als relevanter Ansprechpartner in vielen Kontexten der Gesundheits-, Sozial und Gesellschaftspolitik wahrgenommen und kontaktiert, wie z.B. Migration, Prävention, Krisenmanagement, Amokläufe, passgenaue Angebote für Schwerstabhängige oder Kindergesundheit.

Bei alledem bin ich besonders froh, dass die neu gewählte Vertreterversamm-

lung mit einer Erneuerungsquote von 44 % einen guten Mix aus neuen und bereits erfahrenen Kolleginnen repräsentiert. Mit einem 66%igen Frauenanteil bildet sie zudem die Geschlechterverteilung in unserer Mitgliedschaft recht genau ab. Auch damit sind wir bestens aufgestellt, nicht nur im Rahmen der aktuellen Genderdebatte, sondern auch für die Herausforderungen der kommenden Jahre.

Irmgard Jochum
Präsidentin

Susanne Münnich-Hessel, Vizepräsidentin

Die neu konstituierte Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes hat mich im Februar 2019 zur Vizepräsidentin gewählt. Dies ist eine neue Herausforderung für mich, nachdem ich seit 2014 die Interessen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen im Vorstand vertrat.

Ich möchte mich Ihnen hier mit meinen zukünftigen Aufgaben vorstellen:

An der Universität des Saarlandes habe ich Psychologie studiert und danach in einem Frühförderzentrum zehn Jahre als angestellte Diplom-Psychologin gearbeitet. 1996 ließ ich mich in einer Kostenerstattungspraxis nieder und erhielt 1998 die Approbation für Kinder, Jugendliche und für Erwachsene sowie die Kassenzulassung für Verhaltenstherapie mit Sitz in Kleinblittersdorf.

Ich wünsche mir in meinem neuen Amt eine qualitativ gute und konstruktive Arbeit in der Kammer zum Wohle aller unserer Mitglieder und vertraue dabei auf das Engagement all derer, die jetzt in die Vertreterversammlung gewählt worden sind! Dabei ist es mir wichtig, mit allen Mitgliedern in der Vertreterversammlung gemeinsam und nicht von oben herab die Probleme anzugehen.

Von den Kammermitgliedern, die mit mir in der letzten Wahlperiode in der Vertreterversammlung aktiv waren,

konnte ich vieles lernen. Dafür ein großes Dankeschön!

Nun möchte ich gemeinsam mit Dr. Pia Fuhrmann als KJP-Beisitzerin die Interessen der KJP vor allem im Hinblick auf die anstehende Ausbildungsreform



Susanne Münnich-Hessel

im Blick behalten. Dass nun zwei KJP im neuen Vorstand sind, wird dabei sicher von Vorteil sein.

Im Zuge des Transitionsprozesses bedarf aber auch die Situation in der jetzigen Ausbildung weiterhin großer Beachtung. Und es gilt dabei, die Anbindung der PiA an die Kammer weiter zu stärken.

Auch die Versorgung der psychisch kranken Geflüchteten wird weiter mein besonderes Anliegen sein. Dabei setze ich mit der Präsidentin Irmgard Jochum und mit meinen anderen Vorstandsmitgliedern Dr. Pia Fuhrmann, Christina Roeder und Dr. Gilbert Mohr auf den weiteren Ausbau und die Intensivierung unserer jetzt schon bestehenden Netzwerkpoltik in der Versorgung.

Mein besonderer Schwerpunkt im Vorstand wird die ambulante Versorgung psychisch erkrankter Menschen sein. Dabei kommt uns die gute Zusammenarbeit mit der KV Saarland und der Ärztekammer des Saarlandes zu Gute. Als Mitglied in der KV-Vertreterversammlung und im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie konnte ich in den letzten Jahren Einblicke in die Probleme der ärztlichen Kolleginnen gewinnen und erfuhr dort viel Verständnis für die Probleme unserer Profession. Hier sind aktuell im ambulanten Bereich besonders das Terminversorgungs-Servicegesetz und dessen Auswirkungen sowie die Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu nennen.

Ich möchte mich bei allen Wählerinnen herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen bedanken. Wir werden unsere Mitglieder mit Newslettern und unserer Kammerzeitschrift FORUM bestmöglich informieren.

Susanne Münnich-Hessel,
Vizepräsidentin

Pia Fuhrmann, Beisitzerin

In ihrer konstituierenden Sitzung am 26. Februar 2019 hat die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes mich als Beisitzerin für die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) in ihren Vorstand gewählt. Als neues Mitglied im Vorstand möchte ich mich zunächst für das Vertrauen der Wählerinnen bedanken. Mein Name ist Pia Fuhrmann. Ich habe an den Universitäten Saarbrücken und Landau/Koblenz Psychologie studiert und danach langjährig als angestellte Psychologin an der Klinik für KJPP in Homburg/Saar mit dem Schwerpunkt psychische Störungen bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern gearbeitet. 2007 erhielt ich die Approbation für Kinder und Jugendliche sowie die Kassenzulassung für Verhaltenstherapie.



Pia Fuhrmann

Ergänzend habe ich eine Ausbildung in Systemischer Therapie absolviert. 2009 ließ ich mich mit eigener Praxis in St. Wendel nieder und promovierte zwei Jahre später zum Thema „Depression bei Vorschulkindern“. Weiterhin bin ich Autorin der Elternratgeber „Depression und Angst bei Klein- und Vorschulkindern“ und „Trichotillomanie bei Kindern und Jugendlichen“ sowie weiterer Buchkapitel. In meiner Ausbildungspraxis biete ich Supervision und Einzelselbsterfahrung für Psychotherapeutinnen in Ausbildung verschiedener Ausbildungsinstitute an.

