

Psychotherapeuten journal

- Kulturelle Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie
- Psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen
- Konfliktorientierte Arbeit in der psychodynamischen Psychotherapie
- Patientenmündigkeit – Betrachtungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht
- Verhaltenssuchte: Diagnostik, Versorgungssituation, Neurobiologie und Therapieimplikationen
- Psychische Erkrankungen Studierender

www.psychotherapeutenjournal.de

Three thin, grey, curved lines that start from the left edge and curve downwards and to the right, resembling the top half of a rainbow. The top line is the highest, the middle line is in the middle, and the bottom line is the lowest. They all converge towards the right side of the page.

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

2017 steht unter dem Zeichen der Veränderung: Die neue Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) tritt zum 1. April in Kraft. Die Neuregelungen sind das Ergebnis langwieriger, schwieriger Verhandlungen zwischen den Akteuren im Gesundheitssystem, die den politischen Auftrag hatten, die Wartezeiten in der Psychotherapie zu reduzieren und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot zu ermöglichen. Kammern und Verbände informieren seit dem letzten Jahr über die Neuerungen. Die Bundespsychotherapeutenkammer berichtet dazu in diesem Heft sowie im BPTK-Praxis-Info auf ihrer Homepage. Dort sind alle Neuerungen ausführlich dargestellt und bewertet. Die für die Praxis relevanten Konkretisierungen, die neuen Leistungsziffern und ihre Bewertung kommen jedoch nicht vor Ende März, wenn die neu gefasste Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) sowie die Beschlüsse zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) veröffentlicht werden.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde als ein Kernstück der neuen Richtlinie sichert einen schnellen, niederschweligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit kassenrechtlicher Zulassung sind gefordert, sich in ihrem Praxisalltag umzustellen – und dies stößt in der Kollegenschaft durchaus auch auf Kritik. Dennoch: Wir tun gut daran, uns auf unsere diagnostische und beraterische Kompetenz zu besinnen und damit auf ein Leistungsangebot einzustellen, mit dem für Patientinnen und Patienten eine erste Abklärung, ob Psychotherapie oder etwas anderes erforderlich ist, schneller als bisher erfolgen kann. Allerdings stoßen wir im

Weiteren auf das altbekannte Problem fehlender Behandlungskapazitäten, das sich regional unterschiedlich durchaus noch verschärfen kann. Denn das ebenfalls neue Leistungsangebot der Akutbehandlung wird – wie auch die Sprechstunde – kaum zusätzlich erbracht werden können, sondern zu Lasten anderer Leistungen (Probatorik und genehmigungspflichtige Psychotherapie) gehen. Zu Recht wird daher von allen Seiten eine grundsätzliche Reform der Bedarfsplanung gefordert und angemahnt, und zwar derart, dass rechnerisch die Orientierung an der tatsächlichen Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zugrunde gelegt wird!

Eine Veränderung ganz anderer Art wird aktuell in den Kammern diskutiert. Spätestens durch das BPTK-Symposium „Frauen in die Berufspolitik“ im September vergangenen Jahres ist das Bewusstsein für die Geschlechterverteilung in unserem Beruf geschärft. Nach aktuellen Zahlen steigt der Frauenanteil in unserem Beruf stetig an; bei den unter 35-jährigen Kammermitgliedern sind es 90 Prozent. In den Gremien der Selbstverwaltung bildet sich das allerdings nicht ab. Deshalb ist die neue Bund-Länder-AG zur Frauenförderung mit der Frage befasst, welche Maßnahmen und Strategien hilfreich sein können, gerade jungen Kolleginnen den Weg in die Berufspolitik zu ebnet.

„Gender Mainstreaming“ – die Gleichstellung von Frauen und Männern als durchgängiges Leitprinzip – sollte für uns eigentlich selbstverständlich sein. Ein Aspekt ist dabei auch der geschlechtersensible Umgang mit Sprache, der sich realisiert in einer zielgerichteten Auswahl zwischen männlichen und weiblichen Endungen, Paarbegriffen und neutralen Formulierungen (vgl. Checkliste Gender Mainstreaming des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen



und Jugend¹). Die bisherige PTJ-Praxis der redaktionellen Bearbeitung mittels „Fußnotenlösung“ – aufgrund besserer Lesbarkeit durchgehend nur männliche Schreibweise und ein entsprechender Hinweis in der Fußnote, dass Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind –, überzeugt uns nicht mehr und findet auch bei den Autorinnen und Autoren immer weniger Zustimmung. So sind wir gefordert und aktuell damit beschäftigt, praktikable Formen einer sprachlichen Differenzierung im PTJ zu erörtern und baldmöglichst in die Anwendung zu bringen.

In dem vorliegenden Heft finden Sie wie üblich eine Reihe von Fachartikeln. Besonders ans Herz legen möchte ich Ihnen die Studie aus der Forschergruppe Klinische Kulturpsychologie der Universität Zürich zur Kulturellen Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie, knüpft sie doch an vorausgegangene Veröffentlichungen zur Transkulturellen Psychotherapie und zu den Besonderheiten in der Versorgung von Geflüchteten und Migrantinnen und Migranten an.

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

¹ www.bmfsfj.de, Suchstichworte „Gender Mainstreaming Presse“

Inhalt

Originalia

4

Eva Heim & Andreas Maercker

Kulturelle Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie

Kultur prägt die Art und Weise, wie Menschen Krankheitssymptome interpretieren und welche Bedeutung sie ihnen zuschreiben. Kulturelles Wissen über die Bedeutung von Symptomen führt zu spezifischen Reaktionen, das heißt Aufmerksamkeitslenkung, Bewältigungsversuche sowie Annahmen über deren Verlauf. Die klinische Kulturpsychologie beschreibt solche Prozesse, um daraus kulturübergreifende Modelle und Implikationen für die Praxis abzuleiten.

11

Christina Heil

Psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen

Dieser Artikel soll schulenübergreifend Ansatzpunkte vermitteln, wie Psychotherapeutinnen und -therapeuten Berührungspunkte gegenüber körper- und sinnesbehinderten Menschen identifizieren und abbauen können, wie sie den Umgang mit dieser Patientengruppe gestalten können und welche Themen bei Menschen mit verschiedenen Arten von Behinderungen therapie relevant sein können.

19

Ruth Waldeck

Knoten im Kopf. Konfliktorientierte Arbeit in der psychodynamischen Psychotherapie

Wenn Eltern Kinder für eigene Bedürfnisse funktionalisieren, bringt Kinder das in besondere Konflikte. Welche Verstärkung intrusiver Mechanismen bewirken und wie Kinder die damit verbundenen Konflikte zu bewältigen versuchen, wird anschaulich gemacht, um die Reaktivierung dieser Konflikte in der Psychotherapie klarer erkennen und begreifen zu können.

27

Sylvia Säger

Der mündige Patient? Betrachtungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht

Der Beitrag beschreibt, warum Patientinnen und Patienten mündig sein sollten, was zur Patientenmündigkeit gehört, wie diese durch Empowerment erreicht werden kann und warum es bisher *den* mündigen Patienten und *die* mündige Patientin noch nicht gibt. Es werden neben Quellen evidenzbasierter Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen auch Initiativen, Verfahren und Instrumente vorgestellt, die die Patientenmündigkeit fördern sollen.

36

Nina Romanczuk-Seifert

Verhaltenssuchte. Diagnostik, Versorgungssituation, Neurobiologie und Therapieimplikationen

Der Artikel gibt einen Überblick zum Phänomen der Verhaltenssuchte am Beispiel des pathologischen Glücksspiels und der exzessiven Internetnutzung, erläutert die Diagnostik und Klassifikation und geht auf die aktuelle Versorgungssituation und typische Schwierigkeiten bei der Anbindung von Betroffenen ans Hilfesystem ein. Zudem werden lerntheoretische und neurobiologische Grundlagen eingeführt und daraus resultierende Psychotherapieansätze erläutert.

43

Caroline Lutz-Kopp, Ursula Luka-Krausgrill & Bernhard Einig

Psychische Störungen Studierender: Beispiel einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle

Die Psychotherapeutische Beratungsstelle der Johannes Gutenberg-Universität

Buchrezensionen

Mainz ist für viele ratsuchende Studierende eine erste Anlaufstelle. Zwischen 46 und 61 Prozent der Ratsuchenden leiden an einer psychischen Störung, die zum Teil in Kurzzeit-Psychotherapien behandelt werden. Die dargestellten Ergebnisse zeigen sowohl die Wirksamkeit der Beratung als auch der Kurzzeit-Psychotherapie.

51 Zurück zu Freuds Texten – hin zu Freuds Texten?

Eine Rezension von Ellen Reinke: Tögel, C. (Hrsg.) (2015 ff.) Sigmund Freud Gesamtausgabe. In 23 Bänden.

52 Lohnenswerte Lektüre eines überarbeiteten Standardwerkes

Eine Rezension von Nicla Nimführ: Fiedler, P. & Herpertz, S. (2016). Persönlichkeitsstörungen (7., vollst. überarb. Aufl.).

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

53 Bundespsychotherapeutenkammer
mit: Informationen zur neuen
Psychotherapie-Richtlinie

58 Baden-Württemberg

62 Bayern

67 Berlin

71 Bremen

75 Hamburg

79 Hessen

85 Niedersachsen

88 Nordrhein-Westfalen

92 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

95 Rheinland-Pfalz

99 Saarland

101 Schleswig-Holstein

1 Editorial

105 Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

106 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A22 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

- Der Teilaufgabe Baden-Württemberg sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:
Amtliche Bekanntmachungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Kulturelle Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie

Eva Heim & Andreas Maercker

Zusammenfassung: Die stetig wachsende kulturelle Diversität und die weltweite Versorgungslücke im Bereich psychischer Gesundheit haben zu einem „Globalisierungs“-Anspruch an die Psychotherapie geführt, weshalb die kulturelle Anpassung von evidenzbasierten Diagnose- und Interventionsverfahren zunehmend an Bedeutung gewinnt. Dieser Beitrag stellt aktuelle Forschungsergebnisse aus dem Bereich der klinischen Kulturpsychologie vor. Anhand von zwei Beispielen – *ataque de nervios* (Lateinamerika) und *khyâl* (Kambodscha) – wird dargestellt, wie sich psychische Störungen in verschiedenen Kulturen präsentieren und wie solche kulturspezifischen Syndrome diagnostisch erfasst werden können. Des Weiteren wird erläutert, welche subjektiven und wissenschaftlichen Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen in verschiedenen Kulturen bestehen. Und schließlich werden Methoden zur kulturellen Anpassung von therapeutischen Verfahren beschrieben. Implikationen für die Praxis werden zu allen Bereichen vorgeschlagen.

Diagnostische Verfahren und psychotherapeutische Interventionen kommen zunehmend häufig im interkulturellen Bereich zur Anwendung, entweder mit der Geflüchteten- und Migrationsbevölkerung in Europa oder – z. B. durch internationale Organisationen – direkt in Entwicklungsländern. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im letzten Jahrzehnt zuverlässige Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen und zur Verfügbarkeit von psychotherapeutischen Angeboten vorgelegt. Dabei zeigt sich, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen weltweit hoch und die Versorgung vor allem in Ländern mittleren und niedrigen Einkommens sehr limitiert ist (Kessler et al., 2007; Saxena, Thornicroft, Knapp, & Whiteford, 2007). In Ländern hohen Einkommens zeigt sich zudem eine Unterversorgung der Migrationsbevölkerung (Schouler-Ocak, Aichberger, Penka, Kluge, & Heinz, 2015). Die „Global Mental Health“-Bewegung setzt sich weltweit für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein (Patel & Prince, 2010).

Aus Sicht der klinischen Kulturpsychologie (engl. *cultural clinical psychology*; Ryder & Chentsova-Dutton, 2015) stellt diese „Globalisierung“ von Diagnose- und Interventionsverfahren neue Anforderungen an die Forschung und Praxis. Dies bedeutet, dass gängige Konzepte hinterfragt und gegebenenfalls an neue empirische Evidenz angepasst werden müssen. Die große Herausforderung besteht darin, einerseits der kulturellen Vielfalt und Einzigartigkeit ethnischer Gruppen gerecht zu werden und andererseits Konzepte und Theorien zu formulieren, welche nicht nur für eine bestimmte Gruppe gelten, sondern kulturübergreifende Gültigkeit haben. Dieses Spannungsfeld zwischen dem kulturspezifischen und dem kulturübergreifenden Blickwinkel wird in diesem Beitrag anhand verschiedener Beispiele verdeutlicht.

Aktuelle Evidenz aus der klinischen Kulturpsychologie umfasst

- **Phänomenologie und Diagnostik**, d. h. die Beschreibung von Symptomen und Störungsbildern sowie die Entwicklung kultursensitiver diagnostischer Verfahren,
- **Ätiologie**, d. h. kulturell angepasste Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen sowie
- **Intervention**, d. h. die kulturelle Anpassung psychotherapeutischer Interventionsverfahren.

Dieser Beitrag vermittelt eine Übersicht über aktuelle wissenschaftliche Beiträge aus diesen drei Bereichen und präsentiert Studien aus der Forschungsgruppe klinische Kulturpsychologie an der Universität Zürich. Zudem werden mögliche Implikationen für die Praxis vorgeschlagen.

Psychische Störungen im interkulturellen Kontext

Störungs-„Bilder“: Wie sich psychische Störungen darstellen

Die Phänomenologie psychischer Störungen befasst sich damit, wie subjektiv wahrgenommene Symptome einer Patientin oder eines Patienten¹ beschrieben werden können.

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

Die gelebte Erfahrung eines Patienten ist für außenstehende Personen nicht direkt zugänglich, sondern wird mithilfe von Sprache und Bildern ausgedrückt. Solche sprachlichen Ausdrücke und Metaphern sind kulturgebunden, wie anhand zweier Beispiele illustriert werden soll. Diese Beispiele werden im Verlauf des Beitrags verwendet, um sowohl Erklärungsmodelle als auch mögliche Handlungsimplicationen zu veranschaulichen. Die beiden Beispiele – *ataque de nervios* (Südamerika) und *khyâl* (Kambodscha) – wurden in der Literatur zu klinischer Kulturpsychologie bereits mehrfach ausführlich diskutiert (vgl. Kirmayer, Lemelson & Cummings, 2015) und sollen deshalb hier nur kurz dargestellt werden.

In großen Teilen Südamerikas wird mit dem Begriff *ataque de nervios* ein sehr intensiver emotionaler Zustand beschrieben, in welchem die betroffenen Personen die Kontrolle über ihre Handlungen teilweise oder gänzlich verlieren (Guarnaccia, Lewis-Fernández & Marano, 2003). Symptome werden auf vier Ebenen beschrieben: ausgeprägte negative Emotionen, starke Körperempfindungen (z. B. Zittern oder Schmerzen in der Brust), unkontrolliertes Verhalten (z. B. Aggressivität oder Suizidalität) sowie Veränderungen im Bewusstseinszustand (z. B. Bewusstlosigkeit oder spätere Amnesie für den Vorfall). Oft beschreiben Betroffene nach einem solchen Zustand, sie seien „nicht sie selbst“ gewesen. Obwohl eine gewisse Übereinstimmung der Symptomatik mit Panikattacken und dissoziativen Störungen augenscheinlich ist, fand sich dennoch keine Eins-zu-eins-Überschneidung dieser Störungsbilder mit *ataque de nervios*, denn 67% der Personen mit *ataque de nervios* erfüllen die Kriterien für eine Panikstörung nicht (Lewis-Fernández & Aggarwal, 2015). Die kulturellen Faktoren, welche zur Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Symptomatik beitragen, werden weiter unten noch beschrieben.

Das Phänomen *khyâl* stammt aus der Forschung mit kambodschanischen Geflüchteten in den USA (Hinton & Simon, 2015). In asiatischen und südasiatischen Kulturen werden somatische Symptome oft einer Dysregulation von Wind im Körper zugeschrieben. *Khyâl* ist ebenfalls eine windähnliche Substanz, welche in den Gefäßen des Körpers zirkuliert wie Blut. Im gesunden Zustand fließt die Substanz durch den Körper und verlässt ihn durch die Haut, durch Aufstoßen oder durch den gastrointestinalen Trakt. Wird dieser normale Fluss gestört, fließt *khyâl* zusammen mit dem Blut in Richtung Kopf, was in der lokalen Umgangssprache als „*khyâl* werden“ beschrieben wird (Hinton, Pich, Marques, Nickerson & Pollack, 2010). Verschiedene Symptome und körperliche Beschwerden werden durch eine solche „*khyâl* attack“ ausgelöst, wie z. B. Schwindel, Tinnitus, unscharfe Sicht, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Nackenschmerzen. Auch zu diesem Beispiel wird weiter unten die kulturelle Bedeutung dieser Symptome beschrieben.

Prinzipiell stellt sich die Frage, ob in Anbetracht dieser sehr kulturspezifischen Phänomene überhaupt kulturübergreifende Diagnosekriterien für psychische Störungen festgelegt werden können. Kleinman (1977) hat bereits vor vierzig Jahren

— Die „Globalisierung“ von Diagnose- und Interventionsverfahren stellt neue Anforderungen an Forschung und Praxis – gängige Konzepte müssen hinterfragt und gegebenenfalls an neue empirische Evidenz angepasst werden.

auf den Trugschluss der euro-amerikanischen Diagnosekategorien hingewiesen. Aus seiner Sicht liegt der Trugschluss darin, dass eine psychiatrische Diagnose zwar aufgrund der Definitionskriterien scheinbar vorliegen kann, der spezifische Kern eines kulturspezifischen Syndroms damit aber gar nicht erfasst wird.

Kulturell übertragbare Diagnosekriterien: Ein Trugschluss?

Im klinischen Alltag wird die Diagnostik mithilfe von standardisierten Verfahren durchgeführt. Sowohl das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* (DSM-5; Falkai & Wittchen, 2015) als auch die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10; WHO, 1992) ordnen bestimmte Symptome zu definierten Diagnosekategorien zu. Adeponle, Thombs, Groleau, Jarvis und Kirmayer (2012) haben die Diagnosen von mehr als dreihundert Patienten aus unterschiedlichen Kulturen überprüft. Von den siebzig Patienten mit einer diagnostizierten psychotischen Erkrankung wurden fast fünfzig Prozent neu diagnostiziert, wobei Major Depression, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Anpassungsstörung und Bipolare Störung die häufigsten neuen Diagnosen waren. Der Grund für die „Fehldiagnosen“ lag laut den Autoren darin, dass die spezifischen kultur- bzw. religionsgebundenen Wahrnehmungen der Patienten als Wahn missverstanden worden waren.

In den neuen Ausgaben von DSM und ICD wurde intensiv daran gearbeitet, kulturell gültige Konzepte in der Diagnostik psychischer Störungen zu erarbeiten. Bereits im DSM-IV war ein Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren sowie ein Glossar kulturabhängiger Syndrome (u. a. *ataque de nervios* und *khyâl*) eingeführt worden. Allerdings hat sich dieser Leitfaden als zu aufwendig für die klinische Praxis herausgestellt. Aus diesem Grund wurde für die Revision des DSM-5 ein neues *Cultural Formulation Interview* eingeführt, welches weiter unten beschrieben wird. Für die Revision der ICD wurde kein übergeordnetes Modul für die Erfassung kulturell relevanter Syndrome eingeführt. Trotzdem wurde der Frage nach der kulturübergreifenden Relevanz der Diagnosekriterien Beachtung geschenkt. In den einzelnen Arbeitsgrup-

pen zur Revision der ICD wurde besonders darauf geachtet, dass Störungsbilder in der ICD-11 nicht nur in westlichen Ländern Gültigkeit haben. So weisen z. B. Maercker und Kollegen (2013) explizit darauf hin, dass das Zeitkriterium zur Vergabe der Diagnose einer *anhaltenden Trauerstörung* in Abhängigkeit von der kulturellen Norm zu beurteilen sei.

Während in diesem Abschnitt die Frage nach den Diagnosekriterien beleuchtet wurde, fasst der nächste Abschnitt verschiedene Methoden der klinischen Diagnostik zusammen. Selbstverständlich greifen diese beiden Fragestellungen ineinander über: *Wie* Symptome erhoben werden führt letztlich dazu, *welche* Symptome erfasst werden. Ohne kulturelle Anpassung dieser Methoden können sowohl individuelle Diagnosen als auch Prävalenzraten auf Bevölkerungsebene auf Messfehlern beruhen, was wiederum Konsequenzen für die Praxis mit sich bringt.

Klinische Diagnostik

Die WHO hat das standardisierte *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI, Kessler & Üstun, 2004) entwickelt und im Rahmen des *World Mental Health Survey* in 28 Ländern eingesetzt (Kessler et al., 2007). Das primäre Ziel dieser Studie lag darin, weltweit vergleichbare Prävalenzraten zu erheben. Die Erfassung von kulturspezifischen Symptomen und Erklärungsmodellen wurde dabei nicht berücksichtigt. Aufgrund der frühen Kritik von Kleinman (1977) an solchen kulturübergreifenden Studien hat Weiss (1997) den *Explanatory Model Interview Catalogue* (EMIC) entwickelt, mithilfe

Der Prozess der Wahrnehmung und Interpretation von Symptomen wird gesteuert durch kognitive Modelle und soziale Interaktionen, welche kulturell geprägt sind.

dessen kulturspezifische Symptome und Erklärungsmodelle erfasst werden. Weiss, Raguram und Channabasavanna (1995) fanden in Indien eine limitierte Übereinstimmung zwischen DSM-III-Diagnosen und den Diagnosen, welche mithilfe des EMIC gestellt wurden. Auch der EMIC hat sich jedoch als sehr lang und ausführlich erwiesen, was dessen Verwendbarkeit in der Praxis erheblich einschränkt. Aus diesem Grund wurden verschiedene kürzere Instrumente entwickelt. Diesen Interviews ist gemeinsam, dass sie sowohl die subjektiven Symptome des Patienten als auch Annahmen zu Ursachen, zum zeitlichen Verlauf der Störung sowie Heilungsmöglichkeiten erfragen:

- *Short Explanatory Model Interview* (SEMI; Lloyd et al., 1998),
- *Barts Explanatory Model Inventory* (BEMI; Rüdell, Bhui & Priebe, 2009),

- *McGill Illness Narrative Interview* (MINI; Groleau, Young & Kirmayer, 2006) oder
- *Cultural Formulation Interview* in DSM-5 (abgedruckt in: Falkai & Wittchen, 2015).

In der klinischen Praxis mit Patienten aus diversen kulturellen Kontexten ist es aufgrund der aktuellen Datenlage empfehlenswert, solche Interviews oder Teile daraus durchzuführen. Informationen über die eigene Symptomwahrnehmung des Patienten, seine subjektiven Erklärungsmodelle für sein Leiden sowie seine Annahmen über den Verlauf der Störung bzw. deren Behandlung sind aus verschiedenen Gründen therapierelevant. Durch das Erfragen dieser Inhalte fühlt sich der Patient verstanden, was die Therapiebeziehung stärkt. Auch kann damit ein gemeinsames Erklärungsmodell für die Störung erstellt werden, was sowohl die Wahrscheinlichkeit der Adhärenz als auch die positive Erwartung an den Therapieerfolg stärkt. Diese Faktoren erhöhen insgesamt die Wahrscheinlichkeit eines positiven Verlaufs in der Psychotherapie.