Ein herzlicher Dank geht an dieser Stelle an meine Vorgängerin Susanne Münnich-Hessel, die mich in meine zukünftige Arbeit im Vorstand eingearbeitet hat und mir bei vielen Fragen eine wichtige Unterstützung ist. In ihrer Amtszeit hat Frau Münnich-Hessel sich sehr für die Vernetzung zwischen niedergelassenen und angestellten Kolleginnen eingesetzt und hier interdisziplinäre Veranstaltungen organisiert.

Mein Ziel ist es, mich den vielen anstehenden Sachthemen zu widmen, gemeinsam Lösungen im Interesse aller Psychotherapeutinnen, unabhängig von ihrer therapeutischen Ausrichtung, zu finden und dabei unnötige Auseinandersetzungen zu vermeiden. KJP-spezifische Themen werden im Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ (PVKJ) verhandelt. Die Vertreterversammlung hat in diesen Ausschuss folgende Mitglieder gewählt: Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel, Dipl.-Sozialpädagogin Susanne Drewes, Sonderpädagogin Gesine Schweizer, Dr. phil. Sozialpädagoge Rudolf Klein, Dipl.-Musiktherapeut Uwe Weiler sowie mich. Darüber hinaus werde ich die Interessen der KJP im Ausschuss „Ambulante Versorgung“ vertreten.

Auf Bundesebene werde ich als Delegierte des Deutschen Psychotherapeutentages mit Susanne Drewes als meine Stellvertreterin die Interessen der angestellten und niedergelassenen KJP gleichermaßen vertreten.

Insbesondere im Rahmen der Ausbildungsreform werden auf Bundesebene Themen behandelt, die unsere KJP-Interessen außerordentlich betreffen. Zurzeit wird mit Blick auf das Gesetz der Ausbildungsreform der PP und KJP (PsychThG) heftig diskutiert, wie ein Studiengang „Psychotherapie“ gestaltet werden sollte. Wir werden sehr darauf achten müssen, welche Auswirkungen dies für die KJP haben wird. Nach Inkrafttreten des neuen Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) sollen KJP die Rechte und Pflichten der neuen Approbation erhalten, was eine Befugnis-

weiterung bedeuten würde. Darauf aufbauend sollen sie von der Kammer eine Fachpsychotherapeutenanerkennung für das Gebiet „Kinder und Jugendliche“ erhalten. Damit einher ginge der Zugang zu anderen Weiterbildungsangeboten sowie die sozialrechtliche Befugnis zur Versorgung für das gesamte Altersspektrum. Eine Einschränkung der KJP auf die Patientengruppe bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres stellt eine Ungleichbehandlung dar. Hier möchte ich mich für altersumfassende Behandlungsmöglichkeiten der KJP einsetzen.

Die Psychotherapeutenkammer wird künftig auch für die Gestaltung der Weiterbildung zuständig sein. Ihre fachliche Expertise bestimmt dann, welche Inhalte sie in den Ordnungen regelt. Eine weitere Aufgabe der Kammer wird darüber hinaus die Qualitätssicherung sein. Sie legt fest, welche Anforderungen Weiterbildungsstätten zu erfüllen haben und definiert, wen sie als Weiterbildungsbeauftragte anerkennt. Hier muss die Qualität der KJP-Ausbildung gewährleistet bleiben und weiterentwickelt werden.

Auch Übergangsregelungen und Bestandschutz werden Themen sein: Übergangsregelungen in den Weiterbildungsordnungen der Kammern sollen es den in Ausbildung befindlichen KJP ermöglichen, den Titel „Fachtherapeutin für Kinder und Jugendliche“ als Zusatzbezeichnung führen zu dürfen. Weiterhin sollen sie ihre begonnene postgraduale Ausbildung abschließen können. Bei der Erstellung von Übergangsregelungen für den Erwerb von Kompetenzen für Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen möchte ich mich aktiv beteiligen. Mein Ziel ist es, mich in meiner Funktion als Beisitzerin dafür einzubringen, die Interessen der bereits approbierten und die der zukünftigen KJP zu wahren und eine für alle gewinnbringende Zukunft des PsychThG mitzugestalten. Es ist zu gewährleisten, dass die Identität der KJP erhalten und ihr Versorgungsangebot und auf Dauer gesichert bleibt.

Dr. Pia Fuhrmann,
Beisitzerin

Christina Roeder, Beisitzerin

In der konstituierenden Sitzung am 26. Februar 2019 wählte mich die Vertreterversammlung einstimmig als Beisitzerin in den Vorstand. Als neues Mitglied der Vertreterversammlung und des Vorstands möchte ich zunächst meinen Dank an die Wählerinnen für das mir entgegengebrachte Vertrauen aussprechen.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen und mich Ihnen kurz vorstellen. Mein Name ist Christina Roeder, geborene Wermer, und ich bin Mutter zweier Söhne (1,5 Jahre alt). Ich habe in Saarbrücken unter Prof. Dr. Rainer Krause Psychologie studiert und auch ein Studium der Betriebswirtschaftslehre mit Diplom abgeschlossen. Im Anschluss an mein Studium absolvierte ich die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin am Saarländischen Institut zur Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie (SIAP), kenne also das aktuelle Ausbildungssystem mit all seinen – insbesondere finanziellen – Herausforderungen von der Pike auf.

Nach mehreren Jahren in der psychosomatischen und Sucht-Reha bot man mir an, in die Leitung des SIAP zu wechseln. Diese Herausforderung nahm ich

mit Freude an und bis heute leite ich mit Eva Hoffmann zusammen das größte Aus- und Weiterbildungsinstitut im Saarland. Dabei ist es uns ein großes Anliegen, die Ausbildungsbedingungen für unsere Teilnehmerinnen stetig zu verbessern und die Ausbildungszufriedenheit zu erhöhen. In diesem Zusammenhang sehe ich die geplante Gesetzesnovellierung als große Chance für unseren Nachwuchs, die aktuell finanziell prekären Bedingungen zugunsten der Teilnehmerinnen zu verbessern. Dafür und für einen Erhalt der Aus- und Weiterbildungsqualität möchte ich mich in der kommenden Wahlperiode in der Transitionskommission einsetzen.