Ätiologie psychischer Störungen: Erklärungsmodelle im kulturellen Kontext

Kulturspezifische Erklärungsmodelle am Beispiel von *ataque de nervios* und *khyâl*

Kultur prägt die Art und Weise, wie Patienten ihre Symptome interpretieren und welche Bedeutung sie ihnen zuschreiben (Kirmayer & Bhugra, 2009). Genauer gesagt, der Prozess der Wahrnehmung und Interpretation von Symptomen (d. h. Körperempfindungen und Emotionen) wird gesteuert durch kognitive Modelle und soziale Interaktionen, welche kul-

turell geprägt sind. Kulturelles Wissen über Gesundheit und Krankheit ist im Gedächtnis gespeichert über Assoziationen (z. B. verstopfte Nase bedeutet Erkältung), Prototypen (d. h. Geschichten anderer Personen, die etwas ähnliches erlebt haben), aber auch implizite Regeln und Praktiken, die nicht unbedingt bewusst zugänglich sind (Kirmayer & Sartorius, 2007). Auch die Reaktion von Außenstehenden prägt die Bedeutung, welche bestimmten Symptomen zugemessen wird. Diese kulturell geprägten Einflussfaktoren führen zu einer Bewertung der Symptome, was sich wiederum auf diese Symptome auswirkt, im Sinne einer Feedback-Schleife (Kirmayer & Sartorius, 2007): Werden Symptome als bedrohlich eingeschätzt, führt dies zu einer Veränderung des Aufmerksamkeitsfokus sowie zu physiologischen Reaktionen, d. h. unter Umständen zu einer Verstärkung der Symptome. Solche Feedback-Schleifen sind in der klinischen Psychologie und Psychotherapie längst bekannt, z. B. in kognitiven Modellen der Panikstörung. Aus der Perspektive der klinischen Kul-

turpsychologie ist nun relevant, *welche* Symptome selektiv wahrgenommen und *wie* diese Symptome kognitiv interpretiert werden (Ryder & Chentsova-Dutton, 2015). Daraus wird ersichtlich, welche Annahmen über die Funktion des Körpers, über Gesundheit allgemein und über das Entstehen (psychischer) Erkrankungen kulturell vorhanden sind und weitergegeben werden. An den beiden Beispielen *ataque de nervios* und *khyâl* lässt sich dies veranschaulichen.

Eine *ataque de nervios* wird durch überwältigende belastende Situationen in Zusammenhang mit nahen Beziehungen ausgelöst, zum Beispiel Tod eines Angehörigen oder Streit in der Familie (Lewis-Fernández & Aggarwal, 2015). Allerdings können solche Attacken auch ohne scheinbare äußere Auslöser vorkommen, z. B. wenn sich schwierige Emotionen über die Zeit kumulieren. Aussagen von Betroffenen in beiden Fällen beinhalten den inneren Kampf gegen die überwältigenden Emotionen. Damit wird der längere Prozess des „Durchhaltens“ betont. Die eigentliche *ataque de nervios* erfolgt dann, wenn die Betroffenen die starken Emotionen nach eigenen Angaben „nicht mehr aushalten“. Lewis-Fernández und Aggarwal (2015) erklären die kulturelle Bedeutung von „Kontrolle behalten“ (Spanisch: *controlado/a*) in Puerto Rico. Dort gilt es als wichtige Tugend, auch angesichts sehr schwieriger Situationen ruhig zu bleiben. Intensive Emotionalität, in unangemessener Weise ausgedrückt, wird als gefährlich oder schädlich erlebt. Die soziale Erwünschtheit von emotionalen Reaktionen wird laufend überprüft. Historisch erklären die Autoren diese kulturellen Regeln wie folgt: In karibischen Gesellschaften hätten die Menschen auf die enorme strukturelle Gewalt in der Geschichte, welche durch Sklaverei, Diktaturen, Genozide und Rassendiskriminierung geprägt sei, stets auf nicht konfrontative Weise reagiert: „*Rather than adopting a ‚do-or-die attitude‘ that would likely generate civil war and social disintegration, Caribbean societies have privileged instead a ‚sinuous‘, ‚fluid‘, ‚rhythmic‘ response that opposes an image of dance to that of war*“ [„Anstelle einer Grundeinstellung von ‚hart-auf-hart‘, welche Bürgerkrieg und soziale Desintegration verursacht hätte, haben karibische Gesellschaften eine ‚sinusoide‘, ‚flüssige‘, ‚rhythmische‘ Reaktion gewählt, eine Reaktion, welche dem Krieg den Tanz entgegenstellt.“] (Lewis-Fernández & Aggarwal, 2015, Seite 450).

Der Verlust von Kontrolle über starke Emotionen wird deshalb in der Gesellschaft als bedrohlich erlebt, weil das fragile Gleichgewicht gestört werden könnte. Die Autoren erklären das Fremderleben einer *ataque de nervios*, welches ausgedrückt wird durch „nicht sich selbst sein“ während eines solchen Anfalls, als Möglichkeit für die Menschen, starke Emotionen auszuleben, ohne gesellschaftlich das Gesicht zu verlieren oder sanktioniert zu werden. Eine überraschend hohe Zahl von Betroffenen erfüllt die Kriterien für eine disso-

ziative Störung, da sie während einer *ataque de nervios* nicht ansprechbar sind und/oder sich später nicht daran erinnern.

Für die „*khyâl attack*“ nennen Hinton und Simon (2015) eine Vielzahl von Körpersymptomen, u. a. Schwindel, Kopf- oder Nackenschmerzen. Die Autoren beschreiben das Fallbeispiel von Chan, einem kambodschanischen Geflüchteten. Unter dem Regime von Pol Pot wurde Chan wie Tausende andere Arbeiter gezwungen, mehr als zwölf Stunden am Tag unter gleißender Sonne beim Bau von Dämmen mitzuarbeiten. Zwei Mal am Tag erhielten die Arbeiter wässrige Suppe mit wenig Reis. Aufgrund der harten Arbeit und der Mangelernährung waren die meisten Arbeiter stark geschwächt. Chan litt außerdem wie viele andere Arbeiter unter Malaria, was mit Schwindelattacken und Bewusstlosigkeit einherging. Chan war auch dadurch schwer traumatisiert, dass er die Exekution seiner zwei Brüder und eines Nachbarn aus nächster Nähe miterlebt hatte. Während einer *khyâl attack* erlitt Chan vor allem starken Schwindel, Nackenstarre und Herzrasen. Bei einer solchen Attacke befürchtete er, dass er mit *khyâl* überladen werden könnte und in der Folge das Herz aussetzen oder ihm die Arme und Beine absterben könnten. Eine *khyâl attack* war in seinem Fall meist auch verbunden mit Intrusionen, in welchen er die traumatischen Ereignisse aus seiner Vergangenheit wiedererlebte.

Hinton und Simon (2015) beschreiben anhand dieses Fallbeispiels, wie Körperempfindungen bei ganzen Gruppen von Personen zu Sinnbildern für kollektive traumatische Erlebnisse werden und somit posttraumatische Reaktionen auslösen können. Zum Beispiel erfolgte zur Zeit der Roten Khmer die Exekution von Tausenden von Menschen durch Schüsse in

— Das spezifische Wissen über den historischen Hintergrund und die Bedeutung von Symptomen kann für deren Behandlung von großer Bedeutung sein.

den Nacken, was viele der Flüchtenden hautnah miterleben mussten. Nackenschmerzen lösten deshalb nach Angaben der Autoren bei vielen Flüchtenden negativ besetzte Assoziationen aus, was wiederum zu Panikattacken führte. Das spezifische Wissen über den historischen Hintergrund und die Bedeutung dieser Symptome kann für deren Behandlung von großer Bedeutung sein. Am Beispiel von Chan stellen die Autoren dar, welche psychotherapeutischen Interventionen sie aus diesen ätiologischen Überlegungen ableiteten (siehe Abschnitt zur kulturellen Anpassung von Interventionen).

Die Beispiele zu *ataque de nervios* und *khyâl* zeigen, wie wichtig es sein kann, Symptome vor dem Hintergrund geschichtlicher, sozialer und kultureller Einflussfaktoren zu bewerten. Im klinischen Alltag mit der Migrations- und Geflüch-

tetenbevölkerung ist es deshalb empfehlenswert, gemeinsam mit Patienten kulturell adäquate Erklärungsmodelle für ihre Störungen zu entwickeln, indem die genaue Bedeutung von Symptomen erfragt und gemeinsam Strategien zur Bewältigung erarbeitet werden.

Die oben genannten diagnostischen Instrumente (z. B. SE-MI, BEMI oder MINI) eignen sich sehr gut, um solche Erklärungsmodelle (engl. *explanatory models*) zu erfassen. Diese Instrumente sind einfach zu handhaben. Zunächst wird der Patient gefragt, welche Symptome er wahrnimmt und wie er sich diese Symptome erklärt. Aus diesen subjektiven Erklärungsmodellen werden die impliziten (kulturell bedingten) Annahmen über Körper, Geist und deren Zusammenspiel ersichtlich. Besonders wichtig ist dabei die Sprache, d. h. die Verwendung von spezifischen Ausdrücken oder Metaphern. Diese sprachlichen Ausdrücke (engl. *idioms of distress*) sind sehr bedeutsam, da sie eine gemeinsame sprachliche Basis für die weitere Psychotherapie bilden. Außerdem kann erfragt werden, ob der Patient andere Personen kennt, welche ähnliche Symptome erlebt haben, und wie diese damit umgegangen sind. Daraus kann ein Psychotherapeut schließen, welche Annahmen der Patient über den Verlauf seiner Symptome hat. Außerdem werden mögliche katastrophalen Folgen, die er damit assoziiert (wie z. B. Chans Angst, dass Arme und Beine absterben könnten), aber auch Vorstellungen über mögliche Heilungsverläufe oder Behandlungen erfragt.

Selbstverständlich werden in der Psychotherapie auch mit Patienten gleicher Herkunft gemeinsame Erklärungsmodelle hergeleitet, welche für die weitere Psychotherapie bedeutsam sind. Dies erfordert vonseiten der Psychotherapeuten immer eine Anpassung ihres allgemeinen Fachwissens an die spezifische Situation des Patienten, z. B. hinsichtlich Bildung, Alter, Geschlecht oder Religion. Die Arbeit mit Patienten anderer kultureller Herkunft stellt in diesem Sinne lediglich eine zusätzliche, jedoch nicht grundlegend neue Herausforderung dar.

Kulturübergreifende Faktoren der Störungsentstehung

Die klinische Kulturpsychologie hat für verschiedene Kulturen prototypische Erklärungsmodelle erarbeitet, wie sie oben dargestellt wurden. Diese Modelle können in der praktischen Arbeit mit Patienten verwendet und individuell angepasst werden. Darüber hinaus geht es in der klinischen Kulturpsychologie jedoch auch darum, aus möglichst vielen kulturspezifischen Beispielen kulturübergreifende Modelle abzuleiten, welche das Wissen aus verschiedenen Erdteilen vereinen.

In großen kulturübergreifenden Studien wie der *World Mental Health Survey* zeigt sich, dass soziale Determinanten wie Armut, Bildung oder Geschlecht in Zusammenhang stehen mit psychischen Erkrankungen (Allen, Balfour, Bell & Marmot, 2014; Kessler & Bromet, 2013). Allerdings ist diese Evidenz nicht ausreichend, um kulturelle Unterschiede zu erklären,

denn soziale Unterschiede gestalten sich in verschiedenen Kulturen unterschiedlich, je nach historischem, politischem und wirtschaftlichem Kontext (Kirmayer, 2012). Aus diesem Grund sind kulturpsychologische Modelle notwendig, welche das Zusammenspiel zwischen kulturellen und individuellen Faktoren erklären.

Ein Beispiel für ein solches Erklärungsmodell ist das sozio-interpersonelle Modell der PTBS von Maercker und Horn (2013). Dieses Modell beschreibt drei Ebenen von Einflussfaktoren, welche die Entwicklung einer PTBS fördern oder hindern. Die erste Ebene beinhaltet die intrapsychischen kognitiven und Gedächtnismodelle, welche hier nicht weiter erläutert werden. Auf der zweiten Ebene sind die nahen Beziehungen angesiedelt, also insbesondere Familie und Partnerschaft. Und die dritte Ebene umfasst den kulturellen Kontext, welcher die gesellschaftlichen Normen und kulturellen Werte beinhaltet.

Die Arbeitsgruppe in Zürich konnte in verschiedenen Untersuchungen zeigen, dass zwei spezifische Komponenten der sozialen Unterstützung – die subjektiv empfundene soziale Anerkennung als Traumaopfer und das Offenlegen von traumatischen Erfahrungen – für die Entwicklung einer PTBS relevant waren (Müller, Mörgeli & Maercker, 2008). Zudem zeigte sich in einer interkulturellen Studie mit Gewaltopfern in China und Deutschland, dass die kulturelle Wertorientierung (Schwartz, 1994) mit beiden Aspekten der sozialen Unterstützung in Zusammenhang stand. In beiden Ländern waren traditionelle Werte (d. h. Konformität, Tradition, Benevolenz) mit geringerer (subjektiver) Anerkennung als Opfer assoziiert, was mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine PTBS einherging. Moderne Werte (d. h. Macht, Selbstbestimmung, Stimulation) waren hingegen nur in Deutschland (negativ) mit PTBS assoziiert, konnten also eher als Schutzfaktor angesehen werden.

Das sozio-interpersonelle Modell von Maercker und Horn (2013) ist ein Beispiel dafür, wie kulturübergreifende Modelle der Ätiologie psychischer Störungen aussehen können. Solche Modelle beinhalten idealerweise die bereits etablierten Konzepte der klinischen Psychologie auf der individuellen Ebene, welche sich in der westlichen Literatur und Psychotherapie als erfolgreich erwiesen haben. Eine Erweiterung solcher Modelle um die kulturelle Ebene ermöglicht ein holistisches Verständnis für die Prozesse, welche zur Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beitragen. Dieses Wissen dient letztlich dazu, bessere und präzisere Interventionen zu entwickeln.

Kulturelle Anpassung psychotherapeutischer Verfahren

Kulturelle Anpassung von psychiatrischen und psychotherapeutischen Interventionen erfordert ein hohes Maß an kultureller Kompetenz. Kirmayer (2012) beschreibt *drei Ebenen der kulturellen Kompetenz*:

1. Gesundheitssystem,
2. Personal,
3. Intervention.

Auf der Ebene des **Gesundheitssystems** braucht es das Bewusstsein über die Herausforderungen kultureller Diversität, politischen Willen sowie Leitlinien für Gleichstellung und Antirassismus. Auch braucht es spezialisierte Dienste, welche umfassendes Wissen und Erfahrung in der Arbeit mit ethnischen Minderheiten zur Verfügung stellen. Auf der Ebene des **Personals** beschreibt Kirmayer (2012) verschiedene Möglichkeiten der kulturellen Anpassung, entweder das ethnische Matching zwischen Patient und Psychotherapeut oder den Einsatz von kulturellen Übersetzern, welche nicht nur sprachliche Übersetzungsarbeit leisten, sondern vielmehr die gegenseitige interkulturelle Verständigung zwischen Patient und Psychotherapeut ermöglichen. Hierzu verweist er auf Trainingsmaterialien aus dem englischsprachigen Bereich, in den letzten Jahren ist aber auch zunehmend Literatur in Deutsch verfügbar (Liedl, Böttche, Abdallah-Steinkopff & Knaevelsrud, 2016). Die dritte Ebene der kulturellen Anpassung umfasst die **Intervention** an sich. In den folgenden Abschnitten wird dies einerseits für Sprechzimmer-Psychotherapien (*face to face*) und andererseits für Selbsthilfverfahren erläutert.

Sprechzimmer-Psychotherapien

Kulturelle Anpassung von psychotherapeutischen Verfahren ist dann erforderlich, wenn eine Intervention in einer ethnischen Gruppe eingesetzt werden soll, die sich sprachlich und kulturell von der Gruppe unterscheidet, für die das Verfahren entwickelt wurde. Hierzu haben Bernal und Sáez-Santiago (2006) einen Ansatz entwickelt, welcher mehrere Elemente umfasst (siehe unten). Die Forschungsliteratur zeigt, dass kulturell angepasste Interventionen wirksam sind (Chowdhary et al., 2014). Auch zeigte sich in einer Studie ein linearer Zusammenhang zwischen der Anzahl umgesetzter Anpassungselemente und der Wirksamkeit einer Intervention (Smith, Domenech Rodríguez & Bernal, 2011).

Folgende Elemente der kulturellen Anpassung wurden von Bernal und Sáez-Santiago (2006) vorgeschlagen: Die Intervention muss zunächst übersetzt werden, was nicht nur rein textbasiert zu verstehen ist, sondern auch Metaphern und kulturspezifische Ausdrücke mit einschließt. Die therapeutische Beziehung muss berücksichtigt werden, da in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Auffassungen darüber bestehen, wie eine Beziehung zwischen einem „Patienten“ und einem „Heiler“, „Arzt“ oder „Therapeuten“ aussieht. Des Weiteren müssen auch das Störungskonzept bzw. Erklärungsmodell angepasst werden, wie aus den oben beschriebenen Beispielen ersicht-

lich wird. Anpassungen von Inhalt, Zielen und Methoden der Intervention leiten sich aus dem Erklärungsmodell ab. Und schließlich muss der Kontext einer Intervention berücksichtigt werden. Dies umfasst nicht nur kulturelle, sondern auch administrativ-organisatorische Elemente, z. B. wenn Interventionen in Flüchtlingscamps, in abgelegenen ländlichen Gebieten oder in Städten mit schlechten Transportverbindungen durchgeführt werden.

Um die einzelnen Elemente dieses Modell auszuführen, kommen wir an dieser Stelle noch einmal auf das Beispiel von Chan, dem von Hinton und Simon (2015) beschriebenen kambodschanischen Geflüchteten zurück. Das gemeinsam erarbeitete Erklärungsmodell eignete sich hervorragend für eine psychotherapeutische Arbeit. Zum Beispiel wurde der Patient zu einer interozeptiven Exposition (d. h. Konfrontation mit gefürchteten Körperempfindungen) angeleitet. Anhand dieser praktischen Übungen konnte das Konzept des Teufelskreises der Angst erläutert werden und der Patient lernte Strategien zur Selbstberuhigung, z. B. durch Muskelrelaxation, Achtsamkeit und Atemübungen. Zudem wurde der Schwindel mit positiven Erinnerungen an ein traditionelles kambodschanisches Spiel assoziiert. Dieses Beispiel zeigt, dass die Psychotherapie im interkulturellen Kontext nicht neu erfunden werden muss. Viele bewährte Interventionen eignen sich für eine kulturell-sensitive Anwendung, wenn erst einmal ein gemeinsames Erklärungsmodell erarbeitet worden ist.

Selbsthilfverfahren

Selbsthilfverfahren wie Bibliothherapie und internetbasierte Therapien haben sich in zahlreichen Studien als wirksam erwiesen. Solche Verfahren sind geeignet, um Personengruppen zu erreichen, welche anderenfalls keinen Zugang zur Versorgung hätten. Zur kulturellen Anpassung von Selbsthilfverfahren ist bisher wenig bekannt. Eine kürzlich erschienene Meta-Analyse, an welcher Autorin und Autor dieses Beitrags mitgearbeitet haben, zeigte auch bei Selbsthilfprogrammen

— **Viele bewährte Interventionen eignen sich für eine kulturell-sensitive Anwendung, wenn erst einmal ein gemeinsames Erklärungsmodell erarbeitet worden ist.** —

einen linearen Zusammenhang zwischen der Anzahl an Anpassungselementen nach Bernal und Sáez-Santiago (2006) und der Wirksamkeit einer Intervention (Harper Shehadeh, Heim, Chowdhary, Maercker & Albanese, 2016). In dieser Meta-Analyse wurden die Autoren der Originalstudien in einer qualitativen Befragung gebeten, ihre Methoden der kulturellen Anpassung genauer zu beschreiben. Am häufigsten erwähnten die Autoren die Verwendung von kulturell relevanten Ausdrücken, um spezifische Sachverhalte wie Grübeln,

depressive Stimmung oder Entspannung zu umschreiben. Auch wurden zum Teil zusätzliche psychoedukative Materialien entwickelt, da viel weniger Vorwissen vorausgesetzt werden konnte als in westlichen Ländern.

In einem aktuellen Projekt der Forschungsgruppe klinische Kulturpsychologie der Universität Zürich wird zurzeit untersucht, ob ein kulturell angepasstes Erklärungsmodell die Wirksamkeit einer internetbasierten Intervention zur Behandlung von Depression bei kosovo-albanischen Patienten erhöht. Die erhöhte Wirksamkeit könnte unter anderem auch dadurch zustande kommen, dass sich ein solches Erklärungsmodell positiv auf die Adhärenz auswirkt, d. h. auf die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten eine Behandlung per Internet zu Ende führen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Kulturelle Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie ist wichtig und notwendig in Hinblick auf die stetig wachsende kulturelle Diversität und die damit verbundene „Globalisierung“ der Psychotherapie. Kirmayer et al. (2015) weisen darauf hin, dass in den Anfängen der transkulturellen Psychiatrie vor allem darauf fokussiert worden war, möglichst die Andersartigkeit von Kulturen herauszuarbeiten und exotische Bevölkerungen zu beschreiben. Den Gemeinsamkeiten von Menschen weltweit wurde nach seiner Ansicht dabei zu wenig Beachtung geschenkt. Auf der anderen Seite birgt die „Globalisierung“ der Psychotherapie das Risiko einer Übergeneralisierung, d. h. die Annahme, dass westlich entwickelte Diagnosekriterien und Interventionen universell gültig seien. Der gangbare Weg liegt wahrscheinlich irgendwo dazwischen. Das bedeutet, dass es tatsächlich kulturübergreifende, universelle Mechanismen gibt, welche emotionale Belastung und psychische Erkrankungen begünstigen können. Dementsprechend gibt es auch Interventionsverfahren, die weltweit eingesetzt werden können. Allerdings variieren die Arten, wie sich solche Belastungen und Erkrankungen manifestieren, sowie die damit verbundenen Bewertungssysteme, sozialen Interaktionen und Behandlungskonzepte. Dieser Variation muss in der individuellen Psychotherapie Rechnung getragen werden.

Dieser Beitrag hat Ansätze für eine theoriegeleitete und trotzdem pragmatische kulturelle Anpassung von Diagnostik, Erklärungsmodellen und Interventionen dargestellt. Idealerweise fließen die Ergebnisse aus der Forschung in die psychotherapeutische Praxis ein. Umgekehrt dienen Erfahrungen aus der Praxis wiederum dazu, theoretische Modelle zu validieren

und weiterzuentwickeln. Aus diesem Grund ist im Bereich der klinischen Kulturpsychologie nicht nur eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychologie, Ethnologie und anderen Wissenschaften notwendig, sondern auch eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Praxis. Das Ziel dieser Zusammenarbeit liegt darin, kulturell sensitive Verfahren zu entwickeln und damit einen Beitrag zu leisten zur evidenzbasierten Psychotherapie weltweit.

Literatur

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



Dr. Eva Heim

Korrespondenzadresse:

Psychologisches Institut – Psychopathologie & Klinische Intervention
Binzmühlestr. 14/17
CH-8050 Zürich
e.heim@psychologie.uzh.ch

Dr. Eva Heim leitet an der Universität Zürich (UZH) die Arbeitsgruppe klinische Kulturpsychologie und ist am Psychotherapeutischen Zentrum der UZH als Psychotherapeutin tätig. Seit Studienabschluss befasst sie sich mit Forschungsthemen der klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen kulturellen Kontexten, u. a. in Bolivien und Libanon.



Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker leitet die Fachrichtung Psychopathologie und Klinische Intervention an der Universität Zürich und ist Klinischer Psychologe und approbierter psychologischer und ärztlicher Psychotherapeut. Neben seiner umfangreichen Forschungserfahrung im Bereich der Psychotraumatologie hat er seit 2011 bei der WHO den Vorsitz der Working Group „Stress-related disorders“ der ICD-11-Revision inne.

Psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen

Christina Heil

Zusammenfassung: Häufig berichten Menschen mit Behinderungen von erheblichen Schwierigkeiten, eine geeignete Psychotherapeutin oder einen geeigneten Psychotherapeuten¹ zu finden. Tatsächlich war die psychotherapeutische Versorgung dieser Personengruppe lange Zeit ein kaum beachtetes Thema. Seit einigen Jahren beginnt sich dies erfreulicherweise zu ändern. Doch der Rückstand ist noch nicht aufgeholt. Im Mai 2015 veröffentlichte die Bundespsychotherapeutenkammer eine Stellungnahme zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen, in der unter anderem die Schaffung von mehr Fortbildungsangeboten und die Aufnahme des Themas in die Approbationsordnung als Zukunftsziele genannt werden. Dieser Artikel soll Psychotherapeuten schulenübergreifend dabei unterstützen, eigene Berührungspunkte gegenüber Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen zu identifizieren und abzubauen, den Umgang mit diesen Patienten angemessen zu gestalten und behinderungsbezogene therapierelevante Themen zu explorieren.

Als blinde Psychotherapeutin erfahre ich immer wieder von Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, dass diese es häufig sehr schwer haben, bei psychischen Problemen einen geeigneten Psychotherapeuten zu finden. Oft fühlen sie sich mit ihren Anliegen in der Psychotherapie unverstanden oder sie werden aufgrund ihrer Behinderung sogar von vornherein als Patienten abgelehnt. Psychotherapeuten sind oft unsicher, wie sie Menschen mit einer Behinderung behandeln sollen, und trauen sich die Durchführung einer Psychotherapie mit diesen Personen manchmal auch gar nicht zu. Auch wenn Menschen mit Behinderungen eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Fachklinik aufnehmen möchten, entstehen oft Schwierigkeiten, da argumentiert wird, dass man den erhöhten Betreuungsaufwand nicht leisten könne.

Diese Hürden, auf die Menschen mit Behinderungen immer wieder stoßen, sind nicht erstaunlich, wenn man betrachtet, dass das Thema Behinderung in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung in den vergangenen Jahrzehnten noch kaum Beachtung erfuhr.

Erfreulicherweise beginnt sich dies seit einigen Jahren zu ändern. Es gibt bereits einige Arbeitsgruppen in Fachverbänden, einzelne Fortbildungsangebote und vermehrt Literatur zum Thema Behinderung in der Psychotherapie. Doch noch ist der Rückstand nicht aufgeholt. Sehr viele Psychotherapeuten haben kaum Kenntnisse über das Thema Behinderung, und die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist noch nicht zufriedenstellend. Im Mai 2015 veröffentlichte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) eine Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behin-

derungen (BPtK, 2015). Hierin weist sie auf die mangelhafte psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Menschen mit Behinderungen hin und benennt als Ziele die Schaffung spezialisierter stationärer Behandlungszentren, die Verbesserung des Überganges von der stationären in die ambulante Versorgung und die Förderung der Barrierefreiheit von psychotherapeutischen Praxen in baulicher und fachlicher Hinsicht sowie die Aufnahme des Themas Behinderung in die Approbationsordnung.

Die verhältnismäßig meisten Fachbücher, Fachartikel und Arbeitsgruppen in Fachverbänden gibt es bisher zur Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Intelligenzminderung stellt für Diagnostik und Psychotherapie besondere Herausforderungen dar, um den Möglichkeiten und Bedürfnissen von Menschen mit geistigen Behinderungen gerecht zu werden, und erfordert daher von Psychotherapeuten eine spezielle Qualifikation hinsichtlich der Anpassung der Kommunikation und der Auswahl geeigneter Diagnoseinstrumente und Interventionsmethoden (Henricke, 2011; Lingg & Theunissen, 2008; Vogel, 2012). Körper- und Sinnesbehinderungen sind in ihrer Art und Ausprägung sehr vielfältig. Motorische Einschränkungen bis hin zur vollständigen Lähmung, Sehbehinderungen bis hin zur Blindheit, Hörbehinderungen bis hin zur Gehörlosigkeit oder die Beeinträchtigung bestimmter Körperfunktionen sowie die Kombination mehrerer dieser Behinderungen werden unter diesem Begriff zusammengefasst.

Betrachtet man die vorhandene Literatur zur psychischen Situation dieser Personengruppe, findet man einzelne Bücher

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

und Artikel, die sich mit bestimmten Behinderungsarten befassen. Die Bücher von Brandis-Stiehl (2001), Glofke-Schulz & Rehmert (1999) und Glofke-Schulz (2007) beleuchten die psychische Verarbeitung einer fortschreitenden Sehbehinderung und sind sowohl für selbst betroffene Personen als auch für deren Angehörige, Ärzte und (Psycho-)Therapeuten geschrieben worden. Leven (2003) thematisiert in ihrem Buch, das ebenfalls für Betroffene und für Fachleute geschrieben ist, psychische Störungen bei Menschen mit einer Hörbehinderung und Gehörlosigkeit. In Fachartikeln werden weitere Aspekte bei Menschen mit einer Hörbehinderung näher exploriert, beispielsweise psychosoziale Merkmale (Fellinger, 2005), die Lebenszufriedenheit und das Selbstwertgefühl (Hintermair, 2006) sowie die Kommunikation zwischen hörenden und gehörlosen Menschen (Werth & Sieprath, 2006). Turner, Lloyd & Taylor (2006) untersuchten die Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit einer körperlichen Behinderung in den USA und fanden eine nahezu doppelt so hohe Lebenszeitprävalenz wie bei der Kontrollgruppe. Diese Publikationen sind hilfreich, um sich in die Situation von Menschen mit den entsprechenden Behinderungen einzufühlen und einzuarbeiten. Da jedoch die meiste Literatur auch für selbst von der Behinderung betroffene Menschen geschrieben ist, sind Psychotherapeuten häufig gefordert, daraus Rückschlüsse für ihre therapeutische Arbeit zu ziehen.

Publikationen, die sich auf Körper- und Sinnesbehinderungen allgemein beziehen und sich explizit an Psychotherapeuten

— Die Begegnung mit einem Menschen mit Behinderung konfrontiert Personen ohne Behinderung mit den eigenen Unzulänglichkeiten und kann unbewusst die Angst auslösen, selbst einmal eine Behinderung zu bekommen.

richten, sind sehr rar. Artman & Daniels (2010) betonen die Notwendigkeit der Verbesserung der äußeren Rahmenbedingungen, um Menschen mit Behinderungen einen besseren Zugang zur Psychotherapie zu ermöglichen (Abbau baulicher Barrieren für gehbehinderte Patienten, Bildtelefone zur Kommunikation mit gehörlosen Patienten, Therapiematerial in digitaler Form oder im Audioformat für blinde und sehbehinderte Patienten). Zudem plädieren sie wie auch Olkin (1999, 2016) dafür, Behinderungen ähnlich wie Ethnizität als soziales Konstrukt zu betrachten und daraus abgeleitet gesellschaftliche Barrieren und Vorurteile als Hauptproblem betroffener Menschen anzusehen. Demnach sollen Psychotherapeuten nach Artman & Daniels Menschen mit Behinderungen helfen, selbstsicher aufzutreten und sich für ihre Rechte einzusetzen. Olkin (1999, 2016), die selbst von einer körperlichen Behinderung betroffen ist, entwickelte im Rahmen ihres Ansatzes „Disability Affirmative Therapy“ ein Modell zur Fallkonzeption, das Psychotherapeuten die Arbeit mit betroffenen Patienten erleichtern soll. Sie benennt folgende neun Bereiche, die bei der Therapieplanung exploriert werden sollen:

- die Entwicklungsgeschichte des Patienten und seiner Familie und der Einfluss der Behinderung hierauf,
- aktuelle Auswirkungen der Behinderung auf Schmerzen, Müdigkeit, Schlaf und Stürze,
- Konzept des Patienten und seiner Angehörigen von der Behinderung,
- demographische Variablen wie Berufstätigkeit oder ethnische Zugehörigkeit und Rolle der Behinderung im Zusammenhang mit diesen Variablen,
- Verhältnis des Patienten zur Behindertenkultur,
- Auswirkungen der Behinderung auf die aktuellen sozialen Interaktionen des Patienten,
- Erleben von Entwertung, Vorurteilen, Ausgrenzung etc. und die Reaktionen des Patienten hierauf,
- Umgang mit Gefühlen in Bezug auf die Behinderung wie beispielsweise Trauer oder Wut,
- aktuelle intime Beziehungen und Rolle der Behinderung in diesen Beziehungen.

Die Exploration aller dieser Bereiche soll helfen, die Behinderung im Rahmen der Psychotherapie realistisch einzuschätzen und sie im Verhältnis zu anderen Themen des Patienten weder unter- noch überzubewerten. Hosemann (2000) greift dagegen einen anderen ebenfalls sehr wichtigen Aspekt in der

psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten mit Behinderungen auf.

Als Psychoanalytiker beschreibt er in sehr offener Weise, wie das Erscheinen eines Patienten mit einer Gehbehinderung bei ihm aggressive Gefühle und Phantasien auslöste, die zunächst zu einer inneren Ablehnung des Patienten

und zu Scham führten. Als er diese Gegenübertragungsreaktion reflektierte, gelang es ihm schließlich, Sympathie gegenüber dem Patienten zu empfinden und die Psychotherapie erfolgreich durchzuführen. Als Ursache für derartige Gegenübertragungen sieht er, dass die Begegnung mit einem Menschen mit Behinderung Personen ohne Behinderung mit den eigenen Unzulänglichkeiten konfrontiert und auch unbewusst die Angst auslösen kann, selbst einmal eine Behinderung zu bekommen. Er empfiehlt Kollegen daher, bei der Arbeit mit Patienten mit Behinderung stets auf derartige Gegenübertragungen zu achten.

Aufbauend auf der bisherigen psychologischen und psychotherapeutischen Literatur zum Thema Behinderung und einzelnen Erfahrungsberichten von Menschen mit Behinderungen und von Psychotherapeuten, die bereits mit Patienten mit Behinderung gearbeitet haben, stellt dieser Artikel grundlegende Informationen und schulübergreifende Ansatzpunkte für die Arbeit mit dieser Patientengruppe vor. Auf das Thema geistige Behinderung/Menschen mit Lernschwierigkeiten

wird im Rahmen dieses Artikels nicht weiter eingegangen, da für die Psychotherapie betroffener Personen größtenteils deutlich andere Themen relevant sind, die einer gesonderten Darstellung durch in diesem Bereich qualifizierte Kollegen bedürfen.

Zunächst werden die äußeren Rahmenbedingungen beschrieben, die notwendig sind, um Menschen mit verschiedenen Körper- und Sinnesbehinderungen zu behandeln. Daran anschließend wird thematisiert, wie Psychotherapeuten eigene Gefühle und Berührungängste in Bezug auf Patienten mit Behinderungen identifizieren und abbauen können. Und schließlich werden einige Möglichkeiten aufgezeigt, wie Psychotherapeuten behinderungsbezogene therapierelevante Themen explorieren können.

Äußere Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Patienten mit Körper- und Sinnesbehinderungen

Die Frage nach den äußeren Rahmenbedingungen stellt sich als Erstes, wenn es um die Psychotherapie mit Patienten mit Körper- und Sinnesbehinderungen geht, denn diese ist nur möglich, wenn der Patient die Praxisräume überhaupt erreichen kann, wenn die Kommunikation mit dem Psychotherapeuten möglich ist und wenn die Therapiematerialien, die zum Einsatz kommen sollen, für den Patienten zugänglich sind. Je nach Art der Behinderung ergeben sich hier unterschiedliche Herausforderungen.

Für **gehbehinderte Menschen** müssen Gebäude bestimmte Voraussetzungen erfüllen, damit sie zugänglich sind. Beispielsweise benötigen Rollstuhlfahrer Rampen und Aufzüge, breite Türen und behindertengerechte Toiletten. Bei nur leichten Gehbehinderungen sind bereits eine nicht allzu große Anzahl von Stufen und Handläufe an allen Treppen ausreichend. Das Ausmaß der körperlichen Einschränkung bestimmt also im Einzelfall, welche Merkmale ein zugängliches Gebäude aufweisen muss. Ein Gebäude, das für Rollstuhlfahrer nicht barrierefrei ist, kann von Personen mit einer leichteren körperlichen Behinderung eventuell noch aufgesucht werden. Die Stiftung Gesundheit ermittelte im Rahmen einer Befragung im Jahr 2010, dass nur ungefähr ein Drittel der befragten Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten eines oder mehrere Merkmale der Barrierefreiheit aufwies.² Anhand dieser Daten bekommt man eine Vorstellung davon, wie schwer es vor allem Rollstuhlfahrer und stark gehbehinderte Menschen haben, für sie erreichbare Praxen zu finden. Im Rahmen des Projektes „Barrierefreie Praxis“ der Stiftung Gesundheit wurden die Merkmale der Barrierefreiheit der entsprechenden Praxen zur Online-Datenbank der Arzt-Auskunft hinzugefügt,³ sodass Menschen mit Behinde-

rungen und auch Ärzte und Psychotherapeuten seither über diesen Weg nach Praxen suchen können, die konkrete Merkmale erfüllen. Somit können auch Psychotherapeuten, die aufgrund von baulichen Hindernissen nicht in der Lage sind, Menschen mit bestimmten Behinderungen zu behandeln, auf diese Datenbank verweisen. Das Projekt „Praxis-Tool Barrierefreiheit“ der Stiftung Gesundheit⁴ unterstützt zudem Ärzte und Psychotherapeuten kostenfrei bei der barrierefreien Gestaltung ihrer Räumlichkeiten. Dies ist ein wichtiger Meilenstein zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungssituation für Menschen mit körperlichen Behinderungen.

Hörbehinderte und gehörlose Menschen hingegen können alle Gebäude erreichen, stoßen jedoch bei der Kommunikation mit normal hörenden Menschen auf Barrieren. Für hörbehinderte Menschen ist es wichtig, dass das Gegenüber deutlich und nicht zu schnell spricht, Blickkontakt hält und dass die Lichtverhältnisse ausreichen, um gegebenenfalls von den Lippen ablesen zu können. Manche gehörlose Menschen können auch sehr gut lautsprachlich kommunizieren und von den Lippen ablesen. Viele gehörlose Menschen kommunizieren jedoch ausschließlich über Gebärdensprache. Menschen, die auf Gebärdensprache angewiesen sind, haben es besonders schwer, Ärzte und Psychotherapeuten zu finden. Aktuell gibt es in Deutschland lediglich 18 niedergelassene Psychotherapeuten, die in Gebärdensprache ausgebildet sind.⁵ Und lediglich das Bezirksklinikum Mittelfranken in Erlangen (Bayern) und die Psychiatrie Lengerich (Nordrhein-Westfalen) bieten für hörgeschädigte Erwachsene eine stationäre psychiatrische Behandlung in Gebärdensprache an. Hörgeschädigte Kinder und Jugendliche können bei psychischen Störungen in der Salus-Fachklinik Uchtspringe (Sachsen-Anhalt) stationär behandelt werden. Wenn Psychotherapeuten hörgeschädigte Menschen behandeln möchten, ist es ideal, wenn sie selbst

— **Aktuell gibt es in Deutschland lediglich 18 niedergelassene Psychotherapeuten, die in Gebärdensprache ausgebildet sind.** —

die Gebärdensprache erlernen. Andernfalls sollten sie in Erwägung ziehen, einen Gebärdensprach-Dolmetscher einzusetzen. Hierfür gibt es regionale Dolmetscher-Vermittlungszentralen. Es muss dann die Frage der Kostenübernahme für den Dolmetscher geklärt werden, und auch der Einfluss der Anwesenheit der dritten Person auf die therapeutische Beziehung sollte berücksichtigt werden. Im Jahr 2014 wurde zur Verbesserung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung hörgeschädigter Menschen der Verein zur

2 Verfügbar unter: www.stiftung-gesundheit-foerdergemeinschaft.de/projekte-und-vorhaben/projekt-barrierefreie-praxis [04.07.2016]

3 Verfügbar unter: www.arzt-auskunft.de [04.07.2016]

4 Verfügbar unter: www.praxis-tool-barrierefreiheit.de [04.07.2016]

5 Verfügbar unter: www.taubenschlag.de/meldung/4137 [04.07.2016]

Förderung der seelischen Gesundheit Hörbehinderter e.V.⁶ gegründet. Er leistet Aufklärungsarbeit durch Seminare und Vorträge, bietet Weiterbildungen für Ärzte, Psychotherapeuten und Beratungsstellen an, unterstützt und berät psychisch kranke Hörgeschädigte, fördert die Kooperation von Institutionen und Selbsthilfegruppen, betreibt Forschung zum Zusammenhang zwischen der Sozialisation Hörbehinderter und deren psychischer Gesundheit und hat eine Fachbibliothek zu diesem Themenbereich aufgebaut.

Blinde und sehbehinderte Menschen sind in ihrer Kommunikation und im Erreichen von Gebäuden im Wesentlichen nicht beeinträchtigt. Jedoch ist eine gute Erreichbarkeit der Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln von großem Vorteil. Auch ist eine Beschreibung des Fußweges von der nächsten Bus- oder Bahnhofstetelle zur Praxis sehr hilfreich, da hochgradig sehbehinderte und blinde Menschen möglichst genaue Kenntnisse über die Wege benötigen, die sie alleine zurücklegen. Blinde und hochgradig sehbehinderte Menschen orientieren sich mit einem weißen Langstock oder mithilfe eines Blindenführhundes. Für blinde und sehbehinderte Menschen, die die Wegstrecke zur Praxis nicht alleine zurücklegen können, weil sie beispielsweise erst seit kurzer Zeit eine Sehbehinderung haben, gibt es auch die Möglichkeit, sich auf Antrag die Kosten für Taxifahrten von der Krankenkasse erstat-

alien gearbeitet werden kann. Bei sehbehinderten Menschen reichen manchmal vergrößerte Kopien aus. Personen, die keine gedruckte Schrift mehr lesen können, arbeiten häufig am Computer mit Bildschirmleseprogrammen, die den Text in Sprache übertragen, sodass es hilfreich ist, diese Materialien in digitaler Form vorliegen zu haben. Es kann außerdem mit Audioaufzeichnungen gearbeitet werden. Bilder müssen verbalisiert oder es muss nach Alternativen gesucht werden, da Bilder auch von den Bildschirmleseprogrammen nicht in eine zugängliche Form übertragen werden können. Für blinde und sehbehinderte Menschen, die einen Psychotherapeuten mit Erfahrung in diesem Bereich suchen, gibt es eine bundesweite Liste solcher Kollegen.⁸ Für eine erfolgreiche Psychotherapie ist es jedoch nicht notwendig, dass Psychotherapeuten mit der jeweiligen Behinderung bereits vertraut sind.

Emotionale Reaktion auf die Behinderung und Umgang mit fehlenden Kenntnissen

Die Erfahrung zeigt, dass es nicht nur die äußeren Rahmenbedingungen sind, die Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen den Zugang zur Psychotherapie erschweren. Menschen ohne Behinderung im Allgemeinen, und somit auch Psychotherapeuten, sind oft sehr unsicher, wie sie mit Menschen mit einer Behinderung umgehen sollen, da ihnen Kenntnisse über deren Fähigkeiten und Möglichkeiten fehlen und da sie befürchten, diese durch Fragen oder ungeschickte Äußerungen zu verletzen, zu beschämen oder zu verärgern. Zu dieser Unsicherheit

— Fast jeder Mensch reagiert in irgendeiner Form emotional auf die Behinderung. Wie diese Reaktion ausfällt, hängt mit den eigenen Prägungen zusammen und kann sich je nach Art der Behinderung unterscheiden.

kommen zu lassen. Im Gebäude sind für sehbehinderte Menschen Farbmarkierungen an Treppenstufen, eine gute Beleuchtung und große, gut leserliche Aufschriften auf Schildern und Klingelknöpfen hilfreich. Blinden Menschen helfen tastbare Markierungspunkte oder Markierungen in Blindenschrift, um sich in einem unbekanntem Gebäude zurechtfinden zu können. Kleine Markierungspunkte an der Praxisklingel, an der Haustür und am entsprechenden Knopf im Fahrstuhl sind einfach anzukleben. Es gibt diese selbstklebenden Punkte für wenige Cent beim Deutschen Hilfsmittelvertrieb.⁷ Sehenden Menschen stellt sich auch häufig die Frage, wie sie blinde und hochgradig sehbehinderte Menschen zu ihrem Sitzplatz führen können, denn mit Richtungsanweisungen gestaltet es sich innerhalb von Räumen oft etwas schwierig. Am Besten ist es, der Person den eigenen Oberarm zum Festhalten anzubieten. So erhält die Person automatisch Informationen über die Richtung und läuft nicht Gefahr, sich anzustoßen. Vor Stufen sollte man kurz stehen bleiben und diese ankündigen. Einen Stuhl zeigt man einer blinden Person, indem man deren Hand auf die Stuhllehne legt. Vor dem Beginn der Psychotherapie sollten Psychotherapeuten mit blinden und sehbehinderten Menschen besprechen, in welcher Form mit Therapiemateri-

en kommt noch die eigene emotionale Reaktion auf die Konfrontation mit Menschen mit Behinderungen hinzu. Fast jeder Mensch reagiert in irgendeiner Form emotional auf die Behinderung. Wie diese emotionale Reaktion ausfällt, hängt mit den eigenen Prägungen zusammen und kann sich auch je nach Art der Behinderung unterscheiden. Jemand mag beispielsweise eher mit positiven Emotionen auf einen Menschen mit körperlicher Behinderung und eher mit negativen Emotionen auf einen blinden Mensch reagieren oder umgekehrt. Wenn die Behinderung eigene Ängste aktiviert, selbst einmal von einer Behinderung betroffen oder in irgendeiner Form unzulänglich zu sein, kann dies unreflektiert zur Ablehnung der betroffenen Person oder zu aggressiven Reaktionen auf die Behinderung führen. Beispiele hierfür sind, dass jemand das Aussehen eines Menschen mit einer körperlichen Behinderung, die reduzierte Gestik eines sehbehinderten Menschen oder die etwas anderslautende Sprache eines hörbehinderten Menschen als abstoßend bezeichnet. Auch übermäßig großes Mitleid ge-

⁶ Verfügbar unter: <http://deaf-psychohilfe.de/> [04.07.2016]

⁷ Verfügbar unter: www.deutscherhilfsmittelvertrieb.de [04.07.2016]

⁸ Verfügbar unter: www.dbsv.org/ratgeber/rehabilitation/beratung-und-therapie [04.07.2016]

genüber der Person mit einer Behinderung kann auftreten, was dann dazu führt, dass man sich überfürsorglich verhält und dem Gegenüber viel zu wenig zutraut. Manchmal reagieren Menschen aber auch mit übermäßiger Bewunderung und schreiben Personen mit einer Behinderung nahezu übernatürliche Fähigkeiten zu, da diese scheinbar auf wundersame Weise Dinge hinbekommen, die man nie für möglich gehalten hätte. Die Bewunderer laufen dann Gefahr, die Kompetenzen der Menschen mit Behinderungen zu überschätzen und eventuelle Probleme zu übersehen.

Wenn Menschen solche starken emotionalen Reaktionen auf die Behinderung nicht ausreichend reflektieren und zudem keinen Weg finden, fehlende Kenntnisse über das Leben mit dieser Behinderung einzuholen, kommt es neben der direkten Auswirkung der emotionalen Reaktion auch sehr oft zur Anwendung von Heuristiken. Es werden dann Annahmen über das Leben mit der Behinderung aufgestellt, die sehr verallgemeinernd sind und nicht an der Realität überprüft werden. Die Aussage eines Busfahrers, „Ich wusste gar nicht, dass es hier ein Blindenheim gibt.“, als ich während meines Studiums an einer Bushaltestelle ausstieg, ist ein eindrückliches Beispiel für derartige Annahmen. Des Weiteren geschieht es sehr oft, dass die Rolle der Behinderung überbewertet wird. Der betroffene Mensch wird dann in erster Linie als „behindert“ gesehen, und nahezu alles was er tut oder lässt, wird mit der Behinderung begründet. Erbringt er beispielsweise gute Leistungen im Beruf, vermutet man, dass er damit seine Behinderung kompensieren möchte. Erbringt er hingegen weniger gute Leistungen, wird angenommen, dass die behinderungsbedingten Einschränkungen hierfür verantwortlich sind.

Psychotherapeuten, die noch kaum Kontakt zu Menschen mit Körper- oder Sinnesbehinderungen hatten, mögen es vielleicht etwas befremdlich finden, dass eine Behinderung bei anderen Menschen solche Reaktionen auslösen kann. Die Realität von Menschen mit Behinderungen zeigt jedoch, dass derartige Reaktionen eher die Regel als die Ausnahme sind. Psychotherapeuten sollten daher bei ihrer Arbeit mit betroffenen Patienten sowohl ihre eigene emotionale Reaktion auf die Behinderung reflektieren als auch bedenken, dass der Mensch, der ihnen gegenüber sitzt, auch in seinem Alltag mit starken Reaktionen anderer Menschen auf seine Behinderung konfrontiert wird und möglicherweise die Einstellungen von prägenden Bezugspersonen zu seiner Behinderung auch in sein eigenes Selbstkonzept übernommen hat. Beispielsweise kann eine Person mit einer Behinderung mit vielen Selbstzweifeln bezüglich ihrer Fähigkeiten auf einen Psychotherapeuten treffen, der Menschen mit dieser Behinderung intuitiv ebenfalls wenig zutraut. Es ist in einem solchen Fall dann die Aufgabe des Psychotherapeuten, seine eigenen Gefühle und Einstellungen gegenüber dem Patienten zu hinterfragen und an der Realität zu überprüfen und zudem zu explorieren, weshalb der Patient die Selbstzweifeln entwickelt hat.

Um die eigene emotionale Reaktion auf die Behinderung eines Patienten zu bearbeiten, ist es zunächst wichtig, dass

man erkennt, welche Gefühle die Behinderung bei einem auslöst. In einem nächsten Schritt sollte man versuchen, diese Gefühle in seine persönliche Biografie einzuordnen, damit sie verständlich werden. Das Ziel sollte nicht sein, sich unangenehme Emotionen in Bezug auf die Behinderung zu verbieten, sondern diese Emotionen zu akzeptieren, sie aber so weit zu kontrollieren, dass sie sich möglichst wenig auf das Verhalten dem Patienten gegenüber auswirken und man diesem aufgeschlossen begegnen kann. Falls man feststellt, dass die Abneigung gegenüber bestimmten Behinderungen so stark ist, dass man dem Patienten nicht die nötige Unvoreingenommenheit entgegenbringen kann, empfiehlt es sich, die Psychotherapie nicht durchzuführen, denn unter solchen Voraussetzungen könnte diese mehr schaden als helfen.

Ein wichtiger Punkt ist auch, wie sich fehlende Informationen über die Behinderung eines Patienten und seinen Umgang damit adäquat einholen lassen. Von einem Mangel an Kenntnissen und von einer gewissen Unsicherheit beim Umgang mit betroffenen Menschen sollten sich Psychotherapeuten nicht irritieren lassen. Den aller meisten Menschen mit einer Behinderung ist bewusst, dass andere Menschen keine Experten auf dem Gebiet ihrer Behinderung sind, und sie sehen es daher als Zeichen des Interesses, wenn jemand genau wissen möchte, wie sie verschiedene Dinge im Alltag tun und empfinden. Unvoreingenommenheit und Aufgeschlossenheit ist die beste Voraussetzung, um ein realistisches Bild vom Leben des einzelnen Menschen mit seiner Behinderung zu bekommen. Und dies gelingt nur, wenn man viele Fragen stellt. Die Fragen begrenzen sollte man lediglich, wenn man feststellt, dass die Fragen und deren Beantwortung im Rahmen der Psychotherapie sehr viel Zeit in Anspruch nehmen, die dann für die Bearbeitung der Therapieziele fehlt. In solchen Fällen sollten Psychotherapeuten fehlende allgemeine Informationen beispielsweise über die Lektüre von Fachliteratur oder über den Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen einholen und dem Patienten in erster Linie die Fragen stellen, die seinen persönlichen Umgang mit der Behinderung betreffen.

Planung und Durchführung einer Psychotherapie mit Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen

Wenn sich ein Patient mit einer Körper- oder Sinnesbehinderung bei einem Psychotherapeuten vorgestellt hat, die äußeren Rahmenbedingungen eine Psychotherapie dieses Patienten ermöglichen und der Psychotherapeut seine emotionale Reaktion auf die Behinderung soweit reflektiert hat, dass er dem Patienten aufgeschlossen begegnen kann, geht es an die konkrete Therapieplanung. Hier ist das Ziel, die Rolle der Behinderung realistisch einzuschätzen, sodass die Behinderung in ihrer Bedeutung für die Probleme des Patienten weder über- noch unterschätzt wird. Dies muss individuell exploriert werden. Psychotherapeuten, die erst sehr wenig oder noch gar keine Erfahrung mit Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen haben, mögen sich fragen, wie sie he-

rausfinden sollen, welchen Einfluss die Behinderung auf die verschiedenen Lebensbereiche des Patienten hat und wo es Zusammenhänge zu den Problemen geben könnte, aufgrund derer er in Psychotherapie gekommen ist. Um die Suche nach therapierelevanten behinderungsbezogenen Themen zu erleichtern, kann es hilfreich sein, die Behinderung des Patienten zunächst anhand der Merkmale

- sichtbar versus unsichtbar
- angeboren versus später eingetreten
- plötzlich eingetreten versus fortschreitend
- Art der behinderungsbedingten Grenzen
- Ausmaß der Kommunikationsbeeinträchtigung
- Ausmaß der Abhängigkeit
- Vorhandensein von Schmerzen und
- Einfach- versus Mehrfachbehinderung

zu klassifizieren. Diese Informationen lassen sich sehr schnell einholen. Hiervon können dann Fragen zu Themen abgeleitet werden, die für bestimmte Behinderungsarten charakteristisch sein können, aber nicht müssen.

Im Folgenden sind Beispiele für solche charakteristischen Themen aufgeführt. Es ist wichtig, derartige Themen im Hinterkopf zu haben und zu explorieren, ob sie für den Patienten eine Rolle spielen. Auch sollte die Behinderung nicht nur als mögliche Ursache von Problemen angesehen werden, sondern auch als Grundlage für Ressourcen, die der Patient durch die erfolgreiche Bewältigung von behinderungsbedingten Herausforderungen entwickelt hat.

Mögliche charakteristische Themen für verschiedene Behinderungsarten

Sichtbar versus unsichtbar

Blindheit, starke Sehbehinderungen und Körperbehinderungen sind für Außenstehende sichtbar. Menschen, die von einer sichtbaren Behinderung betroffen sind, erfahren von ihren Mitmenschen einerseits mehr Beachtung in Bezug auf die Behinderung, sind aber andererseits auch stärker gefährdet für Stigmatisierungen und Vorurteile. Andere Menschen neigen häufig dazu, in erster Linie die Behinderung wahrzunehmen und auf ihre Art damit umzugehen. Betroffene fühlen sich daher oft auf ihre Behinderung reduziert und neigen manchmal auch selbst dazu, sich in erster Linie als „behinderte Menschen“ zu sehen und ihre anderen Eigenschaften ungenügend zu erkennen. Hörbehinderungen und leichte Sehbehinderungen beispielsweise sind hingegen von außen unsichtbar. Menschen mit einer unsichtbaren Behinderung werden auf den ersten Blick stärker in ihrer Gesamtheit wahrgenommen, leiden aber oft darunter, dass ihre Behinderung von anderen Menschen nicht erkannt und nicht beachtet wird. Sie sind gefordert, sich immer wieder erklären zu müs-

sen, und es besteht die Gefahr, dass sie auf Unverständnis stoßen, weil die behinderungsbezogenen Schwierigkeiten von anderen Menschen nicht so leicht nachvollzogen werden können.

Angeboren versus später eingetreten

Menschen mit einer angeborenen Behinderung kennen nichts anderes und können sich in ihrer Entwicklung voll und ganz auf ein Leben mit ihrer Behinderung vorbereiten. Sie haben von Anfang an die Möglichkeit, die notwendigen Hilfsmittel einzusetzen, fehlende Sinne und Körperfunktionen zu kompensieren und ihre private und berufliche Planung mit der Behinderung abzustimmen. Allerdings werden sie gleichzeitig auch von Geburt an mit der Art konfrontiert, wie ihre Bezugspersonen mit der Behinderung umgehen. Oft kommt es vor, dass Eltern in eine schwere psychische Krise geraten, wenn sie erfahren, dass ihr Kind eine Behinderung hat, was dann sehr negative Auswirkungen auf die Beziehung zum Säugling haben kann. Wenn es den Eltern auch in späteren Jahren nicht gut gelingt, einen adäquaten Umgang mit der Behinderung zu finden, leiden die Kinder häufig unter abwertenden Äußerungen, unter mangelhafter Förderung oder unter überfürsorglichem Verhalten. Ein geringes Selbstwertgefühl und eine geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung können die Folge sein. Hinzu kommen bei Menschen, die von Geburt an von einer Behinderung betroffen sind, zahlreiche Krankenhausaufenthalte und der Einfluss der Art der Beschulung, entweder in einer Sonderschule, oft verbunden mit Internatsunterbringung, oder als Kind mit Behinderung in einer normalen Schule. Menschen, die später im Leben von einer Behinderung betroffen werden, hatten hingegen die Möglichkeit, sich als Kind normal zu entwickeln und haben ihre Identität als Mensch ohne Behinderung aufgebaut. Je nachdem, wie groß die Auswirkungen der Behinderung auf ihren bisherigen Lebensstil sind, wie gut sie sozial eingebunden sind und wie viele Ressourcen sie bereits erworben haben, wirkt sich die Behinderung auf psychischer Ebene aus. Es macht beispielsweise einen großen Unterschied, ob ein zuvor sportlich aktiver Mensch plötzlich im Rollstuhl sitzt oder ob dasselbe Schicksal jemanden trifft, der bisher seine Freizeit größtenteils mit sitzenden Tätigkeiten verbracht hat. Der Verlust, den die Behinderung mit sich bringt, kann extrem schmerzhaft und bedrohlich sein, und im Extremfall ist eine komplette berufliche und private Neuorientierung erforderlich. Dabei muss der Verlust bearbeitet werden, nun Dinge nicht mehr zu können, die man früher noch konnte.

Plötzlich eingetreten versus fortschreitend

Bei Menschen, deren Behinderung erst später im Leben eingetreten ist, macht es zudem einen Unterschied, ob diese beispielsweise durch einen Unfall plötzlich aufgetreten ist oder ob sie sich beispielsweise durch eine erbliche Erkrankung schleichend entwickelt. Menschen mit einem plötzlichen Behinderungseintritt können zunächst so massiv gefordert sein, sich schnellstmöglich an die neue Situation anzupassen, dass sie erst nach einer Phase der Neuorganisation ihres Lebens zur emotionalen Verarbeitung der Behinderung in der Lage sind. Menschen mit einer fortschreitenden Behinderung lei-

den hingegen nach dem Schock der Diagnosestellung und nach einer Phase der Verdrängung oft unter starken Zukunftsängsten, Traurigkeit, Verzweiflung und Wut und können sich erst dann konstruktiv mit ihrer Situation auseinandersetzen, wenn sie gelernt haben, mit ihren Gefühlen umzugehen und die Realität zu akzeptieren. Es wird jedoch die Angst vor einer weiteren Verschlechterung bestehen bleiben.

Art der behinderungsbedingten Grenzen

Behinderungen unterscheiden sich auch in der Weise, wie sich die Grenzen gestalten, die durch die Funktionseinschränkung gegeben sind. Rollstuhlfahrer stehen regelmäßig vor klaren Grenzen, wenn Gebäude durch Stufen für sie nicht zugänglich sind. Eine häufige Konfrontation mit so klaren Grenzen kann zu Frustration und Hilflosigkeit führen und es muss nach einer Umgebung gesucht werden, die möglichst wenige Grenzen aufweist, beispielsweise barrierefreie Räumlichkeiten für Alltagserledigungen und Freizeit. Bei blinden und sehbehinderten Menschen hingegen sind die Grenzen zumeist nicht so klar. Sie stehen zwar auch zunächst vor einer Hürde, wenn sie sich in unbekannter Umgebung befinden oder Bücher nicht in zugänglicher Form vorliegen, aber es ist mit einem hohen Zeit- und Energieaufwand durchaus möglich, sich neue Wege einzuprägen oder Bücher einzuscannen. Bei Behinderungen, die weniger klare Grenzen setzen, kann es leicht zu Über- oder Unterforderung kommen und es müssen dann realistische Ziele erarbeitet und Prioritäten gesetzt werden. Beispielsweise kann ein blinder Mensch für sich beschließen, sich nur die Wege einzuprägen, die er regelmäßig geht, und seltener benötigte Wegstrecken mit dem Taxi zurückzulegen.

Ausmaß der Kommunikationsbeeinträchtigung

Menschen mit einer Körperbehinderung sind abgesehen von eventuellen Sprachbehinderungen in ihrer Kommunikation nicht beeinträchtigt. Blinde und hochgradig sehbehinderte Menschen sind nur dann beeinträchtigt, wenn es darum geht, jemanden anzusprechen, der sich still verhält. Schwer hörbehinderte Menschen hingegen können nur mit großen Umständen Sprache verstehen oder von den Lippen ablesen oder sind auf Gebärdensprache angewiesen. Je größer die Kommunikationsbeeinträchtigung, desto größer ist oft auch das Gefühl der Unzugehörigkeit zu anderen Menschen.

Ausmaß der Abhängigkeit

Nicht alle Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen sind in gleichem Ausmaß von der Hilfe anderer Menschen abhängig. Gehörlose Menschen können sehr gut ohne Hilfe von hörenden Menschen leben und pflegen teilweise auch intensiv den Kontakt zur sogenannten Gehörlosenkultur. Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, die wenig auf fremde Hilfe angewiesen sind, fühlen sich möglicherweise lediglich andersartig, aber nicht so sehr als Menschen mit einer Behinderung. Blinde und Menschen mit einer Körperbehinderung sind hingegen viel stärker auf Hilfe bei Tätigkeiten des Alltags angewiesen, was häufig zu einer stärkeren Bewusstheit des Themas Behinderung führt. Auch erfordert ein hohes Ausmaß an Abhängigkeit die Fähigkeit, andere Menschen um

Hilfe zu bitten und auch unerwünschte Hilfe kompetent abzulehnen.

Vorhandensein von Schmerzen

Dies sollte abgeklärt werden, da sich dauerhafte und wiederkehrende Schmerzen erheblich auf das emotionale Befinden auswirken können und zusätzlich zu den Funktionseinschränkungen in der Psychotherapie berücksichtigt werden sollten.

Einfach- versus Mehrfachbehinderung

Diese Unterscheidung ist relevant, weil eine Mehrfachbehinderung nicht einfach als Summe der einzelnen Behinderungen betrachtet werden kann. Ein Beispiel hierfür ist Taubblindheit. Hier sind die Kompensationsmöglichkeiten, die gehörlose Menschen normalerweise anwenden, aufgrund der Blindheit kaum möglich, und umgekehrt ist es genauso. Taubblinde Menschen benötigen folglich deutlich mehr Assistenz im Alltag als blinde oder gehörlose Menschen.

Diese Liste soll lediglich als grobe Orientierung dienen und kann noch um weitere Aspekte ergänzt werden. Durch die Exploration der genannten Themen lässt sich bereits ein recht gutes Bild von den behinderungsbedingten Problemen und von den Ressourcen eines Menschen mit einer Körper- oder Sinnesbehinderung gewinnen. Frustrationstoleranz und Anstrengungsbereitschaft sind beispielsweise Ressourcen, die sich durch die Bewältigung behinderungsbedingter Herausforderungen entwickeln können.

Aufbauend auf den Kenntnissen über die Rolle der Behinderung im Leben des Patienten können Psychotherapeuten die behinderungsbezogenen und nicht behinderungsbezogenen Probleme mit den ihnen vertrauten Interventionen behandeln.

Fazit

Um Patienten mit bestimmten Behinderungen behandeln zu können, müssen Psychotherapeuten keine Experten für die entsprechenden Behinderungen sein. Sie sollten zunächst klären, ob die äußeren Rahmenbedingungen für die Psychotherapie der entsprechenden Patienten gegeben sind und sollten des Weiteren ihre Emotionen in Bezug auf die Behinderung reflektieren und fehlende Kenntnisse durch Fragen und gegebenenfalls auch durch entsprechende Fachlektüre einholen. Am Wichtigsten ist, den Patienten gegenüber aufgeschlossen und unvoreingenommen zu begegnen und behinderungsbezogene und nicht behinderungsbezogene Themen sorgfältig zu explorieren, um ein realistisches Bild von der Rolle der Behinderung zu bekommen. Falls Psychotherapeuten im Therapieverlauf unsicher werden, wie sie den Patienten bei der Bewältigung behinderungsbezogener Schwierigkeiten unterstützen können, kann es für den Patienten und auch für den Psychotherapeuten hilfreich sein, zu Selbsthilfeorganisationen Kontakt aufzunehmen oder Biografien von Personen mit der entsprechenden Behinderung zu lesen.

Psychotherapeuten können letztendlich von der Arbeit mit Patienten mit Körper- und Sinnesbehinderungen auch für die Behandlung aller anderen Patienten profitieren. Die Fertig-

— Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können von der Arbeit mit Patienten mit Körper- und Sinnesbehinderungen auch für die Behandlung aller anderen Patienten profitieren. —

keiten, die ein betroffener Mensch erwerben muss, um ein zufriedenes und glückliches Leben zu führen, können auch vielen Menschen ohne Behinderungen, die sich überfordern, sich an überhöhten Standards orientieren oder bei Schwierigkeiten resignieren, das Leben erleichtern.

Literatur

Artman, L. K. & Daniels, J. A. (2010). Disability and psychotherapy practice: Cultural competence and practical tips. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41 (5), 442-448.

Brandis-Stiehl, C. von (2001). Wenn die Sehkraft schwindet: Ein Ratgeber für sehgeschädigte Menschen und ihre Angehörigen. Stuttgart: Urachhaus.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2015). Verfügbar unter: www.bptk.de/uploads/media/2015-05-04_STN_BPtK_Antrag_Grüne_UN-Behindertenrechtskonvention.pdf [04.07.2016].

Fellinger, J. (2005). Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen. Daten aus einer Spezialambulanz für Gehörlose. *Der Nervenarzt*, 1, 43-51.

Glofke-Schulz, E.-M. (2007). Löwin im Dschungel. Blinde und sehbehinderte Menschen zwischen Stigma und Selbstwerdung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Glofke-Schulz, E.-M. & Rehmert, W. (1999). Die zerbrochene Kugel. Leben mit degenerativer Netzhauterkrankung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Hennicke, K. (2011). Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Hintermair, M. (2006). Was wissen wir über die Lebenszufriedenheit und das Selbstwertgefühl erwachsener Hörgeschädigter? *Hörgeschädigtenpädagogik*, 5, 164-172.

Hosemann, E. (2000). Gegenübertragungsprobleme bei der psychoanalytischen Behandlung sichtbar körperlich behinderter Patienten. In U. Streeck (Hrsg.), *Das Fremde in der Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Leven, R. (2003). Gehörlose und schwerhörige Menschen mit psychischen Störungen. Hamburg: Verlag Hörgeschädigter Kinder.

Lingg A. & Theunissen G. (2008). Psychische Störungen und geistige Behinderung: Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. Freiburg: Lambertus-Verlag.

Olkin, R. (2016). Disability Affirmative Therapy: A case formulation template. Unveröffentlicht.

Olkin, R. (1999). What psychotherapists should know about disability. New York: The Guilford Press.

Turner, R. J., Lloyd, D. A. & Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance

disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51 (3), 214-223.

Vogel, V. (2012). Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Tectum-Verlag.

Werth, I. & Sieprath, H. (2002). Interkulturelle Kommunikation zwischen Hörenden und Gehörlosen. *Das Zeichen*, 61, 360-364.



Dipl.-Psych. Christina Heil

Kandelstraße 13
75179 Pforzheim
Psychotherapie-heil@gmx.de

Dipl.-Psych. Christina Heil, Psychologische Psychotherapeutin (VT) sammelte psychotherapeutische Erfahrung in der Arbeit an der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Tübingen. Aktuell ist sie freiberuflich tätig als psychologische Beraterin zur Prävention psychischer Störungen und Dozentin an der Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie zum Thema Psychotherapie bei Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Sie hat persönlichen Bezug zum Thema durch ihre eigene Blindheit.

Knoten im Kopf

Konfliktorientierte Arbeit in der psychodynamischen Psychotherapie

Ruth Waldeck

Zusammenfassung: Die frühen und die aktuellen Konflikte unserer Patientinnen und Patienten¹ zu erfassen und zu beschreiben, bereitet immer wieder Kopfzerbrechen. Doch lohnt die Mühe, denn an Konflikten und Krisen wächst der Mensch, und eine bessere Konfliktbewältigung ist Indiz für eine strukturelle Weiterentwicklung. In der psychotherapeutischen Praxis haben wir es vielfach mit Symptomatikern zu tun, die nicht auf massive Traumatisierungen, sondern auf „leise“ und schwer greifbare Verletzungen der kindlichen Seele zurückgehen, vor allem wenn Eltern die Kinder als Selbstobjekt funktionalisierten. Die konflikthafter Folgen solchen emotionalen Missbrauchs und ihre frühen Bewältigungsversuche werden hier aufgezeigt, um das Wiederaufleben dieser Konflikte in der psychodynamischen Psychotherapie verstehen und bearbeiten zu können.

Frau Mahler² sagt im Erstgespräch: „Ich war immer das Sorgenkind in der Familie!“ Weil mir ihre Familie bisher nicht besonders fürsorglich erschienen ist, frage ich nach, und Frau Mahler erklärt: „Na ja, ich war als Kind ziemlich oft krank, meine Mutter erzählt noch heute, dass sie mit mir andauernd zum Arzt rennen musste und dass das ein ziemlicher Stress für sie war.“

Frau Mahlers Begriff von „Sorgenkind“ besagt also nicht, dass man sie wegen ihrer Kränklichkeit liebevoll umsorgte, sondern er beinhaltet, dass sie den Eltern lästige Sorgen bereitet habe. Eine einfache Begriffsklärung würde diese Verwirrung nicht aufheben, denn diese „Sprachverwirrung“ ist nicht einfach ein kognitives Problem, sondern das Symptom einer tieferliegenden emotionalen und generationellen Verwirrung: Die Patientin wurde als Kind zum Verursacher elterlichen Leids erklärt und musste sich mit dieser Vorstellung identifizieren. Diese Verdrehung, dieser „Knoten im Kopf“, hat zur Folge, dass Frau Mahler ständig bemüht ist, sich zurückzunehmen, um nur ja nie mehr jemandem eine Belastung zu sein.