An dieser Stelle möchte ich meinen Dank an Irmgard Jochum aussprechen, die mir die Chance gab, in dieser für unsere Berufsgruppe spannenden Zeit als Vertreterin der saarländischen Psychotherapeutinnen zu kandidieren und die mir in meinen neuen Aufgaben mit Rat und Tat zur Seite steht und mich stärkt. Mit ihrer Unterstützung und Erfahrung bin ich zuversichtlich, mein kaufmännisches Wissen nutzbringend in unserem Haushalt- und Finanzausschuss einbringen zu können.

Auch ist es mir ein Anliegen, die Vernetzung unserer Berufsgruppe untereinander sowie fächerübergreifend weiter zu stärken. Dafür möchte ich mich im Fort- und Bildungsausschuss stark machen.

Christina Roeder,
Beisitzerin



Christina Roeder

Gilbert Mohr, Beisitzer

Ich bin wohl auf eher ungewöhnliche Weise und gewissermaßen ungewollt zum Psychotherapeuten geworden. Hätte man mir im Studium und auch in den ersten Jahrzehnten meiner beruflichen Tätigkeit gesagt, dass ich mich einmal im Vorstand einer Landespsychotherapeutenkammer wiederfinden würde, hätte ich meine Gesprächspartner für verrückt erklärt. Nicht weil ich daran gezweifelt hätte, dass es je Psychotherapeutenkammern geben

würde, sondern weil meine Interessen ganz andere waren. Ich habe Forschung und später auch Lehre in der experimentellen Psychologie gemacht und hatte eine eher arrogante Haltung aller angewandten Psychologie gegenüber. Auch Psychotherapie war methodisch etwas eher „Schmutziges“. Während und nach meiner Promotion konnte ich im Rahmen europäischer Forschungsförderung Zeit an unterschiedlichen europäischen Universitäten verbringen.

Während eines Aufenthaltes an der Applied Psychology Unit in Cambridge, England, dem Institut, an dem Donald Broadbent und Alan Baddeley zentrale Modelle kognitiver Funktionen entwickelt hatten, lernte ich Kolleginnen kennen, die Patientinnen sahen. Diese Patientinnen waren faszinierend, und die Art, wie sie untersucht wurden, erlaubte beeindruckende Rückschlüsse auf die Architektur unseres kognitiven Systems.

Aus dieser Faszination resultierte zunächst Unzufriedenheit. Zurück in Saarbrücken gab es zwangsverpflichtete studentische Stichproben, an denen unspektakuläre Gedächtnisphänomene untersucht wurden. Es entstanden Publikationen, die nicht einmal eine Hand voll Menschen interessierten. Das war eher das Gegenteil von faszinierend. Mehr oder weniger zufällig wurde mir dann eine Stelle in einer neurologischen Klinik angeboten. Die Aussicht, neuropsychologische Patientinnen sehen zu können, ließ mich enthusiastisch zusagen. Der Preis war ein ständiger Gesichtsverlust. Ich hatte keine Ahnung von Neurologie, meine funktionell-neuroanatomischen Kenntnisse waren mehr als beschränkt. Ich musste ziemlich viel lernen.

Schmerzhaft musste ich auch lernen, dass diese Patientinnen Gefühle hatten, oft existenzielle Angst, mitunter nicht weiterleben wollten. Dass sie wissen wollten, welchen Sinn ein Leben im Rollstuhl, ohne Sprache, ohne Gedächtnis haben sollte. Und diese Patientinnen hatten verzweifelte Partner, Angehörige. Ganze Systeme mussten sich neu sortieren. Ich war angekommen in der ziemlich „schmutzigen“ klinischen Rea-



Gilbert Mohr

lität. Dennoch blieb die Faszination. Ich ging zurück zur Universität und gründete eine Praxis für Neuropsychologie, um mit den Patientinnen auch nach deren Akutbehandlung weiterarbeiten zu können. Ich wusste nicht, dass ich damit auch sehr schnell in die Mühlen sozialrechtlicher und berufsrechtlicher Auseinandersetzungen geraten würde. Es gab endlose, auch gerichtliche, Auseinandersetzungen um Kostenübernahmen für ambulante Therapien.

In den neunziger Jahren boten nur wenige Kolleginnen ambulante neuropsychologische Behandlungen an. Die, die das taten, waren sich jedoch einig, dass man um das Recht dieser Patientinnen, im Krankenversicherungssystem versorgt zu werden, kämpfen sollte. Das Ganze entwickelte sich zu einer jahrelangen Achterbahnfahrt mit existentiell bedrohlichen Phasen, aber am Ende mit einem guten Ausgang. Die Neuropsychologie wurde Teil der psychotherapeutischen Versorgung. Wie jede Lösung hatte und hat auch diese Kollateralschäden. Kolleginnen ohne Approbation waren und sind ausgeschlossen aus der ambulanten Versorgung. Ich musste Psychotherapeut werden, um weiterarbeiten zu können. Nochmal ein Lernprozess, an dessen Ende Respekt vor den Inhalten und dem Nutzen psychotherapeutischer Methoden auch für diese spezielle Gruppe der neuropsychologischen Patientinnen steht sowie ein begründetes Verständnis für die Bedeutsamkeit des komplexen institutionellen Rahmens, der die Voraussetzungen für die Arbeit mit den Patientinnen schafft.

Dr. Gilbert Mohr
Beisitzer

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Dr. Pia Fuhrmann, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Sonja Werner

Geschäftsstelle

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/954555-6
Fax: 0681/954555-8
kontakt@ptk-saar
www.ptk-saar.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



es ist eine bewegende Zeit für uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – sicherlich die mit den größten Veränderungen, wenn man die letzten zwanzig Jahre betrachtet. Vergleichbar nur mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes im Sommer 1998. Sollte die Novellierung dieses Gesetzes und eine Reform der Ausbildung zur Psychotherapeutin gelingen, wäre das ein weiterer markanter Meilenstein in der Geschichte der Psychotherapie in Deutschland.

Doch auch weniger beachtete Ereignisse hinterlassen Spuren, wenn auch eher die von Fassungslosigkeit. Da werden in großem Stil falsche Auskünfte über gesetzliche Regelungen an hilfesuchende, psychisch kranke Versicherte oder deren Eltern gegeben. Und dann, in einer Zeitphase, in der Datenschutz, Datensparsamkeit und Vermeidung von Datensammelwut beworben wird, kommen Institutionen des Krankenversicherungssystems auf die Idee, Psychotherapeutinnen aufzufordern, „mal eben alles rüberzuschicken“.

Doch lesen Sie selbst. In unserem Bericht über die Veranstaltung der PKSH vom 26. April 2019 sowie in dem Beitrag zum Auskunftsverlangen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen finden Sie mehr dazu.

Mit kollegialen Grüßen

Heiko Borchers
 Vorstandsmitglied

Fortbildungsveranstaltung der PKSH

Am 26. April 2019 bot die PKSH ihren Mitgliedern eine kompakte Fortbildung zur Thematik „Praxisübergabe und aktuelle Veränderungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“ an. Ein eng gefülltes Programm und ein ebenso gefüllter Veranstaltungssaal waren an diesem Nachmittag in Neumünster vorzufinden. Das Interesse unter den Kolleginnen war groß.

Die Praxisübergabe aus zulassungsrechtlicher Sicht

An erster Stelle stand ein Vortrag von Herrn Daniel Jacoby (Fachreferent der Zulassungsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein) zur Thematik „Die Praxisübergabe aus zulassungsrechtlicher Sicht“. Er leitete ein mit einer zunächst grundsätzlichen Betrachtung der gegenwärtigen Bedarfsplanung. Aus ihr heraus ergibt sich, dass in Schleswig-Holstein rein statistisch, „auf dem Papier“, wie er betonte, alle Planungsbereiche überversorgt sind. Dass die Realität anders aussieht und die psychotherapeutische

Versorgung auch in Schleswig-Holstein regional Kapazitätsprobleme aufzeigt, musste nicht besonders erörtert werden. Dem Hinweis darauf wurde von den anwesenden Psychotherapeutinnen durch bejahende Gestik und Zwischenrufe deutlich zugestimmt.

Bei der Praxisübergabe steht zunächst ein Antrag auf Praxisausschreibung durch die zukünftige Praxisabgeberin ganz vorne an. Dieser Antrag ist an den Zulassungsausschuss in Angelegenheiten der Psychotherapeutinnen zu stellen. Hier wird bei gegebener statistischer Überversorgung geprüft, inwieweit die Praxis versorgungsrelevant ist. Stellt der Ausschuss die Versorgungsrelevanz fest, wird die Praxis durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) ausgeschrieben. Die Prüfung findet nicht statt bei sog. Privilegierungen. Das heißt, wenn von vornherein feststeht, dass die Praxisübernehmerin ein Kind, ein Ehegatte oder Lebenspartner der Abgeberin ist. Unter gewissen Konstellationen gilt dies auch für die Part-

nerin einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Angestellten. Auf die Ausschreibung der Praxis folgt die Bewerbung von an der Übernahme interessierten Kolleginnen.

In seinem Referat ist Herr Jacoby ausführlich auf die notwendigen Bedingungen für eine Bewerbung und das Auswahlverfahren vor dem Zulassungsausschuss eingegangen. So wurde darauf hingewiesen, dass mit mindestens einer Bewerberin ein Übernahmevertrag geschlossen worden sein muss, damit die privatwirtschaftlichen Interessen der Abgeberin als gewahrt gelten können. Dieses ist eine der Voraussetzungen, damit ein Verfahren vor dem Zulassungsausschuss überhaupt stattfindet. Sehr deutlich legte er dar, dass es – gerade dann, wenn mehrere Bewerberinnen auftreten – keine Wunschnachfolgerin gibt. Der Zulassungsausschuss hat sein Ermessen anhand gesetzlich benannter Kriterien auszuüben. Es soll die für die Versorgung von Versicherten bestmögliche Kandidatin gefunden werden.

Der Vortrag von Herrn Jacoby endete mit dem besonderen Hinweis auf die Dauer eines Übergabeverfahrens. Vom Antrag auf Ausschreibung bis zur vollzogenen Übergabe vergeht in der Regel mindestens ein Dreivierteljahr. Es ist unbedingt ratsam, den Ausstieg aus dem Berufsleben langfristig zu planen und sich frühzeitig über Regeln, Ablauf und Gestaltungsoptionen zu informieren. Hierüber informiert die KVSH jeden ersten Mittwoch im Monat von 14.00 Uhr bis 17.00 Uhr in einer sog. Offenen Sprechstunde: Es ist eine Beratung ohne vorherige Terminvereinbarung durch die Abteilung „Zulassung/Praxisberatung“ im Hause der KVSH in Bad Segeberg. Außerdem gibt es den „Infomarkt der KVSH“. Hier stehen immer am dritten Mittwoch im Quartal ohne Anmeldung in der Zeit von 14.00 Uhr bis 17.00 Uhr Mitarbeiterinnen der KVSH für Ihre Fragen zur Verfügung.