Sandor Ferenczi hat in seinem Aufsatz über „Sprachverwirrungen zwischen dem Erwachsenen und dem Kind“ von 1933 die Verstörung beschrieben, in die Kinder durch elterliche Übergriffe geraten. Er zeigt, dass solche Verwirrungen sowohl durch massive Gewaltakte wie Schläge, Misshandlungen und sexuelle Übergriffe zustande kommen können wie auch durch den „Terrorismus des Leidens“: „Eine ihr Leiden klagende Mutter“ (ebd., 312) kann auf das Kind so bedrängend wirken, dass sie sich damit im Kind „eine lebenslängliche Pflegerin“ und Trösterin erschafft. Das gelingt durch eine ständige Überwältigung des Kindes, die, auch wenn sie leise daherkommt, dieselbe Wucht entfalten kann wie eine physische Gewalttat. Die Verwirrungen, die Ferenczi untersucht, betreffen zwar auch die kognitive Ebene, wesentlich ist aber die psychische Verwirrung. Manchmal, wie bei obi-

gem „Sorgenkind“, deutet sich schon auf sprachlicher Ebene an, dass die Eltern das Kind verstört und manipuliert haben.

Solche Verwirrungen als Folge kleiner, leiser Übergriffe begegnen mir in den meisten Behandlungen. Den Beschwerden der Patientinnen und Patienten liegen oft Erfahrungen mit leidenden Müttern oder Vätern zugrunde, die ihre Kinder als tröstende und pflegende Selbstobjekte funktionalisierten. Die Mechanismen und Abläufe solchen Missbrauchs sind dabei oft nur mühsam aufzuspüren. Und seine Folgen zu bearbeiten, ist mit vielen Ängsten und Hemmnissen verbunden, die nicht nur den Patienten zu schaffen machen, sondern in die auch ich als Psychotherapeutin immer wieder verwickelt werde.

Sprachverwirrungen

Vor einigen Monaten hatte Frau Kern nach fast vierzig Ehejahren ihren Mann verloren. Als ihr Mann krank und pflegebedürftig wurde, bekam sie viel Unterstützung durch ihre Familie und ihren Freundeskreis. Eine ihrer Freundinnen, Greta, bemühte sich sehr, aber Frau Kern fand das „eher unangenehm, sie drängte sich so auf, ich hatte den Eindruck, dass sie noch sehr mit dem Verlust ihres Mannes vor einigen Jahren beschäftigt war“. Frau Kern versuchte vorsichtig, Abstand von dieser langjährigen Freundin zu nehmen. Auf eine distanzierende E-Mail hat die Freundin nun geantwortet. Frau Kern bringt den Ausdruck mit: „Also, mich berührt das komisch. Ich les mal vor, was Greta schreibt: ‚Was mich am meisten schmerzt, ist, dass ich Dir nicht geben konnte, was Du gebraucht hättest in Deiner schweren Zeit!‘ Ich hab das meiner Schwester vor-

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

² Alle Fallbeispiele sind anonymisierte Montagen.

gelesen, die fand das ganz nett, denn Greta gebe sich doch Mühe, sie bereue was, sie fühle Schmerz. Meine Schwester meint, ich sei immer zu anspruchsvoll und nie mit was zufrieden. Aber mich stört irgendwas an diesem Satz!"

Ich kenne Frau Kern erst seit ein paar Wochen und überlege einen Moment, ob die Schwester etwas benennt, das ich noch nicht wahrgenommen habe. Ist die Patientin zu anspruchsvoll, ist sie gefühllos, wenn sie eine Freundin zurückweist, die ihre Gefühle zeigt? Ich lasse den Satz nachklingen und wiederhole nachspürend, ohne Absicht, mit veränderter Betonung: „... dass *ich* Dir nicht geben konnte ...“ „Genau!“ Frau Kern wird lebhaft: „Wieso meint Greta, dass *sie* mir was geben musste? Ich war doch gut versorgt! Gebraucht habe ich Leute, mit denen ich mich austauschen konnte, aber doch nicht jemanden, der mir irgendwas *geben* will, womöglich sogar Ratschläge!“

Frau Kern hat also allen Grund, Distanz zu dieser Freundin zu wahren. Denn der Satz der Freundin bündelt eindrucksvoll, was unter dem „Terrorismus des Leidens“ zu verstehen ist. In diesem Satz kommen zwei Personen vor: eine hatte eine schwere Zeit, eine andere, die Sprecherin bzw. Schreiberin, bekundet Schmerzen. Jeder Mensch, sogar schon ein Baby, hat den Impuls, sich einem leidenden Wesen zuzuwenden, um dessen Schmerz zu lindern. Wer diesen Satz hört, wendet sich aus instinktiver Empathie spontan der Sprecherin zu, während die Person, die eine schwere Zeit hatte, darüber aus dem Blick gerät. Diesem Sog, sich der laut Klagenden zuzuwenden, hat die Schwester der Patientin nachgegeben und Greta verteidigt. Auch ich habe den Sog gespürt und war geneigt, die Patientin zu hinterfragen. Und Frau Kern kennt diesen Sog auch, allerdings schon so lange, dass sie nun sofort unangenehm davon berührt ist.

Ferenczi hatte mit den „Sprachverwirrungen“ wohl Sätze gemeint wie: „Weil ich Dich liebe, muss ich Dich strafen“

— Das Grundmuster des „Terrorismus des Leidens“ lautet in etwa: Ich leide, weil ich mich deinetwegen verausgabte!

oder: „Es geschieht doch aus Liebe, wenn ich Dich mit meiner erwachsenen Sexualität überwältige“. Das Grundmuster des „Terrorismus des Leidens“ könnte entsprechend lauten: „Ich mache das alles nur Dir zuliebe!“ Oder, wie bei obigem „Sorgenkind“: „Ich leide, weil ich mich deinetwegen verausgabte!“ Und bei Greta, der Freundin von Frau Kern: „Ich leide, weil ich Dir etwas Gutes tun wollte ...“.

Intrusive Äußerungen sind oft mit einem Vorwurf kombiniert: „Ich tue alles für dich, aber Du bist so undankbar!“ oder auch mit Entwertungen: „Ich will nur dein Bestes, aber Du ver-

dienst das gar nicht!“ Wenn schon Erwachsene, Psychotherapeutinnen und -therapeuten eingeschlossen, so leicht darüber zu verwirren sind, um wessen Interessen es hier geht, ist es für Kinder noch viel schwerer, bei einem elterlichen Tun, das als Handeln „aus Liebe“ deklariert wird, die selbstbezogenen Motive darin zu erkennen und sich gegen diese Überwältigungs- und Bemächtigungsversuche zu wehren.

Kurzschluss im Kopf: Mechanismen der Verwirrung

Solche invasiven Momente, in denen Abhängigkeitsbeziehungen ausgenutzt werden, um zu manipulieren und sich des anderen zu bemächtigen, hat ein Kollege³ „emotionale Granaten“ genannt. Sätze wie: „Du bist schuld, wenn die Mama traurig ist“ oder der immer wieder zu hörende Vorwurf „Das machst Du nur, um mich zu ärgern!“ wirken tatsächlich wie Blendgranaten. Sie überfordern ein Kind emotional und intellektuell, sodass es nichts mehr sehen und nicht mehr klar denken kann. Kinder können diesen Überwältigungsvorgang kaum beschreiben, Erwachsene erfassen ihn manchmal genauer.

So erzählt Frau Aller, dass sie sich, wenn ihr cholerischer Chef wieder mal in Rage auf sie zukomme, fühle „wie in diesen Science-Fiction-Filmen: Mein Schutzschild ist kaputt, er sticht mit seinem Schwert auf mich ein, und es sprüht nur noch Funken, ich kann dann gar nichts mehr sehen und denken!“

Frau Roth hat sich kürzlich einer hochdosierten Chemotherapie unterzogen, bei der das Blut nur noch wenig Sauerstoff ins Gehirn transportierte. Wenn sie bei der Lektüre der Tageszeitung auf einen Satz mit doppelter Verneinung stieß, habe sie Schweißausbrüche und Herzrasen bekommen, ihr wurde speiübel, sie musste die Zeitung beiseitelegen.

So ähnlich dürften Kinder empfinden, wenn sie mit zu komplexen Informationen und Beziehungsangeboten konfrontiert sind. Insbesondere kleine Kinder, deren Hirnfunktionen intentionales Denken noch nicht begreifen können, sind mit Vorwürfen wie: „Das hast Du doch mit Absicht gemacht!“ oder

auch: „Ich wollte nur Dein Bestes ...“ völlig überfordert. Sie erleben die Mutter in feindlicher Erregung und möchten deshalb unbedingt diese Botschaft erfassen, damit sie die Mutter beruhigen und ihre Liebe wiedergewinnen können. Aber die Botschaft ist zu komplex für ein kleines Kind. „Emotionale Granaten“ bewirken, dass die Kinder in körperliche und emotionale Spannungszustände geraten, die sie fast wahnsinnig machen, wie es Frau Roth während der Chemotherapie an sich beobachtet hat.

³ Leider kann ich hierzu keine genaue Quelle angeben – für Hinweise bin ich dankbar.

Die blitzartigen Prozesse, die in so einem Moment der Überwältigung ablaufen, hat Frau Schmidt einmal sehr genau bei sich beobachten können. Sie ist Lehramtsstudentin und hat Ängste, sich im Seminar zu beteiligen. In der Oberstufe habe sie, sonst eher schüchtern, sich einmal spontan und lebhaft gemeldet, weil ihr Lieblingsthema gefragt war. „Sieh an,“ sagte der Lehrer, „die Katrin hat auch mal was beizutragen!“ In dem Moment seien die Namen der Renaissance-Maler wie ein Feuerwerk vor ihren Augen explodiert: Masaccio und Michelangelo, Tizian, Tintoretto, Botticelli ... Der Maler, von dem sie sprechen wollte, sei nicht dabei gewesen. Dann sei das Feuerwerk erloschen, es wurde dunkel. Sie habe irgendwas gestammelt und nur mühsam den Faden wieder gefunden. Danach habe sie sich gefragt, ob sie vielleicht doch zu blöd sei für das Gymnasium.

Frau Schmidt hat hier einen Intrusionsvorgang wie in Zeitlupe beobachten können, der sonst so blitzartig abläuft, dass er kaum zu erfassen ist. Der Lehrer hatte sie, als er ihr das Wort erteilte, zugleich als schüchterne Schülerin bloßgestellt. Während Frau Schmidt sich auf die Inhalte konzentrieren wollte, lenkte der Lehrer die Aufmerksamkeit auf Persönliches. Mit ähnlichen Tricks arbeiten Magier, wenn sie uns verzaubern wollen und wenn wir uns verzaubern lassen wollen: Sie lenken die Aufmerksamkeit auf etwas Nebensächliches, sodass wir nicht wahrnehmen können, wie sie uns überraschen. In der Pädagogik sind solche Tricks aber unangemessen, sie verunsichern, statt zu unterstützen.

Wenn wir uns also vorzustellen versuchen, wie solche entwertenden und demütigenden Bemerkungen auf ein Kind mit unausgereiften Ichfunktionen wirken, ist das Ausmaß an Verstörung, Hilflosigkeit und Panik vielleicht besser zu erahnen. Die funkensprühenden Kurzschlüsse im Kopf, das Zerschneiden jeder (Denk-)Struktur, die Sprachlosigkeit und damit auch die völlige Wehrlosigkeit bedeuten, dass ein Kind so einem verbalen Angriff schutzlos ausgeliefert ist und von ihm komplett überwältigt wird.

Claras Dilemma: Kinder im Umgang mit elterlicher Intrusion

Frau Paul hat mit angehört, wie ihre dreieinhalbjährige Tochter Clara zur Oma sagte: „Ich mag den Papa nicht, weil ich ihn nerve!“ Frau Paul bringt diese Szene mit in die Therapie, weil sie hier eine Verwirrung erkennt, die ihr selbst auch zu schaffen macht.

Die Äußerung der Tochter ist in sich unlogisch und lässt gerade wegen ihrer Un-Schlüssigkeit sehr kostbare Einblicke zu, denn sie zeigt den Moment, in dem elterliche Schuldzuweisung noch Irritation auslöst, sich also noch nicht völlig als destruktives Introjekt eingemischt hat. Der

Vater hat der kleinen Clara wohl mehrfach gesagt, dass er sich von ihr gestört fühle, und mit diesen Vorwürfen die Drohung verbunden, ihr deshalb die Liebe zu entziehen. Beide Botschaften des Vaters sind eigentlich ungeheuerlich: Denn auch Ausgelassenheit und Lärm gehören zum kindlichen Verhalten, es wäre also Sache des Vaters, sich davon nicht immer wieder „genervt“ zu fühlen. Und die Drohung, ein Kind deshalb weniger zu mögen, weil es sich nicht den Bedürfnissen der Eltern anpasst, nimmt dem Kind jeden Halt. Sie demontiert den Vater als den Schutz und die Identifikationsfigur, die das Kind in ihm erwarten möchte. Das gilt für Mütter in entsprechenden Fällen ebenso. Und wenn es um das Primärobjekt geht, ist die Haltlosigkeit umso abgründiger, denn von dessen Zuwendung hängt das Überleben ab. Wenn die Mutter so aus ihrer Rolle fällt, hat das Kind das Gefühl, „mutterseelenallein“ in einer zerbrechenden Welt zu sein.

Wenn das elterliche Verhalten so wenig dem Erwartbaren und Lebensnotwendigen entspricht, wird das Kind vor Erschrecken sprachlos. Es ist zu vermuten, dass in Clara nun Ähnliches vorgeht, wie ich eben beschrieben habe: Dass ein Feuerwerk an Reaktionsversuchen lauter Kurzschlüsse zündet, bis es „dunkel“ wird. Ein erster Versuch könnte sein: „Sag so was nicht, Papa, das tut mir weh!“ Oder: „Wenn Du so was sagst, dann mag ich Dich nicht!“ Aber wenn solche berechtigten, wehrhaften Reaktionen aufleuchten, flammt sofort auch die Angst auf, den Vater zu verärgern und seine Liebe noch mehr zu gefährden. Also beginnt das Kind zu zögern und zu zweifeln, ob es sich nicht doch täuscht, ob der Vater vielleicht doch Recht hat. Clara hat sich in ihrer Verwirrung an die Oma gewandt. Wahrscheinlich hat die eher beschwichtigend reagiert: „Der Papa meint das doch nicht so, der ist doch nur müde von der Arbeit ...“ könnte sie gesagt haben. Und auch die Mutter, meine Patientin, hat nicht aufseiten der Tochter eingegriffen.

Der Taumel ins Bodenlose, der für ein Kind durch die Selbstdemontage elterlicher Autorität und Würde ausgelöst wird, ist also nicht erst bei schwerer Misshandlung zu erleben. Auch in den kleinen Momenten elterlicher Vorwürfe und Ungeduld tut sich ein Abgrund auf. „Du hast ja schon wieder nicht aufgeräumt!“ oder: „Ich hätte ja gedacht, dass Du das von allein siehst ...“ oder: „Das hast Du doch jetzt extra gemacht!“ sind typische Sätze von überlasteten Eltern ihren Kindern gegenüber. Und jedes Mal fühlt sich ein Kind hier verkannt, ungerecht beurteilt, entwertet. Es spürt den drohenden Liebesent-

— Der Taumel ins Bodenlose, der für ein Kind durch die Selbstdemontage elterlicher Autorität und Würde ausgelöst wird, ist nicht erst bei schwerer Misshandlung zu erleben. —

zug, der in dem genervten Ausruf mitschwingt. Und es spürt wohl auch Scham angesichts von Eltern, die aus der Rolle

fallen und denen gegenüber es in solchen Momenten schwer ist, Respekt zu empfinden. Generalisierungen wie „schon wieder nicht“ oder Unterstellungen eines feindseligen Motivs zeigen die Eltern als wenig verständlich und wenig reflektiert. Dabei ist es für Kinder gleich, ob die Äußerungen unbedacht oder gar gezielt zur Einschüchterung gemacht werden. Und Kinder können natürlich auch nicht mitbedenken, dass die Eltern hier wiederholen, was sie selbst als Kinder zu hören bekamen.

Wenn Kinder nur ab und an solchen intrusiven Attacken ausgesetzt sind und wenn die Eltern ihr übergriffiges Verhalten sogar bedauern und korrigieren können, nehmen Kinder keinen Schaden davon. Wenn sie aber solche Erfahrungen immer wieder machen, führt das zu subtraumatischer Überlastung. Ferenczi sprach von „traumatischer Trance“ (a. a. O., S. 308), in die Kinder durch elterliche Übergriffe geraten. In diesem Verwirrungszustand wird es möglich, mittels Introjektion der elterlichen Schuld die Eltern als Liebesobjekte wiederherzustellen und damit das eigene Überleben zu sichern.

Der Konflikt verschwindet: Vergraben als Bewältigungsversuch

Clara hätte allen Grund zu sagen: „Ich mag den Papa nicht, wenn er so etwas sagt!“ Aber ein Kind, das eine Elternfigur als schwach und unwürdig erlebt hat und diese Beobachtung offenbaren könnte, spürt in solch einer Situation, dass es nicht mit Rückhalt und Bestärkung durch Erwachsene rechnen kann, sondern Ablehnung oder gar Strafe zu befürchten hätte. Also schweigt es nicht nur, sondern möchte die ganze unerträgliche Szene auslöschen und vergräbt sie tief in seiner Seele. Alles verschwindet in einer „Krypta“, wie Abraham und Torok (1986, S. 79) beschrieben haben: Sie sprechen von der „Einschließung“ einer Szene, die unsagbar ist und verschwiegen werden muss. Diese Form der Abwehr grenzt sie von der Verdrängung ab, die sich durch Spuren aufdecken lässt, wie sie in neurotischen Symptomen und in der Übertragungsbeziehung erkennbar werden. Was dagegen durch eine kryptische Einschließung abgewehrt wird, wird gleichsam inexistent, es verschwindet spurlos. Durch das Einmauern wird die Unzulänglichkeit der Elternfigur schlagartig ausgelöscht, zugleich wird auch die eigene Empörung darüber, wird der Impuls zum Protest, eine gesunde Aggression also, vernichtet. Das Verschließen einer konflikthafter Szene in einer Krypta bewirkt, dass ihre Anteile nicht mehr der Bearbeitung zugänglich sind. Weder kann die Enttäuschung durch das Liebesobjekt betrauert werden noch kann die Aggression als aktive Energie weiter zur Verfügung stehen (ebd., S. 63, S. 75).

Wir sehen dieses Verschwinden des skandalösen Elternhandelns bei Clara deutlich: Sie sagt nicht (mehr): „Ich mag den Papa nicht, weil er sagt, dass ich ihn nerve!“ Der Vater als ungerecht und verletzend Agierender ist schon in der Krypta verschwunden. Damit fehlt das logische Verbindungsstück zwischen Ablehnung und Begründung. Was bleibt, ist die Ver-

wirrung: „Warum mag ich den Papa denn nicht? *Ich* nerve *ihn* doch, also hat *er* doch allen Grund, *mich* nicht zu mögen?!?“ Verwirrungen und Verstörungen haben keine logische Erklärung mehr. Es bleibt nur ein diffuses Gefühl, die Welt nicht richtig zu verstehen, sich selbst nicht richtig begreifen zu können. Und für diese Unklarheiten bietet sich die elterliche Darstellung und Argumentation als (scheinbar) logische Kausalität an: Die Probleme kommen daher, dass das Kind nervig ist, ungehorsam, störend, fordernd usw. Es muss sich nicht wundern, wenn die Eltern es dann strafen und ihm die Liebe entziehen. Eine solche Übernahme elterlicher Sichtweisen, also eine „Identifikation mit dem Aggressor“ befriedet die Beziehung wieder. Auch Clara wird wahrscheinlich bald zu dem Schluss kommen: „Der Papa mag mich nicht, weil ich so nervig bin!“ Das Kind sieht sich so wieder im Einklang mit den Eltern und kann hoffen, dass es, wenn es sich an ihre Anweisungen und Regeln hält, keinen erneuten Liebesverlust erleidet. Die Wunde, die bei der Erfahrung elterlichen Versagens aufklaffte, kann so zwar nicht heilen, aber sie wird zumindest nicht mehr angerührt.

Die Persönlichkeit, die sich über der Krypta eingemauerter Erfahrungen und Erkenntnisse entwickelt, ist zwangsläufig mit partiellen Einschränkungen und Störungen behaftet. Sie wird u. a. an einem Mangel an Lebendigkeit erkennbar und an dem, was Ferenczi (1931, S. 283) als „gelehrten Säugling“ bezeichnete: Insofern, als „Kinder, die moralisch oder körperlich viel gelitten haben, die Gesichtszüge des Alters und der Klugheit bekommen“. Kinder, die früh mit der Erfahrung konfrontiert sind, ihre Eltern als schwach und unfähig, also als selbst bedürftig zu erleben, versuchen ihr eigenes Überleben dadurch zu sichern, dass sie ihre Pflegepersonen bemuttern: „Sie werden gut und hilfsbereit“ und gehen in der Parentifizierung auf, ohne ihr Eigenes entfalten zu können.⁴

Von dem in der Krypta Verschlussenen geht also die Macht aus, das Kind an die Eltern zu fesseln und ihren Bedürfnissen anzupassen. Oft sind diese Patientinnen und Patienten auch in Denkmustern fixiert, die Mentzos (1984, S. 81) als „unlösbare Entweder-Oder-Konflikte“ beschrieben hat: Entweder hat der Papa recht oder ich habe recht, entweder habe ich Schuld oder die Eltern haben Schuld. Das Versenken des logischen Zusammenhangs in der Krypta bewirkt, dass das Dritte fehlt und gar nicht mehr gedacht werden kann. Der psychische Raum ist zusammengeschrumpft auf etwas Zweidimensionales. Die Dynamik pendelt zwischen Selbstanlagen, nicht gut genug zu sein, und Klagen über körperliche Beschwerden oder die schwierigen Verhältnisse. Öffnungen und Entwicklungen sind nirgends in Sicht. Die Konflikte, die diese Patienten schildern, erscheinen oft flach, als Nebenschauplätze, während das Eigentliche ungreifbar bleibt. Ich denke, dass viele Probleme beim Schreiben von Therapieberichten auf dieses Problem zurückgehen: Auch wir haben manchmal „Knoten im Kopf“ und können nicht erfassen, wo-

⁴ André Green hat dies in seinem Aufsatz „Die tote Mutter“ (1993) eindrücklich dargestellt.

rum es wirklich geht, wenn uns die Krypta noch verschlossen ist.

Geisterbahnfahren: Die Reaktivierung der Konflikte im therapeutischen Prozess

„Huch – aber ich will doch jetzt meinen Eltern nicht die Schuld dafür geben, dass es mit meinen Beziehungen nicht klappt!?!“

So oder ähnlich erschrocken äußern sich Patientinnen und Patienten oft, wenn sie erstmals die Möglichkeit erkennen, dass ihre aktuellen Probleme mit ihren Kindheitserfahrungen zu tun haben könnten, wenn also die Krypta sich den ersten Spalt breit öffnet. Manche besinnen sich selbst schnell und sagen: *„Ach, es geht ja gar nicht um Schuld, es geht doch darum, dass ich was über mich verstehen will!“* Sie können sich dann weiter ihren Erinnerungen zuwenden. Andere geraten in einen immer heftigeren Strudel verwirrender und beängstigender Gefühle.