Die Praxisübergabe aus privatrechtlicher Sicht

Das zweite Referat des Nachmittags beschäftigte sich mit dem Gegenpart zum Zulassungsrecht, mit den privatwirtschaftlichen wie -rechtlichen Aspekten. Hierzu referierte Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer (Fachanwalt für Medizinrecht und Arzt). Er stellte dabei die Einzelpraxis bzw. deren Übergabe in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen, eben weil dies unter Psychotherapeutinnen immer noch die häufigste Form ist. Die Übernahme von Anteilen an einer Berufsausübungsgemeinschaft komme unter Psychotherapeutinnen so gut wie nicht vor.

Zunächst wies er darauf hin, was unter privatrechtlicher Betrachtung überhaupt Vertragsgegenstand zwischen Abgeberin und Übernehmerin ist. Es ist die Praxis oder Praxisteile, niemals die Zulassung an sich. Die Zulassung ist eine staatliche Lizenz und in diesem Fall nicht veräußerbar. Herr Prof. Ufer informierte ausführlich über die vielfältigen Aspekte der Vertragsgestaltung. Kaufpreis, Gewährleistung über Praxisinventar, Formvorschriften und zu verschiedenen Fristen, über Bestandskraft und Inkrafttreten. Dies waren nur



Referentinnen mit Präsidium (v. l. n. r.): Präsident Dr. Rogner, RA Norrenbrock, Prof. Dr. Dr. Ufer, Herr Jacoby, Frau Jeschke, Vizepräsidentin Dr. Nierobisch (Foto: M. Wohlfarth)

einige Punkte unter vielen. Grundsätzlich empfiehlt er den Abschluss einer Einigung vor der Verhandlung des Zulassungsausschusses. „Man schließe sich ansonsten unter Umständen selbst vom Verfahren aus und nehme sich alle Chancen auf Übernahme“, so seine Worte.

Es wurde deutlich, dass er dafür wenig Verständnis habe. Daneben empfiehlt er, entweder rechtliche Hilfe bei der Ausgestaltung der Übernahmeverträge in Anspruch zu nehmen oder zumindest eine Juristin einmal einen Blick auf die Verträge werfen lassen. Im letzten Teil beschäftigte sich Prof. Ufer mit den Modellen Berufsausübungsgemeinschaft, Jobsharing und Anstellung, denn auch sie kommen im Rahmen der Praxisübergabe oder des Beendens der eigenen beruflichen Tätigkeit unter Umständen in Frage. Auch er appellierte an die Anwesenden, so gut es geht an eine frühzeitige Planung der Praxisübertragung zu denken und hält fachkundige Beratung dabei für unerlässlich.

Die im Anschluss stattfindende Pause wurde von vielen Teilnehmenden noch genutzt, um den Referentinnen zu ihrer Thematik ausgiebig Fragen zu stellen.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis

Die Rechtsanwältin Anne Marie Norrenbrock leitete ihr Referat mit einem Rückblick auf die insbesondere von den Psychotherapeutinnen ergangene und in vielen Teilen erfolgreiche Ablehnung und Kritik am TSVG ein. Die vom Gesetzgeber mit dem Gesetz verbundenen Ziele betrachtete auch sie eher kritisch. Gut erreichbare medizinische Versorgung für alle GKV-Patientinnen, Verkürzung von Wartezeiten auf Arzt- und Psychotherapieterminen, Verbesserung der Versorgungsangebote in ländlichen und strukturschwachen Regionen, alles das soll das Gesetz möglich machen. Lediglich der Aspekt der mit dem Gesetz forcierten Vorantreibung der Digitalisierung im Gesundheitswesen wurde positiv gesehen.

Bleibt jedoch die Frage: Woher sollen nun plötzlich mehr Ärztinnen und Psychotherapeutinnen kommen, damit die oben aufgezählten hehren Ziele erreicht werden können? Darauf gibt das Gesetz keine Antwort. Viele neue Regelungen, die das Gesetz beinhaltet, sind schlichtweg Druck- und Sanktionsmittel, damit aus den vorhandenen Praxen mehr he-

rausgeholt wird. Diese wurden dann auch von Frau Norrenbrock im Einzelnen dargestellt.

Grundsätzlich soll die Mindestsprechstundenzahl (Mindestwochenarbeitszeit) eines vollen Versorgungsauftrages von 20 auf 25 Stunden heraufgesetzt werden. Zum Strafinstrument für den Fall, wenn der Versorgungsauftrag nicht erfüllt wird, soll zukünftig auch die Möglichkeit, der Entziehung einer ¼-Zulassung gehören. Gesetzlich Versicherte sollen sich zukünftig an allen sieben Wochentagen 24 Stunden lang an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen wenden können, um einen Termin bei niedergelassenen

Im Rahmen dieser Studie wurden im Zeitraum von 15. Februar bis zum 31. März 2018 bundesweit insgesamt 2.500 Psychotherapeutische Praxen, die im Rahmen der Privatpraxis auch über Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V psychotherapeutisch behandeln, zur Situation befragt. Aus Schleswig-Holstein nahmen 60 Praxen teil. Die Studie gibt Auskunft über Rahmenbedingungen, Umfang der Psychotherapie in der Kostenerstattung sowie über die berichteten Stärken und Schwächen des Verfahrens nach § 13 Abs. 3 SGB V. Verglichen wurde die Situation 2016 – vor der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – und 2017 – also nach Inkrafttreten der Reform. Bei den Ergebnis-

ken ist, überraschte zunächst nicht. Faszinationslosigkeit macht sich eher bei den Ablehnungsbegründungen breit. Kostenerstattung sei nicht mehr erlaubt, diese Form der Versorgung gäbe es nicht mehr, Kostenerstattung existiere seit dem 1. April 2017 nicht mehr, die Krankenkasse habe ein eigenes Versorgungsangebot, die Wartezeit sei zumutbar oder die Terminservicestellen versorgten nun alle Patientinnen – dies sind nur einige der angeführten Ablehnungsgründe. Im Potpourri der von den Krankenkassen angebotenen Alternativen zu der beantragten ambulanten Behandlung waren zu finden: Klinikambulanz, stationärer Aufenthalt, Beratung durch besonders geschulte Mitarbeiterinnen der Krankenkasse oder der Gang zur Beratungsstelle.



Blick in das gut gefüllte Auditorium (Foto: Dr. A. Nierobisch)

Ärztinnen oder Psychotherapeutinnen vermittelt zu bekommen.

Das Fazit dieses dritten Referates an diesem Nachmittag über die Auswirkungen des TSVG fiel kurz und knapp aus: Mehrarbeit, strengere Überprüfungen, höhere praxisorganisatorische Anforderungen und Digitalisierung.

Veränderungen in der außervertraglichen Psychotherapie im Zuge der Richtlinienreform

Unter dieser Überschrift stellte Frau Karin Jeschke (Referentin für Wissenschaft und Forschung der Psychotherapeutenkammer Berlin) Schlaglichter der Studie zur Kostenerstattung der Landespsychotherapeutenkammern vor.

sen, die Frau Jeschke darstellte, wurde deutlich, dass der Anteil an Versorgung mit psychotherapeutischer Behandlung im Rahmen der Kostenerstattung vor der Reform hoch war und auch danach immer noch beträchtlich ist. Regionale Unterschiede sind ähnlich wie in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung auch hier vorhanden. Ebenso gibt es gelegentlich auch in der außervertraglichen Privatpraxis Wartelisten für einen Behandlungsplatz.

Der Teil der Befragung, der sich mit den Krankenkassen und ihrem Verhalten gegenüber der außervertraglichen Versorgung beschäftigte, offenbarte Abgründe. Dass die Bewilligungsquote von Anträgen auf außervertragliche Leistung von Versicherten von 2016 zu 2017 gesun-

Die befragten Psychotherapeutinnen schilderten im Freitext eindrücklich die hohe Belastung und Unzumutbarkeit für die psychisch erkrankten Menschen aufgrund der Versorgungssituation sowie des Verhaltens der Krankenversicherungen. Die Forderung nach einer angemessenen Beachtung des immer noch beträchtlichen Beitrages der Privatpraxen zur Versorgung steht im Raum, genauso wie der Appell an die Krankenkassen, ihre Versicherten im Einklang mit den tatsächlich gesetzlichen Gegebenheiten und Regelungen zu informieren, so ein Fazit von Frau Jeschke. Außerdem sollte die Prämisse ambulant vor stationär Beachtung finden.

Ausklang des Abends mit deutlichen Forderungen

Der Abend wurde mit einer kurzen Diskussion zwischen Teilnehmenden, Referentinnen und dem anwesenden Vorstand der PKS H beendete. Ein Resümee gerade der beiden letzten Vorträge war, dass letztlich an einer realistischeren Bedarfsplanung kein Weg vorbei führen wird, um eine spürbare Verbesserung der Versorgungslage zu erzielen. Dieser Wink ging deutlich in Richtung Politik und Gesetzgeber. Dass hier zurzeit ein anderer Gedanke vorherrscht, wurde deutlich. Nicht mehr Zulassungen hergeben, heißt es hier. Nein, die vorhandenen Zulassungen müssten mehr hergeben, ist die Devise. Der Vorstand der

PKSH wurde von den Teilnehmenden aufgefordert, sich weiter für Verbesserungen der Versicherten wie auch der Privatpraxen einzusetzen. Dieser Auf-

forderung wurde der Vorstand bislang durch Gespräche mit unserem schleswig-holsteinischen Gesundheitsminister, Dr. Heiner Garg, schon gerecht.

Selbstverständlich jedoch wird er auch weiterhin in diese Richtung wirken.

Heiko Borchers
Vorstandsmitglied

Auskunftsverlangen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)

Der Schutz von persönlichen Daten spielt in der psychotherapeutischen Behandlung eine besondere, wenn nicht sogar die entscheidende Rolle für das Gelingen der Behandlung. Ohne ein sicheres Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Psychotherapeutin ist eine erfolgversprechende Behandlung kaum denkbar. Doch eingebunden in gesetzliche Regelungen, muss die behandelnde Psychotherapeutin hin und wieder Auskünfte über ihre Patientinnen erteilen. In einem Balanceakt besonderer Art muss sie die Kontroverse zwischen dem Schutz der Behandlungsbasis einerseits und dem berechtigten Ansinnen nach Auskunft Dritter andererseits meistern. In den meisten Fällen gelingt dies zweifelsfrei. Im Rahmen der Aufklärung über ihre Behandlung sollten Patientinnen im Vorwege über eventuell anstehende und zulässige Auskunftsbegehren Dritter informiert und vorbereitet worden sein. Schwierigkeiten scheinen dann zu entstehen, wenn die Auskunftswünsche Dritter deutlich über die gesetzlichen Regelungen hinausgehen. Hier muss die behandelnde Psychotherapeutin Vorsicht und Obacht walten lassen.