Die zitierte Reaktion mancher Patienten macht deutlich, dass sie glauben, irgendjemand müsse schuld sein an ihren Problemen. Denn wenn sie nun erwägen, den Eltern die Schuld geben zu müssen, sind sie bisher bewusst oder unbewusst davon ausgegangen, dass sie selbst schuld an ihren Schwierigkeiten und Erkrankungen seien. Sie haben die elterlichen Zuschreibungen introjiert und sind in jenem „Entweder-Oder-Konflikt“ gefangen. Für die daraus folgenden Selbstbezeichnungen hören wir als Psychotherapeuten täglich Beispiele. *„Nein“*, heißt es da, *„ich wurde nicht gestillt, weil ich die Brust nicht angenommen habe“*. Oder: *„Zärtlichkeit mit meiner Mutter gab es nicht, die hatte gar keine Chance, mir nahezukommen, weil ich so ein Papakind war!“* Oder anders: *„Mit meinem Vater gab es keine Nähe, weil ich dem nie was erzählt habe“*. Oder auch, oft mit einem Grinsen verbunden: *„In der Schule war ich nicht gut, ich war einfach zu faul!“*

Hier lasten die Patienten sich selbst das Scheitern von Beziehungen oder Plänen an, um die Angst vor Konflikten mit den Liebesobjekten oder gar den angedrohten Verlust der elterlichen Zuwendung abzuwehren. Gängigerweise wird dies als „Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt“ bezeichnet, was impliziert, dass Autonomiewünsche und Bindungsbedürfnisse in Widerstreit geraten können. Nun gehört ein Konflikt zwischen dem Wunsch, Eigenes zu entfalten, und der Angst, dann den Rückhalt der vertrauten Bindung zu verlieren, zu den normalen Herausforderungen des Lebens. *„Was riskiere ich, was muss ich vielleicht aufgeben, wenn ich diesem Impuls nachgebe oder jenes Ziel verfolgen möchte?“* Das ist für Heranwachsende wie auch für Erwachsene immer wieder eine Frage, die Krisen auslöst und damit auch Wachstum ermöglicht.

Im glücklichen Falle stehen Eltern ihren Kindern bei diesen Entwicklungskrisen mit ihrer unverbrüchlichen Liebe bei und bieten ihnen Rückhalt, gleich, wie die Kinder sich entscheiden. Leider aber sind solche Krisen für Eltern, die ihre Kinder an sich binden wollen, ideale Ansatzpunkte dafür, die Kinder einzuschüchtern und ihre Selbstständigkeit zu sabotieren. Anstatt die Kinder zu ermutigen, nutzen sie deren Unsicherheiten und Ängste, um ihnen zu drohen, vor allem damit, dass sie dann nicht mehr liebenswert seien. Denn nur aufgrund solcher Drohungen kann sich in so vielen Patienten die Vorstellung entwickelt haben, dass elterliche Liebe, Zuwendung und Rückhalt an Bedingungen gebunden sind.

Nun sind das, was die Patientinnen und Patienten uns in die Psychotherapie und die Übertragungsbeziehung mitbringen, ihre inneren Eltern, also das Elternbild, das sich im Laufe der psychischen Entwicklung gebildet hat. Die inneren Eltern müssen also den realen nicht entsprechen. Manche psychoanalytischen Schulen gehen davon aus, dass sich solch eine manipulative Elternimago allein aufgrund innerpsychischer projektiver Abwehrkonstrukte des Kindes zu entwickeln vermag. Andere – und ihnen schließe ich mich an – plädieren dafür, auch den Blick auf die realen Eltern und ihre Erziehungsmuster mit in den Verstehens- und Deutungsprozess einzubeziehen. Erziehungsweisen, die Eigensinn und Abgrenzung, gar eine kritisch-aufbegehrende Haltung des Kindes nicht zulassen, können durchaus zur Erfahrungswelt der Patienten gehören und müssen berücksichtigt werden, genauso, wie wir auch die sonstige gesellschaftliche Realität der Patienten in der Behandlung beachten, wie wir ihren sozialen Status, ihre Arbeitsbedingungen mitdenken und Krankheiten oder Gewalterfahrungen als Einflüsse äußerer Realität berücksichtigen. Paul Parin (1978) hat auf die Notwendigkeit der „Gesellschaftskritik im Deutungsprozess“ hingewiesen.

Im Verlauf einer psychoanalytisch fundierten Psychotherapie wird also ein kritischer Blick auf elterliches Verhalten nötig und möglich, was zu Loyalitätskonflikten und Verlustängsten führen kann, die nicht nur in der Übertragung, sondern auch in der Gegenübertragung zu durchleben und zu bearbeiten sind. Das „Huch“ der Patienten und Patientinnen macht anschaulich, dass diese neue Sicht auf die Eltern eine Entwicklung in Gang setzen kann, die zeitweise einer Fahrt in der Geis-

— **Eine neue Sicht auf die Eltern kann eine Entwicklung in Gang setzen, die zeitweise einer Fahrt in der Geisterbahn ähneln mag.** —

terbahn ähneln mag. Die Schuldthematik ist dabei nur eine zusätzliche Verwirrung stiftende Einleitung dieses Prozesses, in dessen Verlauf noch andere ängstigende Entdeckungen und Ungeheuerlichkeiten zutage kommen können. Das Erschrecken vieler Patienten beim ersten kritischen Blick auf die Eltern gilt nicht nur der aufscheinenden Ablösung von

den Elternimages und dem Zerschneiden der Illusion harmonischer Verbundenheit. Das Erschrecken könnte auch von der Ahnung darüber gespeist sein, dass die realen Eltern ihre Position missbraucht und die Angewiesenheit des Kindes ausgenutzt haben, dass sie also nicht so uneigennützig geliebt haben, wie ein Kind es sich wünscht. Und das Erschrecken könnte auch einer Ahnung davon gelten, wie ohnmächtig und verloren man als Kind diesen elterlichen Verhaltensweisen ausgesetzt war. Was hier aus der Krypta, aus den Tiefen früherer Erfahrungen und Konflikte heraufweht, kann Verzweiflung und Todesängste aufwirbeln. Für eine produktive Bearbeitung dieser konflikthaften Einblicke brauchen die Patienten meiner Erfahrung nach deshalb einen psychotherapeutischen Beistand, der zwar abstinenter, aber doch auch parteiischer sein muss, parteiischer, insofern er die missachteten oder gar misshandelten Anteile der Person ernst nimmt und ihnen zur Sprache verhilft.

Entwerrung der Knoten

Herr Werner erzählt, dass er als Kind beim Spielen mal fast einen Lagerraum des elterlichen Betriebs angezündet hätte, und sagt zerknirscht: „Ich war ein ziemlicher Rotzlöffel!“ „Rotzlöffel oder Lausub?“ frage ich in seine Erzählung hinein. Herr Werner überlegt dann, dass sein Vater ihn ja immer wieder sehr demütigte und schlechtmachte, wenn er sich einfach nur als Junge austobte. So gesehen sei er also doch eher ein Lausub gewesen. Er wird dann traurig darüber, dass seine kindliche Unbeschwertheit von solchen verächtlichen Bemerkungen des Vaters belastet und erdrückt wurde, und merkt, wie häufig er sich auch heute noch einschüchtern lässt.

Solche spontanen und kecken Interventionen haben einen Überraschungseffekt, der im Sinne eines „Begegnungsmoments“ (Stern 2005, S. 182) befreiend wirken kann. Denn mit einer Sichtweise, die die gewohnte Vorstellung der Patientinnen und Patienten unterläuft, wird ihnen nicht nur möglich, ihre Vorstellungen um etwas Neues zu erweitern. Durch das Moment der Überraschung, die aus meiner eher spontanen Intervention resultiert, ergibt sich ein Innehalten, das eine zeitliche und räumliche Öffnung zugleich ermöglicht. Die körperliche Entspannung, die dabei zu erleben ist, unterstützt die Lockerung im Denken. Die Öffnung betrifft auch die Wiederherstellung der bei der Parentifizierung ausgelöschten Generationendifferenz: Hinter dem halbstarken Rotzlöffel kommt das kleine, lebhaftere und neugierige, aber auch schutzlose Kind zum Vorschein, das dem übermächtigen Erwachsenen gegenübersteht. Damit wird trianguläres Denken und Streben möglich. So werden auch andere Konflikte als die zweidimensionalen Entweder-Oder-Konstellationen bearbeitbar.⁵

Ganz gleich wie sich der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin mit ihrer Sicht einbringt, spontan oder zurückhaltend, wesentlich für eine Öffnung ist, dass der kritische Blick auf die gesellschaftlichen Verhältnisse, die auf die Patienten einwirken, mit zu den Kategorien gehört, nach denen bei

gleichschwebender Aufmerksamkeit das Material der Patienten wahrgenommen und geordnet wird. Das gilt für aktuelle Einwirkungen auf die Patientinnen und Patienten durch die Menschen im Umfeld und durch soziale Prozesse ebenso wie für frühere Einwirkungen, hier insbesondere durch Eltern und Pflegepersonen. Würde die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut nur die Ansichten über die soziale Realität teilen, wie die Patienten sie vorbringen, könnte nichts Neues entstehen. Paul Parin empfahl deshalb: Die Deutungen des Analytikers sollten nicht nur die Realität aufgreifen, wie der Patient sie wahrnimmt, sondern auch „eine Kritik oder Analyse der sozialen Realität, die der Patient nicht wahrnimmt“ (Parin 1978, S. 35) beinhalten.

Das hieß für mich z. B. Frau Aller gegenüber, nicht nur ihrer Einschätzung zu glauben, dass der Chef cholerisch ist, sondern auch zu sagen, dass sein Verhalten wenig Führungsstärke erkennen lässt. Ich musste meine Kritik an seinem Verhalten mehrfach einfließen lassen, ehe Frau Aller die nötige Kraft und Distanz fand, ihren Chef kritisch zu sehen und nicht nur darum zu ringen, wie sie ihn erträgt. Denn diese Distanz dem Chef gegenüber ging zwangsläufig einher mit einem kritischen Blick auf die frühe Mutter, deren Launen und Ungerechtigkeiten zu ertragen Frau Aller gezwungen war. Als Frau Aller schließlich verstand, dass ihr Leben heute nicht mehr von der Unterwerfung unter ein launisches Objekt abhängt, konnte sie die Stelle wechseln.

Ungerechte und überfordernde Verhaltensweisen als solche zu benennen, gilt für die aktuelle Realität ebenso wie für Erfahrungen in der Kindheit. In meiner täglichen Arbeit gehe ich in der Fantasie oft mit den Patienten auf den Spielplatz oder in die Küche ihrer Kindheit, an die Orte, wo sie einst schutzlos etwas Einschüchterndem und Unbegreiflichem ausgesetzt waren. Solch spielerisches, kindliches Mitagieren beschrieb schon Ferenczi 1931 in seinem Vortrag „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ als produktiv. So hätte z. B. Clara sicher sehr davon profitiert, wenn ihre Oma sie an die Hand genommen hätte und gesagt hätte: „Na, da müssen wir jetzt aber mal mit dem Papa reden, so was darf er nicht zu Dir sagen!“ Ich erfinde also Tanten und große Brüder, die bei überfordernden Szenen, die die Patientinnen und Patienten aus ihrer Kindheit erinnern, intervenieren könnten und lasse die Patienten ihnen Worte in den Mund legen, die sie selbst damals nicht zu sagen wagten. Heute lernen Kinder schon im Kindergarten, mit einer raumgreifenden Geste der Hand dem Gegenüber „Stop!“ zu signalisieren. Bei diesen Übungen geht es nicht etwa um ein gehauchtes: „Nein, bitte nicht!“, sondern um eine kraftvolle, aus dem Körper erwachsende Zurückweisung. Wenn unsere Patienten und Patientinnen als Kind und Erwachsene zu dieser abgrenzenden Geste noch nicht fähig sind, gehört es meines Erachtens zu den therapeutischen Aufgaben, die Befähigung zu diesen Gesten zu fördern, auch durch Angebote in fantasierten Szenen und durch das Vorle-

⁵ Ein ausführliches „Modell zur Behandlung maligner und traumatischer Introjekte“ bietet Rosenberg an (2010, S. 157-169).

ben der Selbstbehauptung mittels eigener körperlicher und stimmlicher Präsenz. Dabei handelt es sich nicht um Manipulation, sondern um Angebote, „die Fähigkeit des Patienten zu Eigenproduktionen zu vertiefen“ (Ferenczi 1931, S. 281).

Aufdeckung als therapeutische Herausforderung

Frau Frank, berufstätige Mutter von zwei Kindern und seit zwei Jahren in Behandlung, sagt: „Also letzte Woche, das fand ich echt drastisch, wie Sie das beschrieben haben, wie meine Eltern mich im Stich gelassen haben! Ich wollte das gar nicht hören und hatte Angst, dass ich jetzt Krach kriege mit meinen Eltern. Und dann hatte ich das Bedürfnis, meine Eltern in Schutz zu nehmen! Aber nach der Stunde hab ich gedacht: Also, ich fühl mich doch heute bei meinem Mann manchmal noch genauso verloren und allein gelassen! Also ist da doch was dran, das mir das früher auch so ging. Und dass das sogar viel schlimmer war für mich als Kind ...“ Frau Frank hatte gerade vorher noch sehr an ihrer Wahrnehmung gezweifelt: „Meine Eltern waren doch immer da! Und mein Mann ist doch auch fürsorglich? Dann ist es doch ungerecht, wenn ich mich im Stich gelassen fühle!“ Jetzt hatte die „drastische“, zwar einfühlsame, aber auch schonungslose Beschreibung ihrer Verlorenheit als Kind ihr ermöglicht, sich selbst mit ihrer Wahrnehmung ernst zu nehmen. Damit können sich die Knoten der Selbstzweifel und Selbstanklagen entwirren.

Als Frau Frank zu reden begann und meine Äußerungen von letzter Woche „drastisch“ nannte, bekam ich selbst Angst: War ich zu hart gewesen, den Eltern gegenüber unfair? Findet die Patientin das jetzt so unmöglich, dass sie die Behandlung abbricht? Solche Momente des Erschreckens durchlebe ich immer wieder einmal. Auch in der Szene mit Frau Kern, die von ihrer Freundin Greta erzählte, hatte ich dies Erschrecken gespürt, mich gegen die lautstark und plausibel geäußerte Ansicht zu stellen, Frau Kern sei „zu anspruchsvoll“. Solche Ängste in mir als Psychotherapeutin gehen nur zum Teil auf die Übertragungsbeziehung zurück. Aus der Übertragung heraus fühlen wir die Ängste mit, die bei den Patientinnen und Patienten aufbrechen, wenn sie an die frühen Verlorenheitserfahrungen rühren. Niemand möchte das wiedererleben, Patienten möchten ebenso wenig wie Psychotherapeuten so etwas nachfühlen oder erinnern. Aus der Übertragung heraus fühlen wir auch die Angst mit vor den nun anstehenden Konfrontationen mit den Elternimages oder anderen Autoritäten, deren Verhalten die Patienten schließlich als unzulässig erkannt haben, was Wut, Empörung und Abgrenzungswillen weckt. Die Risiken, die damit aufbrechen und die auch wir als Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht überschauen können, lösen auch bei uns Angst und Bangen aus. Wenn wir diese Angst erkennen lassen, weil wir selbst den Faden verlieren, ins Stammeln kommen, macht uns das nicht unsouverän, sondern umso glaubhafter, vorausgesetzt, wir können aufrichtig darüber sprechen. Auch solche Situationen der eigenen Unsicherheit sind „Begegnungsmomente“, die den

Patienten neue Erfahrungen eröffnen. Den lebensgefährlichen Konflikt mit den Elternimages zu wagen, ist deshalb nicht nur eine Aufgabe für die Patienten, sondern er ist auch für uns als Psychotherapeuten immer wieder einzugehen und vorzuleben.

Psychoanalytische Theorie – zwischen Herrschaftskritik und Affirmation

Die Ängste vor dieser Konfrontation mit Elternimages haben aber auch eine Quelle jenseits der Übertragungsbeziehung. Denn wir alle haben außerhalb und innerhalb unseres Berufs mit Autoritätsängsten zu kämpfen. Für viele von uns hängt die Existenz von unserer psychotherapeutischen Arbeit ab. Wie spontan, wie eigenwillig, wie herrschaftskritisch darf ich in meiner Arbeit sein, ohne meine Existenz zu gefährden, meinen Ruf aufs Spiel zu setzen? Was sagt die Gutachterin oder der Gutachter zu diesem Gedanken, wie werden die Eltern einer jungen Patientin auf jene Idee reagieren? Der Konflikt zwischen dem Wunsch nach Lebendigkeit und der Angst vor dem Verlust von Sicherheiten treibt auch uns immer wieder um.

Die Institutionen der Psychoanalyse und der Psychotherapie können mit ihren Reglementierungen eine gewisse Sicherheit bieten, aber sie können auch negativ sanktionieren oder gar ausschließen. Die psychoanalytische Bewegung bietet hierzu viele Geschichten an, oft mit eher einschüchterndem Tenor. Der Konflikt zwischen subversivem und angepasstem Verhalten spielt von Anbeginn an eine Rolle. Als Freud selbst noch eher unbekannt war und nichts zu verlieren hatte, konnte er einem jungen Mädchen, Katharina genannt, vor einer Almhütte zuhören und nahm ihre Schilderungen von sexuellen Übergriffen als glaubhaft auf (Freud 1970, S. 100ff). Als Freud in der Wiener Gesellschaft arrivierte, nahm er Abstand von dem bedrückenden Gedanken, dass „so oft der Vater als pervers beschuldigt werden musste, mein eigener nicht ausgeschlossen“ (Freud 1975, S. 187, Brief an Fließ vom 21.9.1897). Nun tat er Doras Erzählung über erlittene sexuelle Übergriffe als Verführungswünsche ab und ließ sie sehenden Auges (Freud 1905, S. 174) mit der erschütternden Erfahrung allein, dass sie als Tauschobjekt zwischen frustrierten Ehemännern, ihrem Vater und einem Freund der Familie, dienen sollte. Maud Mannoni (1976, S. 19, kursiv i. O.) gab zu bedenken, „wie sehr sich Freud in den Analysen des *kleinen Hans* und *Doras* auf der Seite der *elterlichen Autorität* befand“. Mannoni zeigt, „wie die Institution Familie gemeinsam mit der medizinischen Institution den *Missbrauch von Macht* (...) vorangetrieben hat, und zwar auf der Basis einer Perversion des Wissens“ (ebd., S. 15, kursiv i. O.).

Erfrischend unkonventionell trat Sandor Ferenczi den autoritätsangepassten Tendenzen in der psychoanalytischen

⁶ Seine Sensibilität für Machtmissbrauch bewahrte aber auch Ferenczi nicht davor, sich mehrfach über die Abstinenzregel hinwegzusetzen und Verwirrung und Leid bei manchen seiner Patientinnen zu verursachen.

Bewegung entgegen.⁶ Das hatte für ihn schmerzhaft Folgen, er wurde diffamiert und wird bis heute als Theoretiker skeptisch beäugt. Seine Gedanken wurden eher in Frankreich als in Deutschland und eher bei Kindertherapeutinnen und -therapeuten als in den etablierten psychoanalytischen Gesellschaften aufgenommen. Maria Torok geht mit Bezug auf Ferenczi auf dies Bündnis zwischen Familie und Medizin/Psychoanalyse ein und legt den Missbrauch elterlicher Macht durch Perversion des Wissens offen. In ihrer Arbeit „Die Bedeutung des ‚Penisneides‘ bei der Frau“ (Torok, 1974) zeigt sie, dass die Frau nicht deshalb neidisch auf die männliche genitale Ausstattung wird, weil sie kein entsprechendes Organ hat, wie es die gängige Theorie damals sah. Sondern, so Torok, die Mutter unterbindet die Selbstbefriedigung, indem sie der Tochter das falsche, scheinbar medizinisch fundierte Wissen vermittelt, mit den weiblichen Sexualorganen allein sei gar keine Befriedigung möglich. Durch die Unterbindung der Selbstbefriedigung konnten Töchter unselbstständig gehalten werden und an die Mutter gefesselt bleiben (ebd., S. 211). Indem Torok die mütterliche Darstellung als falsches Wissen entlarvt, löst sich auch das mütterliche Verbot auf, und die Patientin kann selbstständig werden, in jeglicher Hinsicht (Waldeck, 2014, S. 560 f.).

Torok war, wie damals in der Psychoanalyse üblich, sehr auf die triebtheoretischen Aspekte konzentriert. Doch war mir ihre Arbeit auch im Hinblick auf den Umgang mit elterlicher Intrusion sehr hilfreich. Sie zeigt hier, wie sich hinter dem auf der Oberfläche erscheinenden Konflikt zwischen dem Wunsch nach Selbstständigkeit und der Angst, den Rückhalt der Mutter zu verlieren, tief verborgen die ungeheuerliche Erfahrung verbirgt, dass die Mutter die Tochter belügt und (seelisch) verstümmelt, um ihre eigenen Interessen durchzusetzen. Vielleicht war der Blick in diesen Abgrund, der eben auch Mechanismen mütterlichen Machtmissbrauchs offenbart, ein Grund dafür, dass die feministische Psychoanalyse diese wunderbar klare Widerlegung der Penisneid-Theorie übergegangen hat (Waldeck, 2006, S. 143).

Der kritische Blick auf die elterlichen Mittel, das Kind einzuschüchtern, um es als Selbstobjekt nutzen zu können, ist in Bezug auf die weibliche Entwicklung ebenso wie auf die männliche immer wieder eine psychotherapeutische Herausforderung, die von der Theoriebildung längst nicht genug unterstützt wird. Das gilt schon für den Kernkomplex der klassischen Psychoanalyse: „*Der Komplex des Ödipus (ist) der Komplex seiner Vorfahren*“, Ödipus wurde nicht Opfer seiner Triebwünsche, sondern Opfer der verschwiegenen Gewalttaten seiner Vorfahren, so Nicholas Rand (2001, S. 1312).

Sich die Verletzlichkeit von Kinderseelen zu vergegenwärtigen sowie elterliche Gewalt wahrzunehmen und als solche zu benennen, ist unabdingbar für einen produktiven therapeutischen Prozess. Solange Gewalt, auch und gerade der leise Machtmissbrauch in kleinen Gesten und Wendungen, nicht

aufgedeckt und anerkannt ist, bleibt seine pathogene Wucht wirksam. „Das schlimmste ist wohl die Verleugnung, die Behauptung, es sei nichts geschehen, es tue nichts weh, (...) diese machen erst das Trauma pathogen“ (Ferenczi, 1982, S. 285).

Literatur

- Abraham, N. & Torok, M. (1986). Das verlorengegangene Objekt-Ich. Anmerkungen zur endokryptischen Identifikation. In: Sexualität. Herausgegeben vom Psychoanalytischen Seminar Zürich. Frankfurt am Main: Syndikat/EVA.
- Ferenczi, S. (1931). Kinderanalysen mit Erwachsenen. In: Schriften zur Psychoanalyse, Band 2, Frankfurt a.M. (1982).
- Ferenczi, S. (1933). Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. In: Schriften zur Psychoanalyse, Band 2, Frankfurt a.M. (1982).
- Freud, S. (1905). Bruchstücke einer Hysterie-Analyse. In: Hysterie und Angst. Studienausgabe Bd. VI. Frankfurt a.M. (1971): S. Fischer.
- Freud, S. & Breuer, J. (1970). Studien über Hysterie. Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- Freud, S. (1975). Aus den Anfängen der Psychoanalyse. 1887-1902. Briefe an Wilhelm Fließ. Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- Green, A. (1993). Die tote Mutter. *Psyche* 47 (3), 205-240.
- Mannoni, M. (1976). „Scheißerziehung“. Von der Antipsychiatrie zur Antipädagogik. Frankfurt a.M.: Syndikat.
- Mentzos, S. (1984). Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- Parin, P. (1978). Gesellschaftskritik im Deutungsprozess. In: Ders.: Der Widerspruch im Subjekt. Ethnopsychanalytische Studien. (S. 34-54). Frankfurt a.M.: Syndikat.
- Rand, N. (2001). Psychoanalytische Literaturbetrachtung am Beispiel König Ödipus. *Psyche*, 55 (12), 1307-1328.
- Rosenberg, F. (2010). Introjekt und Trauma. Einführung in eine integrative psychoanalytische Traumabehandlung. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Stern, D. N. (2005). Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Torok, M. (1974). Die Bedeutung des „Penisneides“ bei der Frau. In: J. Chasquet-Smirgel (Hg.), Psychoanalyse der weiblichen Sexualität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Waldeck, R. (2006). Réflexions de Maria Torok sur la fixation de l'infériorité féminine. Remarques sur la „crypte“ de la féminité. In: C. Nachin (Hg.), *Psychoanalyse, histoire, rêve et poesie*. Paris: L'Harmattan.
- Waldeck, R. (2014 (2000)). Masturbation(-sphantasie) weiblich. In: W. Mertens (Hg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. (S. 559-563) Stuttgart: Kohlhammer.