Weitergabe von Daten nicht ohne gesetzliche Regelung

Es ist das Recht der Patientinnen, über Weitergabe und Verwendung ihrer persönlichen Daten selbst bestimmen zu dürfen. Dieses Recht auf informationelle Selbstbestimmung gilt nicht uneingeschränkt. Es gibt, wie bei anderen sehr grundlegenden Rechten auch, höherwertige Umstände, die dieses persönliche Recht einschränken. So eine Gegebenheit ist beispielsweise das Gemeinwohlinteresse an einer funktionsfähigen Krankenversicherung und deren Erhalt. Eingriffe in grundlegende Rech-

te bedürfen jedoch einer gesetzlichen Regelung. Und so sind auch die gesetzlichen Krankenkassen in genau vorbestimmten Fällen ermächtigt und verpflichtet, zur Prüfung der Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch, zur Überprüfung von Abrechnungen oder Arbeitsunfähigkeit patientenbezogene Daten zu erheben und zu übermitteln. In fast allen Fällen sind sie dabei gehalten, sich des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu bedienen.

Anfragen des MDK zu gesetzlich Krankenversicherten

Nach den §§ 275 und 276 Abs. 2 SGB V sind auch Vertragspsychotherapeutinnen verpflichtet, auf Anforderung des MDK Sozialdaten über ihre Patientinnen zur Verfügung zu stellen. Der MDK ist nur im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung berechtigt, Auskünfte zu verlangen. Dies setzt voraus, dass die zuständige Krankenkasse den MDK im konkreten Fall zuständigkeithalber beauftragt hat. Der Umfang der zu übermittelnden Daten ermisst sich nach der zu prüfenden Fragestellung. Daten sind nur soweit zu übermitteln, soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist. Hieraus folgt, dass die Psychotherapeutin abwägen muss, was sie übermittelt. Im Hinblick auf Prüfungen von Arbeitsunfähigkeit kann das eigentlich nur sehr wenig oder gar nichts sein, denn gemäß § 73 SGB V dürfen Psychologische Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen keine Feststellung und Bescheinigung zur Arbeitsunfähigkeit vornehmen. Zur Frage, ob eventuell weitere Maßnahmen – wie ein stationärer Aufenthalt – hilfreich für die Patientinnen sein könnten, kann die Psychotherapeutin sich dagegen sehr wohl äußern.

Aktuelle Ungereimtheiten – Obacht!

In letzter Zeit nun sind Anfragen des MDK an Psychotherapeutinnen bekannt geworden, die sicher nicht mit den gesetzlichen Regelungen im Einklang stehen. Wir möchten an dieser Stelle auf diese Ungereimtheiten hinweisen.

Einer Anforderung an die Psychotherapeutin fehlt jeglicher Hinweis auf den eigentlichen Prüfauftrag, sprich die Fragestellung, die der MDK im Rahmen seiner Begutachtung zu bewerten hat.

Als besonders brisant einzuschätzen ist die Aufforderung, sämtliche Berichte des Gutachterverfahrens im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie zu übermitteln. Es fällt einem beim besten Willen keine zu prüfende Fragestellung ein, die anhand dieser Berichte vom MDK zu beantworten sein soll. Wozu sollte der MDK umfassenden Einblick in soziodemographische Daten, die Lebensgeschichte der Patientin sowie von deren Bezugspersonen, zum funktionellen Bedingungsmodell bzw. zur Psychodynamik sowie zu geplanten Behandlungstechniken und -methoden benötigen? Gelegentlich lautet die Anfrage auch, einfach alle vorhandenen Befunde und Berichte zu übersenden. Diese Formulierung kommt einer Aufforderung gleich, alles „rüberzuschicken“ und deckt sich in keiner Weise mit gesetzlichen Regelungen (vgl. auch Bundesdatenschutzgesetz § 3a a.F. und § 71n.F. – Datenvermeidung & Datensparsamkeit; Art. 5 Datenschutz-Grundverordnung – Datenminimierung). Eine gesetzliche Grundlage (der § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V) wird dabei zwar zitiert, jedoch wird oft der letzte, entscheidende Halbsatz unterschlagen. Vollständig lautet der Satz:

„Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten erheben und speichern sowie einem anderen Medizinischen Dienst übermitteln, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 erforderlich ist“ (§ 276 Abs. 2 SGB V; Hervorhebung: d. Verf.).

Re-Anonymisierung von Daten – hochbedenklich!

Aber eine weitere, vielleicht viel bedenklichere Problematik schließt sich der Aufforderung nach Übermittlung der Berichte aus dem Gutachterverfahren der Psychotherapie-Richtlinie an. Diese Berichte sind anonymisiert. Und in der Regel ist die Patientin hierüber im Rahmen der Aufklärung über ihre Behandlung und die Beantragung dieser gegenüber ihrer Krankenkasse informiert worden. Der Umstand der Anonymisierung ihrer sehr persönlichen Daten (und ggf. auch diejenigen ihrer Bezugspersonen) ist für die Patientin meist sehr wichtig. Würde dem Ansinnen

des MDK nun gefolgt und die Berichte übermittelt werden, würde eine Re-Anonymisierung dieser persönlichen Daten stattfinden. Denn davon ist doch auszugehen: Die Sachbearbeiterin beim MDK würde, um die sichere Zuordnung zu gewährleisten, unverzüglich den Namen der Versicherten auf den Bericht setzen. Aus Sicht der Patientin würde ihre Psychotherapeutin ein ihr gegebenes Versprechen gebrochen haben. Die Basis für eine weiterhin vertrauensvolle Zusammenarbeit, die Grundlage für die Psychotherapie überhaupt, könnte dahin sein. Aus juristischer Sicht stellt sich die Frage nach der Verhältnismäßigkeit. War das für den Prüfauftrag des MDK tatsächlich notwendig? Und steht dieser Vorgang noch im Einklang mit den Zielen und Regelungen des Datenschutzes? Sicherlich nicht.