Dr. phil. Ruth Waldeck

Gärtnerweg 44
60322 Frankfurt am Main
post@praxis-waldeck.de

Dr. phil. Dipl.-Päd. Dipl.-Psych. Ruth Waldeck ist als Psychologische Psychotherapeutin (tf PT) in eigener Praxis sowie als Supervisorin und QZ-Moderatorin tätig. In Ihren Publikationen befasst sie sich mit der weiblichen Adoleszenz, dem Generationenkonflikt unter Frauen sowie den unbewussten Erbschaften der an Nationalsozialismus und Krieg Beteiligten an die folgenden Generationen.

Der mündige Patient?

Betrachtungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht

Sylvia Sänger

Zusammenfassung: Warum ein solcher Titel, wo doch Google Scholar auf die Phrasensuche „Der mündige Patient“ innerhalb von ein paar hundertstel Sekunden schon 577 Ergebnisse ausspuckt und auch die interdisziplinäre Suchmaschine LIVIVO der Zentralbibliothek für Medizin 145 Arbeiten anzeigt, die bereits diesen Titel tragen (gesucht im Februar 2017). Wenn so viel über dieses Thema geschrieben wird, dann zeigt das eines: Es scheint die mündige Patientin oder den mündigen Patienten¹ (noch immer) nicht zu geben. Der Beitrag beschreibt, warum ein Patient mündig sein sollte, was zur Patientenmündigkeit gehört, wie Patientenmündigkeit durch Empowerment erreicht werden kann und warum es bisher den mündigen Patienten noch nicht gibt. Es werden neben Quellen evidenzbasierter Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen auch Initiativen, Verfahren und Instrumente vorgestellt, die die Patientenmündigkeit fördern sollen.

Ein wesentlicher Bestandteil der Salutogenese, einem Konzept, das sich mit der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit beschäftigt, ist nach ihrem Begründer Aaron Antonovsky die „Fähigkeit, Zusammenhänge des Lebens zu verstehen“ und die „Überzeugung, das eigene Leben zu gestalten“ (Antonovsky & Franke 1997). Im logischen Schluss auf das Verhalten von Patienten in puncto Mündigkeit würde das bedeuten, dass Patienten, die die Zusammenhänge ihrer Erkrankung und therapeutischen Optionen verstehen und in der Lage sind, ihre Krankheit zu managen, einen Beitrag zur Wiedererlangung ihrer Gesundheit bzw. zum angestrebten Therapieerfolg leisten können. Der Patient wird als wichtige „Ressource im Behandlungsprozess“ gesehen (Gray, 2002). Deshalb sollte er mit seinen Wertevorstellungen, Erfahrungen und Präferenzen konsequent in den gesamten Ablauf der Versorgung und Behandlung einbezogen werden. Das betrifft die Mikro-, Meso- und Makroebene der Beteiligung mündiger Patienten. Die Mikroebene ist die Arzt- oder (Psycho-)Therapeut-Patient-Beziehung mit dem zentralen Moment der partizipativen Entscheidungsfindung, bei der „Arzt/Therapeut und Patient auf der Grundlage geteilter Informationen einen gemeinsam verantwortete Entscheidung treffen“ (Härter, 2005). Dies fördert die bewusste und vom Patienten mitgetragene Therapietreue (*adherence*) und befähigt ihn zum Umgang mit der Erkrankung. Auf der Mesoebene besteht Patientenmündigkeit zum Beispiel darin, die Erfahrungen und Präferenzen von Patienten und Patientenvertretern bei der Erstellung von evidenzbasierten Empfehlungen für wissenschaftlich begründete Leitlinien zu berücksichtigen (ÄZQ und AWMF, 2000; Sänger, 2008). Verbraucher und Patienten können sich an Priorisierungsverfahren (Stumpf & Raspe, 2014) und an der Festlegung patientenrelevanter *outcomes* bei der Planung klinischer Studien beteiligen (van Merode et al., 2016).

einschätzung (*patient reported outcome*) der medizinischen Versorgung, mithilfe von Konstrukten zu Lebensqualität, Patientenpräferenzen, Patientenzufriedenheit und wahrgenommene Krankheitssymptome, die objektivierbar gemacht wird. Aber auch an der Planung und Durchführung von Forschungsvorhaben sowie an der Verbreitung von Forschungsergebnissen sind heute Patienten und Patientenvertreter beteiligt. So hat beispielsweise das British Medical Journal 2014 unter dem Titel „Partnering with Patients“ eine Strategie zur Patientenbeteiligung eingeführt (www.bmj.com/campaign/patient-partnership). Es gibt seither ein internationales *patient advisory panel*, Patienten werden als Co-Autoren von Beiträgen eingeladen und sind an Reviewprozessen eingereicherter wissenschaftlicher Beiträge beteiligt.

Seit Juli 2016 kann in Deutschland die Öffentlichkeit unter der Internetadresse www.themencheck-medizin.iqwig.de ihre Fragen an die Wissenschaft stellen und Vorschläge zur wissenschaftlichen Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unterbreiten. Adressat ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG, das diese Vorschläge sichtet und bearbeitet. Und schließlich ist die Beteiligung von Patienten auch auf der Makroebene bei der Gestaltung des Gesundheitssystems per Gesetz möglich, indem Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss gehört werden müssen, wenn es um die Abstimmung der Finanzierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen geht (Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz, 31.07.2016).

Die Patientenbeteiligung auf den verschiedenen Ebenen mit dem Ziel der Gesunderhaltung bzw. Wiedererlangung der Gesundheit ist jedoch nur möglich, wenn sich die Patienten ihrer Mündigkeit bewusst sind, über die erforderlichen Res-

Mehr und mehr leisten Patienten einen Beitrag zur medizinischen Forschung. Ein wichtiges Feld ist hier die Patienten-

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

sources verfügen, ihre Mündigkeit auf den verschiedenen Ebenen auch wahrzunehmen und einzusetzen und wenn das entsprechende Umfeld der genannten Beteiligungsebenen „beteiligungsförderlich“ ist. Dazu gehören rechtliche Voraussetzungen ebenso wie die Patientenkompetenz und die Akzeptanz des mündigen Patienten durch alle Akteure. Doch ob der Patient will oder nicht, er trägt Verantwortung für seine Gesundheit und die Wiedererlangung seiner Gesundheit, wie im §1 des Sozialgesetzbuchs V nachzulesen ist. Dieser Verantwortung kann er nur nachkommen, wenn er mündig ist.

Patientenmündigkeit: abgegriffen, angstbesetzt und fehlinterpretiert

Zweck des Disputs oder der Diskussion soll nicht der Sieg, sondern der Gewinn sein.

Joseph Joubert (1754-1824), französischer Moralist

Der mündige Patient ist einerseits ein scheinbar abgegriffener Terminus, andererseits für Behandler oft noch immer eine Art „black box“. Die Diskussionen im Deutschen Ärzteblatt beispielsweise spiegeln dies wieder. Irgendwie ist man sich einig, dass Patientenmündigkeit wichtig ist. Das Verständnis reicht vom eigenverantwortlichen Patienten bis hin zum „sich selbst überschätzenden Patienten“, der seine Behandler infrage stellt oder zeitraubende Diskussionen in der Praxis verursacht. Mündige Patienten werden als eine Herausforderung gesehen, was sie zweifellos auch sind, wenn Mündigkeit mit Selbstbewusstsein gleichgesetzt wird. Behandler befürchten fehlinformierte Patienten, die aus diesen Fehlinformationen selbstbewusst Forderungen nach bestimmten medizinischen Leistungen ableiten. Aus Behandlersicht stören solcherart mündige Patienten den Praxisablauf. Behandler fühlen ihre Kompetenz angezweifelt und sehen keine Verbesserung der *adherence* im Fall gut informierter Patienten.² Die Sichtweisen der Behandler auf die Patientenmündigkeit sind bisher noch nicht ausreichend beforscht. Falsch verstandene Mündigkeit ist, wenn Patienten ihren Ärzten und Behandlern sagen, was sie tun sollen. Was aber Patienten in jedem Fall tun sollten ist, ihren Behandlern mitzuteilen, was aus ihrem persönlichen Erleben heraus gut für sie ist und was nicht, wo ihre Präferenzen liegen und welche Ängste und Sorgen sie in Verbindung mit ihrer Erkrankung haben. Auch für Patienten ist das Thema Patientenmündigkeit angstbesetzt – wenn sie fürchten, aus Mangel an Fachkompetenz falsche Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, und daher ihr Recht auf Beteiligung nicht wahrnehmen.

Wenn kein Konsens darüber besteht, was Patientenmündigkeit bedeutet, wird das Thema für Behandler und Patienten immer angstbesetzt bleiben oder Anlass zu Fehlinterpretationen bieten.

Was bedeutet Mündigkeit?

Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschliebung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen.

Immanuel Kant (1784)

Nach Meyers Lexikon (Lexikonredaktion des bibliographischen Instituts Leipzig, 1974) steht das aus dem althochdeutschen *mun* (= Schutz) stammende Wort für die für bestimmte Rechtshandlungen erforderliche Reife, die „grundsätzlich im Gesetz an bestimmte Altersstufen gebunden ist.“ Immanuel Kant unterscheidet drei Formen der Unmündigkeit und damit auch der Mündigkeit: die natürliche Mündigkeit, die gesetzliche Mündigkeit und die moralische Mündigkeit (Kant, 1784). „Übersetzt“ für die natürliche Patientenmündigkeit würde die Kantsche Definition bedeuten, dass Patienten vom Lebensalter her „rechtsmündig sind“, um medizinische Maßnahmen zu genehmigen bzw. abzulehnen. Die gesetzliche Mündigkeit endet dann, wenn Patienten noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, eigenverantwortliche und bewusste Entscheidungen zu treffen, und die moralische Mündigkeit muss nach Kant vom Patienten selbst erworben werden. Er ist moralisch dafür verantwortlich, sich mit einem „Willensakt, mit Selbstverantwortung, Entschlossenheit und Risikobereitschaft aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit zu befreien“. Die Bundeszentrale für politische Bildung definiert Mündigkeit als „Selbstbestimmung und Urteilsfähigkeit“ und schließt in diese Kategorien nicht nur die eigene Person, sondern auch die Verantwortung für den Staat und die Gesellschaft mit ein (Schneider & Toyka-Seid, 2013).

Wann ist ein Patient mündig?

„Ich bin nun zweifellos mündig und auch bisweilen Patient; aber dass dies beides hinreicht, um mich einen ‚mündigen Patienten‘ zu nennen, daran zweifle ich aufrichtig ...“

Thomas Buchheim, Philosoph (2005)

Wann ein Patient mündig ist oder nicht, hängt auch von der Sicht derer ab, die diese Mündigkeit definieren. Mündigkeit wird oft gleichgesetzt mit Selbstverantwortung. Die Gesundheitspolitik sieht darin eher den verantwortungsvollen Umgang mit den medizinischen Ressourcen, zum Beispiel in Form von Vermeidung des „Ärztelhoppings“ – ältere Patienten kommen im Jahr auf über 50 Kontakte bei mehr als zehn Ärzten (Schmid, 2014) – oder der unbegründeten Inanspruchnahme ärztlicher Notdienstleistungen (ärzteblatt.de, 2015). Für Ärzte ist der mündige Patient der, der die ärzt-

² Zur erwähnten Diskussion im Deutschen Ärzteblatt siehe z. B. www.aerzteblatt.de/archiv/56904, www.aerzteblatt.de/archiv/79862, www.aerzteblatt.de/archiv/78431, www.aerzteblatt.de/archiv/138014.

lichen Anordnungen entweder klaglos hinnimmt und erfüllt (*compliance*) oder der sich aller Konsequenzen über Nutzen und Schaden bewusst ist und daraufhin die ärztlichen Anordnungen erfüllt (*adherence*). Mündigkeit aus Patientensicht zu erfassen, ist schon schwieriger. Es gibt eine Reihe von Messinstrumenten, mit denen der Grad der Beteiligung, der Autonomie, der Prferenzerklarungen und des Bereuens hinsichtlich Entscheidungsergebnis sowie der *health literacy* ermittelt werden kann (Scholl, Koelewijn-van Loon et al., 2011; Scholl, Kriston, Dirmaier & Härter, 2015; Scholl, Kriston, & Härter, 2011; Pfaff, 2003; Sorensen et al., 2015). Eine Typologie der Patientenmündigkeit hat Dietz vorgenommen (Dietz, 2006), die in einer Studie mit rund 1.700 chronisch kranken Patienten der Indikationsgebiete Diabetes, Adipositas, HIV/AIDS und Brustkrebs untersucht hat, was einen mündigen Patienten ausmacht, und im Ergebnis einen „Patientenmundigkeitsindex“ (PMI) entwickelt hat, der sich auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten bewegt. Hohe Mündigkeit definiert Dietz bei Werten größer 75 Punkten und stellt fest, dass der Durchschnitt ihrer untersuchten Patientengruppe bei 63 Punkten lag. Wer Angebote der Selbsthilfe nutzt, hatte einen höheren PMI. Ebenso wirken sich Alter und Bildungsstand förderlich auf die Mündigkeit aus. Dietz konnte beobachten, dass die Patientenmündigkeit mit zunehmender Krankheitsdauer ebenfalls ansteigt. Nach Dietz sucht ein mündiger Patient intensiv nach Informationen, beschäftigt sich mit diesen gründlich und ausführlich, verfügt über ein hohes Maß an Wissen über seine Krankheit und hat ein hohes Maß an Mitbestimmung.

Selbst nach „guten Informationen“ zu suchen, ist für Patienten eine große Herausforderung. Es kommt darauf an, im „allgemeinen Informationsrauschen“ die „richtigen“ Informationen zu finden. Medizinische Laien können oft nicht einschätzen, ob eine Information qualitativ hochwertig bzw. evidenzbasiert ist. Als Qualitätskriterium wird oft das Erscheinungsbild einer Information angegeben. Informationen, die zum Beispiel beim Hausarzt ausliegen, werden per se für glaubwürdig gehalten. Dies ist ein Ergebnis von Diskussionen mit Patienten im Rahmen von aktuell laufenden Nutzertestungen von Gesundheitsinformationen. Quellen verlässlicher Informationen im Internet sind oftmals nicht bekannt und auch Qualitatskennzeichnungen wie der HON Code of Conduct der Health on the Net Foundation www.hon.ch/HONcode/Patients/Conduct_de.html oder das Transparenzlogo des in Deutschland agierenden Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem afgis e.V. www.afgis.de/qualitaetslogo/transparenzkriterien kennen medizinische Laien (und oft auch *health professionals*) nicht.

Der Wille, sich Informationen zu verschaffen, ist jedoch ein wichtiger Schritt in Richtung Selbstverantwortung und Mündigkeit. Ungefähr 40 Millionen Menschen informieren sich in Deutschland im Internet zu Gesundheitsfragen. Dies ist das Ergebnis einer seit 2010 durchgeführten Onlineumfrage (Schachinger, 2016). Jährlich werden ca. 10.000 Menschen befragt. Der „Gesundheitssurfer“ ist im Schnitt 59 Jahre alt.

Ein Drittel der Befragten verfügt über einen Hoch- oder Fachschulabschluss.

Voraussetzungen zur Patientenmündigkeit

*Jeder Patient trägt seinen eigenen Arzt innerlich bei sich.
Der Patient weit das noch nicht und kommt zu uns. Das Beste und Wichtigste ist, diesem inneren Arzt im Patienten die Chance zu geben, aktiv zu werden.*
Albert Schweitzer

Zu den Voraussetzungen der Patientenmündigkeit gehören:

- die gesetzliche Verankerung der Patientenrechte und damit auch das Recht auf Mündigkeit als Patient,
- Ärzte und (Psycho-)Therapeuten, die auf Paternalismus und „fürsorgliche Belagerung“ (Herriger, 2009; Ollenschläger, 2004) verzichten und dem Patienten Beteiligung und Autonomie gewähren,
- ein Gesundheitssystem, das auf den Patienten ausgerichtet ist,
- valide Evidenz, die in verständlicher Form für Patienten als Entscheidungsgrundlage aufbereitet ist, und
- das Empowerment der Patienten, damit sie sich mit einem ihnen möglichen und selbst gewünschten Ausmaß an Mündigkeit am Behandlungsprozess beteiligen können.

Rechtliche Verankerung der Patientenmündigkeit

Dass sich Patienten heute dem Medizinbetrieb hilflos ausgeliefert sehen, sollte der Vergangenheit angehören, denn seit Februar 2013 gibt es in Deutschland das Patientenrechtegesetz. Der Inhalt wurde in allgemeinverständlicher Form für die Bürger aufgearbeitet (BMG, BMJV, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, 2016). Auf der Mesoebene, zum Beispiel bei der Patientenbeteiligung an der Leitlinienerstellung, gibt es methodische Festlegungen und Anforderungen (Sänger, 2008). Die Beteiligung von Patientenvertretern auf der Makroebene des Gesundheitswesens ist im Sozialgesetzbuch V festgeschrieben (Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz, 31.07.2016) und in der Patientenbeteiligungsverordnung (Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz, 20.02.2013) in seiner Umsetzung beschrieben.

Ärzte, die Patientenmündigkeit fördern und gewähren

Patienten erwarten von ihren Ärzten und (Psycho-)Therapeuten Zeit, förderliche Persönlichkeitsmerkmale, Fachkompetenz, Empathie, das Erkennen eigener Grenzen und das Gewähren von Autonomie (Ollenschläger, 2004). Seit einigen Jahren wandelt sich die paternalistische Prägung der

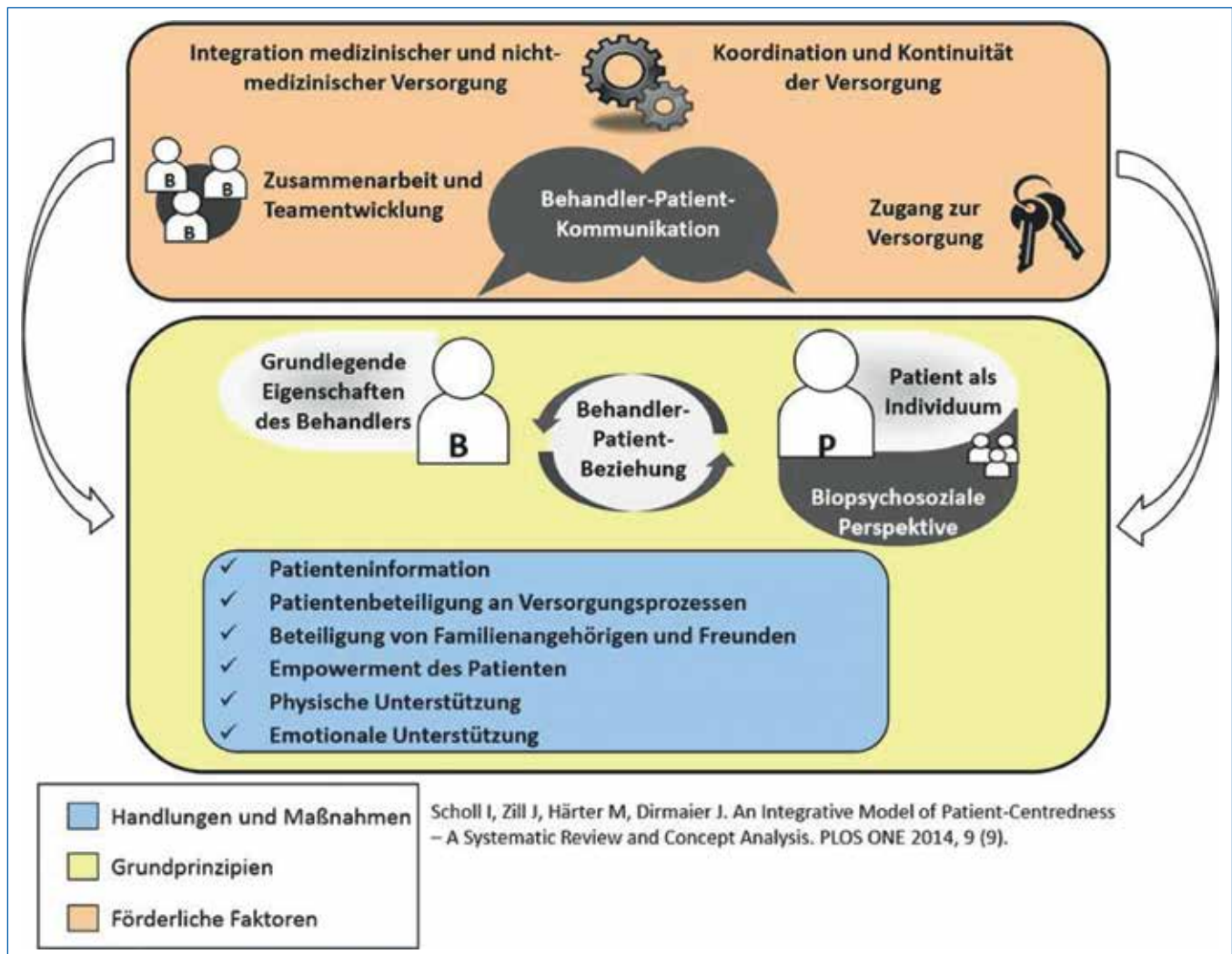


Abbildung 1: Modell der Patientenzentrierung (aus: Scholl, Zill, Harter & Dirmaier, 2014)

Mediziner Ausbildung. *Shared decision making* ist Bestandteil des Medizinstudiums und es wurden Fortbildungsprogramme entwickelt (Bieber, 2007), in denen Ärzte und (Psycho-)Therapeuten die Kommunikation und Entscheidungsfindung mit ihren Patienten erlernen und trainieren können. Die Leitlinie Hausärztliche Gesprächsführung (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2008) richtet sich an Hausärzte und ist auf die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient ausgerichtet. Untersuchungen des Gesundheitsmonitors (Braun und Marstedt, 2014) haben jedoch ergeben, dass es „noch keine Anzeichen eines erfolgreichen Vordringens des *shared decision making* in die Praxis gibt“.

Gesundheitssystem, das auf den Patienten ausgerichtet ist

Die Ausrichtung des Gesundheitssystems auf den Patienten im Sinne einer Patientenzentrierung ist eine wichtige Voraussetzung, Mündigkeit leben zu können. Es gab in der Vergangenheit eine Vielzahl von Definitionen zu Patientenzentrierung, in Deutschland ebenso wie international. Ein „Integratives Modell der Patientenzentrierung“ haben Scholl

und Kollegen (Scholl, Zill, Harter & Dirmaier, 2014) entwickelt. Sie sichteten 417 Artikel, die sich einer Definition von Patientenzentrierung näherten, identifizierten 15 Dimensionen und entwickelten ein Modell der Patientenzentrierung im Gesundheitswesen, das Maßnahmen, Grundprinzipien und förderliche Faktoren beinhaltet (Abbildung 1).