Fazit:

Von daher können wir nur dringend raten, an Anfragen Dritter – in diesem Fall des MDK nach Sozialdaten Ihrer Patien-

tinnen – mit Vorsicht und Bedacht heranzugehen. Dabei sind folgende Punkte zu prüfen und zu beachten:

- Der Prüfauftrag, die an den MDK herangetragene Fragestellung, muss benannt sein.
- Vom MDK dürfen nur Daten erhoben werden, soweit sie für die Prüfung und gutachterliche Stellungnahme erforderlich sind.
- Das Gebot der Datensparsamkeit und Datenvermeidung gilt auch dann, wenn grundsätzlich eine gesetzliche Regelung zur Erhebung und Übermittlung von Daten gegeben ist.
- Der Umfang der von Ihnen weitergegebenen Informationen hat sich streng daran zu orientieren, was zur Klärung der Fragestellung notwendig ist.

Heiko Borchers
Vorstandsmitglied

Gedenken

Wir gedenken unserer
verstorbenen Kollegen:

Peter Lembrecht, Husum
geb. 09.07.1949
verst. 15.12.2018

Regina Martha Luise Eich, Lübeck
geb. 19.12.1952
verst. 01.03.2019

Elisabeth Badenius, Lübeck
geb. 29.10.1961
verst. 05.04.2019

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/661199-0
Fax: 0431/661199-5
Mo.–Fr.: 09.00–12.00 Uhr
zusätzlich Do.: 13.00–16.00 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Judith Arnscheid (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), PD Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), PD Dr. Regina Steil (Hessen), Dr. Heike Winter (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Susanne Münnich-Hessel (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Matthias Schmid M. A.,
Redakteur (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.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

18. Jahrgang, Ausgabe 2/2019

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

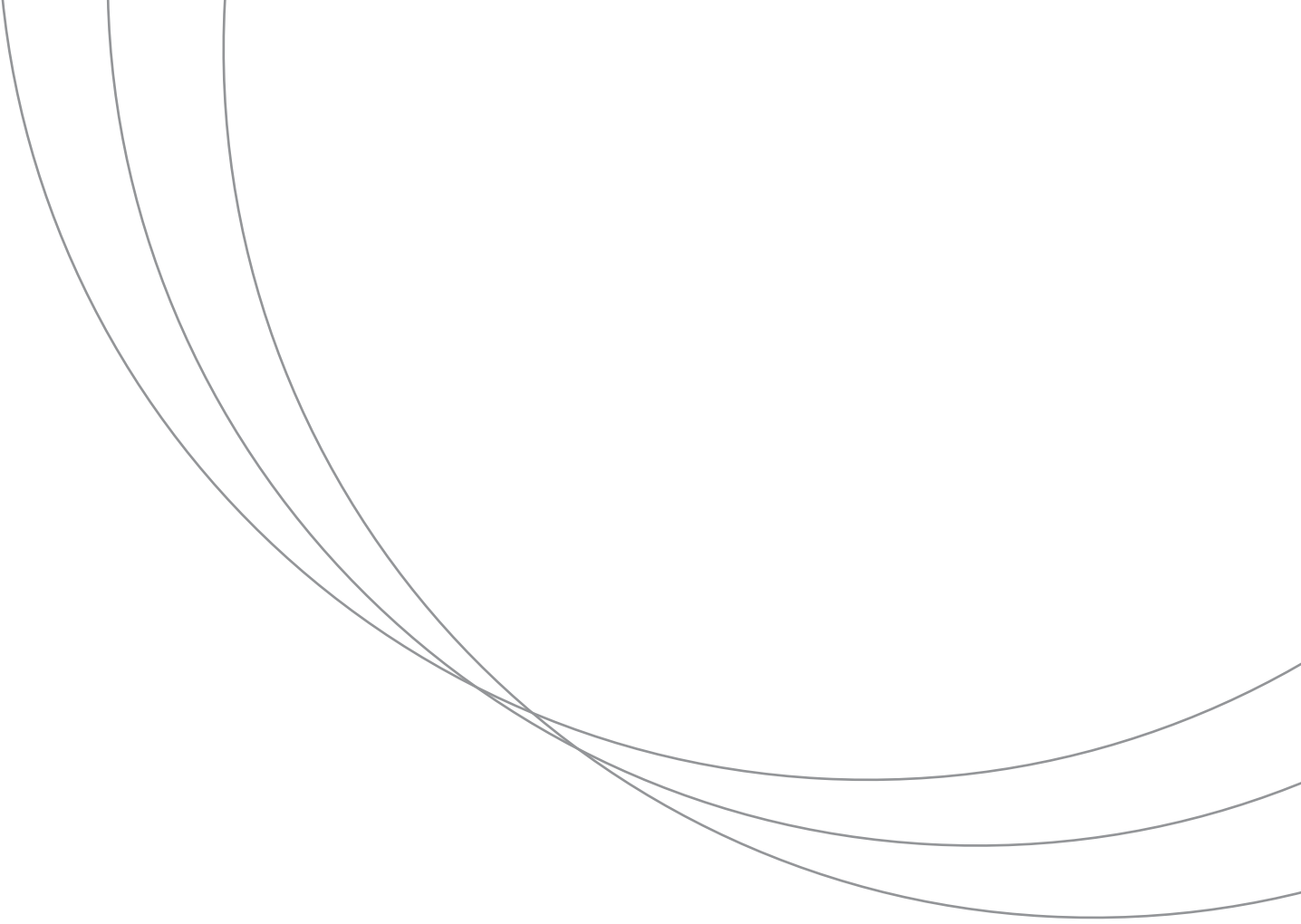
Manuskripte

Redaktionsschluss ist für Ausgabe 3/2019 der 19. Juni 2019 und für Ausgabe 4/2019 der 16. September 2019. Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Manuskripte sind elektronisch, am besten im Word-Format, an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in separaten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte 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 umfassen (jeweils inkl. Leerzeichen). Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2016, Göttingen: Hogrefe), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Wörtern und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Autorinnen und 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.





www.psychotherapeutenjournal.de