Zu den Grundprinzipien eines patientenzentrierten Gesundheitssystems gehören grundlegende Eigenschaften des Behandlers (Fachkompetenz, Bereitschaft zur kontinuierlichen Fortbildung, Empathie etc.), die Sicht auf den Patienten als Individuum und die Qualität der Behandler-Patient-Beziehung. Als förderliche Faktoren identifizierten Scholl et al. die interprofessionelle Zusammenarbeit und Teamentwicklung, den Zugang zur Versorgung sowie die Koordination und Kontinuität der Versorgung. Notwendige Maßnahmen der Patientenzentrierung bestehen in der Information der Patienten (sowohl durch die Behandler als auch durch die Bereitstellung

3 Die Cochrane Library ist ein die evidenzbasierte Medizin unterstützendes Informationsportal für Ärzte, Patienten und Wissenschaftler: www.cochranelibrary.com; Deutsches Cochrane Zentrum: www.cochrane.de; siehe auch im Abschnitt „Verlässliche Quellen...“ in diesem Artikel.

U.S. English



Depression: treatment options

Use this decision aid to help you and your healthcare professional talk about different ways to treat your depression. Most people will recover from an episode of depression. However, the first treatment may not work, and depression can come back.

| Frequently Asked Questions ↓ | Watchful waiting | Talk therapy | Medication |
|---|---|--|---|
| How does this treatment work? | This means no active treatment. You may see your clinician more often to check your symptoms, compare options and discuss your lifestyle and coping strategies. | Talk therapy works by helping you solve problems and clarify your thoughts. Treatment usually lasts 8 to 10 weeks, but can last longer. Therapy options include: In person: Meeting with a therapist every 1 to 2 weeks for 30 to 60 minutes. You may also do homework. On the computer: Using a program on your own or with your clinician's support. | Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) are medications that help with symptoms. The pills are usually taken once a day. Treatment usually lasts for 6 to 12 months. |
| Will this treatment work? | 23 out of every 100 people (23%) recover in 3 months through watchful waiting. 53 out of every 100 people (53%) recover in 1 year through watchful waiting. | In addition to the 23 out of every 100 people (23%) who recover through watchful waiting, another 14 out of every 100 people (14%) recover in 2 months with talk therapy. Computer programs work best when you check in regularly with your clinician. Combination therapy: In addition to the 23 out of every 100 people (23%) who recover through watchful waiting, another 26 out of every 100 people (26%) recover with a combination of SSRIs and talk therapy. | In addition to the 23 out of every 100 people (23%) who recover through watchful waiting, another 17 out of every 100 people (17%) recover in 1 month with SSRIs. Combination therapy: In addition to the 23 out of every 100 people (23%) who recover through watchful waiting, another 26 out of every 100 people (26%) recover with a combination of SSRIs and talk therapy. |
| What are the risks? | Watchful waiting can cause your symptoms to continue or get worse. | Talk therapy can cause discomfort, anxiety, and stress. | SSRIs can cause side effects. Nausea, diarrhea and drowsiness each affect up to 17 out of every 100 people (17%). Up to 13 out of every 100 people (13%) have sexual problems. Sweating, shaking, difficulty sleeping, and dry mouth are less common. |
| How much does this treatment cost? | Cost will depend on how often you visit your clinician and the type of visit. Work with your clinician and insurance company to check your costs. | In person: Prices will vary. Work with your therapist and insurance company to check your costs. On a computer: Some programs are free. "Mood Gym" is an example of a free online program: https://moodgym.anu.edu.au/ | Without insurance: Prices will vary. In general, fluoxetine, citalopram, and paroxetine cost less than \$5 for a 30-day supply. Sertraline usually costs less than \$40 and escitalopram less than \$130 for a 30-day supply. With insurance: Prices will vary by plan. Work with your insurance company to check your costs and coverage. |
| Is there anything else I can do? | Exercise, healthy eating and visiting with friends can help with symptoms. Other resources may be available at your workplace, in your community or online. | Exercise, healthy eating and visiting with friends can help with symptoms. Other resources may be available at your workplace, in your community or online. | Exercise, healthy eating and visiting with friends can help with symptoms. Other resources may be available at your workplace, in your community or online. |

Abbildung 2: Beispiel für ein option grid zu Therapieoptionen bei Depression (Quelle: <http://optiongrid.org/option-grids/grid-landing/92>)

von evidenzbasierten Informationen und Entscheidungshilfen), die Beteiligung von Patienten an Versorgungsprozessen und die Einbeziehung ihrer Angehörigen bzw. vertrauter Personen, die Stärkung der Patienten, ihr eigenes Schicksal zu meistern (Empowerment), sowie die physische und emotionale Unterstützung.

Valide Evidenz, die für Patienten als Entscheidungsgrundlage aufbereitet ist

Die Evidenz aus der wissenschaftlichen Forschung muss Behandlern ebenso wie der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. In der Schweiz haben zum Beispiel alle Bürger des Landes

freien Zugang zur Cochrane Library,³ in Deutschland fehlt ca. 90% der Angehörigen von Berufen im Gesundheitswesen der direkte Zugang zu relevanter Literatur. Abgesehen davon, dass die Qualität der medizinischen Forschung auch verbessert werden muss, ist die Verfügbarkeit von Evidenz zu Nutzen und Schaden von Untersuchungen und Behandlungen mit patientenrelevantem *outcome* eine wichtige Voraussetzung, mündige Entscheidungen zu treffen. Leider mangelt es nicht nur Laien, sondern auch Ärzten an Statistikkompetenzen, die eine Deutung der Evidenz mit dem Ziel der Handlungsrelevanz erst ermöglicht. Für medizinische Laien werden jetzt zum Beispiel vom Harding Zentrum für Risikokompetenz Entscheidungshilfen, sogenannte Faktenboxen – www.harding-center.mpg.de/de/gesundheitsinformationen/faktenboxen – entwickelt. Für psychische Erkrankungen hat beispielsweise der Forschungsverbund psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit internetbasierte Entscheidungshilfen erarbeitet (Dirmaier, Liebherz, Sänger, Harter & Tlach, 2016), die auf der Plattform www.psychenet.de frei zugänglich zur Verfügung stehen. Eine patientenorientierte Aufbereitung der bestverfügbaren Evidenz liefern auch sogenannte „*option grids*“ – <http://optiongrid.org>. Das sind Entscheidungshilfen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die zu patientenrelevanten Fragen die verfügbare Evidenz verschiedener infrage kommender Optionen tabellarisch gegenüberstellen. Ein Beispiel für ein *option grid* zur Behandlung von Depressionen ist in Abbildung 2 dargestellt.

Empowerment der Patienten

Die European Patient Foundation EPF definiert Empowerment als einen „mehrdimensionalen Prozess, der es Menschen ermöglicht, die Kontrolle über ihr eigenes Leben zu erhalten und ihre Handlungskompetenz zu Dingen, die sie selbst als wichtig einschätzen, erhöhet.“ (Robert Bosch Stiftung, 2015). Wichtigste Maßnahme in diesem Prozess ist die Begegnung von Arzt bzw. (Psycho-)Therapeut und Patient auf Augenhöhe. Der Arzt ermöglicht dem Patienten durch eine objektive, wissenschaftlich begründete und verständliche Darstellung infrage kommender Optionen eine Abwägung und Entscheidung. Die Patientenbildung ist ebenfalls wichtig, denn nicht nur die Erkrankung selbst, auch die statistischen Angaben der Entscheidungsgrundlagen zu ihrer Behandlung müssen vom Patienten verstanden werden. In Deutschland gibt es sogenannte Patientenuniversitaten (Beispiel: www.patienten-universitaet.de), Patientenakademien oder Patientenvortrage an Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, die diese Themen adressieren. Die Selbsthilfe sieht eine ihrer Hauptaufgaben ebenfalls auf dem Gebiet der Patientenbildung. Als Beispiel soll die professionelle Fortbildungsreihe „Kompetenztraining für Brustkrebsaktivistinnen“ www.kombra.de genannt werden. Auch Patientenbegleiter sind eine wirkungsvolle Form des Empowerments, wie zum Beispiel die Peer-Beratung durch Betroffene und Angehörige, wie sie zum Beispiel im Forschungsverbund psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit praktiziert wird (Bock & Groteluschen, 2014). Das Potenzial der Patientenschulungen in Disease-Management-Programmen

muss ebenfalls genutzt werden, um ein umfassendes Empowerment der Patienten zu erreichen. Patientenschulungen bei chronischen Erkrankungen stellen einen wesentlichen Eckpfeiler in der Behandlung dar (Programm für Nationale Versorgungsleitlinien, 2012). So beinhaltet beispielsweise die Zielsetzung der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes – Strukturierte Schulungsprogramme zahlreiche Aspekte des Patienten-Empowerment, die auch auf andere medizinische Fragestellungen übertragen werden können:

- Information und Aufklärung über die Krankheit Diabetes, mögliche Begleiterkrankungen und Komplikationen
- Hilfestellung zur Krankheitsakzeptanz, Aufbau einer adäquaten Behandlungsmotivation und Unterstützung zum eigenverantwortlichem Umgang mit dem Diabetes
- Förderung einer aktiven, selbstbestimmten Rolle der Patientinnen/Patienten im Therapieprozess, Unterstützung der eigenständigen Entscheidungsfähigkeit
- Förderung der alltagsrelevanten therapieunterstutzenden Maßnahmen (Ernährung, Bewegung)
- Unterstützung bei der Formulierung von Behandlungszielen
- Vermittlung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten zur aktiven Umsetzung von geeigneten Therapiemaßnahmen zur Behandlung des Diabetes, möglicher Begleiterkrankungen und Komplikationen
- Vermeidung von Akut- und Folgekomplikationen des Diabetes
- Förderung von sozialer Kompetenz, Bewaltungsfertigkeiten und Strategien zum Erhalt der Lebensqualität
- Überprüfung der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Zusammenhang mit dem Selbstbehandlungsverhalten der Patientinnen/Patienten
- Hilfestellung zur Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung im Zusammenhang mit der Erkrankung (z. B. Familienangehörige, Selbsthilfegruppen)
- Praxisrelevante Unterstützung bei Problemen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Diabetestherapie
- Vermeidung negativer sozialer Konsequenzen, Diskriminierung aufgrund der Erkrankung.

Der ideale mündige Patient

*Nichts über mich ohne mich!
Forderung der Selbsthilfe*

Mündige Patienten brauchen Selbstkompetenz, Selbstwirksamkeit, Systemkompetenz, Medienkompetenz, Kommunikationskompetenz und Fachkompetenz für ihre individuellen gesundheitlichen Belange (Abbildung 3). In Deutschland und auch international gibt es Beratungsstellen, Selbsthilfeorga-

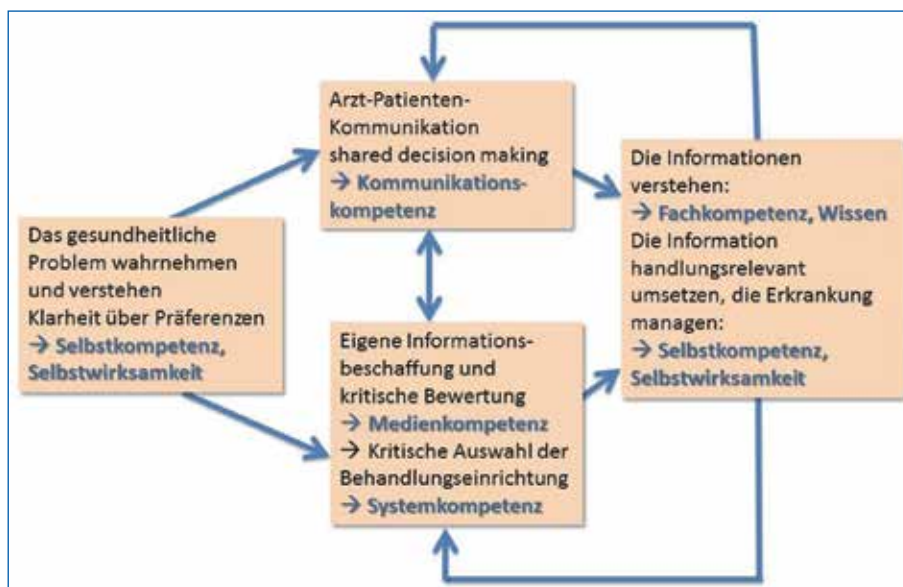


Abbildung 3: Kompetenzanforderungen an den mündigen Patienten (eigene Darstellung)

nisationen, Initiativen, Hilfestellungen, Checklisten, Informationen etc. zur Förderung und Stärkung der Patientenmündigkeit. Die meisten Informationen sind frei zugänglich im Internet verfügbar, jedoch den wenigsten Patienten – zumindest nicht vollumfänglich – bekannt. Sie sollen anhand einer Beschreibung des **Idealzustandes eines mündigen Patienten** dargestellt werden.

Mündige Patienten haben eine gute Körperwahrnehmung. Sie erkennen ein gesundheitliches Problem und sind in der Lage, sich an die „richtige“ Stelle im Gesundheitssystem zu wenden. In der Regel ist das der Hausarzt. Eine Ausnahme sind akute oder lebensbedrohliche Ereignisse, die ein sofortiges Aufsuchen einer stationären Einrichtung oder Notaufnahme erforderlich machen. Woran Patienten eine gute Arztpraxis erkennen, erfahren sie in einer speziellen Checkliste, die in Deutschland von der ärztlichen Selbstverwaltung angeboten wird: www.patienten-information.de/checklisten.

Auf planbare Eingriffe kann sich der Patient vorbereiten und sich eine Einrichtung wählen, die seinen Präferenzen entspricht und/oder bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllt, wie sie zum Beispiel in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser frei zugänglich dargelegt werden: www.g-ba.de/qualitaetsbericht. Je nach gesundheitlichem Problem kann sich der Patient an eine zertifizierte Einrichtung, wie zum Beispiel an ein zertifiziertes Organkrebszentrum im Falle einer Tumorerkrankung – www.tumorzentren.de/organkrebszentren.html – wenden oder im Fall psychischer Erkrankungen an eine nach KTQ oder ISO 9000ff zertifizierte Psychiatrie. Wer sich für eine medizinische Einrichtung über ein Arzt- oder Klinikbewertungsportal informiert, kennt die Qualitätskriterien, die er an solche Portale anlegen muss: www.arztbewertungsportale.de. Der mündige Patient kennt die Pflichten seiner Krankenkasse und weiß sich vor überflüssigen Behandlungen zu schützen (www.igel-monitor.de).

Im Gespräch mit dem Arzt oder dem (Psycho-)Therapeuten verfügt der mündige Patient über Kommunikationskompetenzen. Er kann seine Beschwerden detailliert und exakt beschreiben und dem Arzt „die richtigen Fragen stellen“. Als Anregung nutzt er zum Beispiel die Checkliste mit den Fragenvorschlagen an den Arzt der Patientenuniversitat Hannover www.patienten-universitaet.de/content/tipps-für-das-arztgesprach. Die wesentlichen Eckdaten seiner Krankengeschichte hat der mündige Patient in einem Befundordner gesammelt und hat stets die Übersicht über sämtliche Medikamente samt Einnahmевorschrift und eventueller Allergien. Dies ist in einem Medikamentenplan notiert, den zum Beispiel das Aktionsbündnis Patientensicherheit zur Verfügung stellt: www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Infos_fuer_Patienten/Medikamentenplan.pdf. Unter Berücksichtigung seiner eigenen Werte und Präferenzen und der Tiefe des Beteiligungswunsches kann der Patient mit dem Arzt oder (Psycho-)Therapeuten nach dem Aufklärungsgespräch die infrage kommenden Optionen hinsichtlich Nutzen und Schaden miteinander abwägen, um dann die Entscheidung zu treffen, die im individuellen Fall am besten geeignet ist. Als Unterstützung nutzen Patient und Arzt/(Psycho-)Therapeut das Formular zur Entscheidungsinterstutzung des IQWiG www.gesundheitsinformation.de/zum-ausfullen-eine-entscheidungshilfe.2221.de.html. Wenn der mündige Patient den Inhalt seines Arztbriefes nicht versteht, wendet er sich an die Ärzte und Medizinstudenten von www.washabich.de und lässt sich kostenfrei das Medizinerlatein allgemein verständlich „übersetzen“.

Bei der Informationsbeschaffung (meist im Internet, siehe Abschnitt „Verlässliche Quellen“) kennt der mündige Patient verlässliche Quellen evidenzbasierter Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen sowie Qualitätskriterien, mit denen er zumindest formale Qualitätsaspekte von medizinischen Laieninformationen kritisch bewerten kann, wie das DISCERN-Instrument – www.discern.de – und Qualitatskennzeichnungen, die eine Prüfung formaler Qualitätsaspekte durch verlässliche Institutionen anzeigen, wie das international geltende Siegel der Health on the Net Foundation: www.hon.ch/HONcode/Patients/Conduct_de.html oder das Qualitatslogo des in Deutschland tätigen Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem afgis e.V.: www.afgis.de/qualitaetslogo/transparenzkriterien.

Auf der Grundlage der Vereinbarungen im Arzt- oder (Psycho-)Therapeut-Patient-Gespräch und selbst beschaffter und kritisch bewerteter Zusatzinformationen ist ein mündiger Patient in der Lage zu verstehen, welchen Nutzen und Schaden verschiedene infrage kommende Optionen haben und was

das für den individuellen Fall bedeutet. Wenn der mündige Patient sich darüber informieren möchte, wie andere Menschen mit ihrer Erkrankung umgehen, sucht er sich über das Portal www.nakos.de eine Selbsthilfegruppe in der Nähe. Unser Patient weiß, dass es gefährlich sein kann, sich Rat in Internetforen zu holen. Er nutzt zum Erfahrungsaustausch deshalb von Experten betriebene Portale wie www.krankheitserfahrungen.de, dessen englisches Vorbild www.healthtalk.org, oder die von der Nationalen Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen empfohlenen Selbsthilfeforen, die bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen müssen: www.selbsthilfe-interaktiv.de/externe_foren.

Probleme der Patientenmündigkeit

Die nachfolgend angeführten Probleme erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie werden mit dem Fokus auf Patienten, Ärzte und (Psycho-)Therapeuten und auf das Gesundheitssystem dargestellt:

Fokus Patienten

Patienten kennen Angebote evidenzbasierter Quellen häufig nicht. Die Qualität von Gesundheitsinformationen können sie nicht oder nur schwer einschätzen. Gute Patienteninformationen und Aufklärungsmaterialien nutzen wenig, wenn viele Patienten die Inhalte nicht verstehen (Leistner, Kretzschmann, Heil, Menkouo & Grande, 2015). Das betrifft besonders sozial benachteiligte Personen. Bei der Fähigkeit, medizinische Informationen zu verstehen (*health literacy*), schneidet Deutschland im internationalen Vergleich nicht gut ab, 46% der Deutschen haben eine inadequate oder problematische *health literacy* (Sorensen et al., 2015). Ein niedriger *health literacy level* ist verbunden mit einer schlechteren körperlichen und seelischen Gesundheit (Jordan & Hoebel, 2015).

Mündigkeit ist keine feststehende Kategorie. Die Rolle, die der Patient in seinem Erkrankungsverlauf einnimmt, kann sich auch verändern. So kann es Zeiten geben, in denen Patienten durch die Schwere ihrer Erkrankung mit einer Beteiligung überfordert sind. Das Angebot der Beteiligung muss daher immer wieder neu gegeben werden.

Patienten haben über die Jahre gelernt, dass sie „Kunden“ sind, deren Mündigkeit darin besteht, ihren Anspruch auf Leistungen geltend zu machen. Sie haben nicht gelernt, dass sie im Prozess ihrer Gesunderhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit eine aktive Rolle spielen (sollten).

Nach Herriger (2009) hat die Bevölkerung mit Bezug auf Gesundheitsfragen eine „erlernte Hilflosigkeit“, die es zu überwinden gilt und die sich äußert:

- im mangelnden Vertrauen in die eigenen Ressourcen,
- in der Geringschätzung des Wertes der eigenen Meinung,

- im Gefühl des Ausgeliefertseins und in der Erfahrung der eigenen sozialen Verletzlichkeit,
- im Gefühl des Abgeschnittenseins von wertschätzender Anerkennung und sozialer Teilhabe und
- im Gefühl der Zukunftsverschlossenheit und einer lähmenden Resignation.

Fokus Ärzte und (Psycho-)Therapeuten

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland stellte in ihrem Bericht für 2013 fest, dass kaum ein Patient mit seinem Arzt auf Augenhöhe verhandelt (Bohsem, 2013). Noch sind nicht alle Ärzte dazu bereit, Patientenpartizipation anzuerkennen, als Teil der Therapie zu sehen und in der Arztkonsultation Instrumente zur Patientenaktivierung einzusetzen (Braun & Marstedt, 2014). Das muss in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung immer wieder adressiert werden. Fragende oder vorinformierte Patienten werden oft als Problem bzw. als „schwieriger Patient“ gesehen, weil das Internet eine Vielzahl von interessen geleiteten Informationen, Fehlinformationen und sogar schädliche Informationen bietet (Baumgart, 2010). Vorgefasste Meinungen sind schlecht zu korrigieren.

Fokus Gesundheitssystem

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Unterstützung der Patientenmündigkeit. Leider sind die wenigsten davon in der Öffentlichkeit bekannt. Bestehende evidenzbasierte Informationsangebote müssen dringend verbreitet und beworben werden. Der Einstieg zur Informationsrecherche sollte nicht „Dr. Google“ sein, sondern eine Link-Übersicht guter und verlässlicher Informationsangebote, die zum Beispiel jeder Hausarzt seinen Patienten als Liste oder auf seiner Website anbieten kann.

Entscheidungsgrundlagen zur Inanspruchnahme von Leistungen, wie zum Beispiel die Qualitätsberichte medizinischer Einrichtungen, müssen auch für Patienten lesbar gemacht werden. Dies ist zum Beispiel eine der Aufgaben des 2015 gegründeten Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG – www.iqtig.de).

Die zur Patientenmündigkeit erforderlichen Kompetenzen müssen vermittelt werden, am besten schon während der schulischen Ausbildung.

Die Frage sollte nicht lauten, ob es den „mündigen Patienten“ gibt. So wie es nicht *den* Patienten oder *den* Arzt oder (Psycho-)Therapeuten gibt, wird es auch nie *den* mündigen Patienten geben. Die Frage muss lauten, ob wir als verantwortungsvolle Ärzte, (Psycho-)Therapeuten, Gesundheitswissenschaftler, Politiker, Angehörige etc. alles dafür tun, damit Mündigkeit ermöglicht, gefördert und gestärkt wird. Dazu gehört auch mehr Transparenz über alle guten Angebote, die es bisher in dieser Richtung schon gibt.

Verlässliche Quellen evidenzbasierter Informationen und Entscheidungshilfen bei psychischen Erkrankungen

Wissenschaftliche Informationen für die Öffentlichkeit

Die Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beruhen auf Aussagen wissenschaftlicher Studien und sind speziell für Laien erstellt. Unter der Adresse www.gesundheitsinformation.de erhält der Ratsuchende Informationen zu den entsprechenden Erkrankungen selbst, zu den Behandlungsmöglichkeiten und zu den wesentlichen Aussagen wissenschaftlicher Studien. Erfahrungsberichte geben einen Einblick, wie andere Menschen die Krankheit empfinden und auch bewältigen.

Mehrsprachige Kurzinformationen zu verschiedenen Erkrankungen bietet die ärztliche Selbstverwaltung unter der Adresse: www.patienten-information.de.

Cochrane-Kompakt ist ein Gemeinschaftsprojekt der regionalen Cochrane Gesellschaften der Schweiz, Deutschlands und Österreichs. Auf der gemeinsamen Internetplattform www.cochrane.org/de werden jetzt in deutscher Sprache Zusammenfassungen von systematischen Übersichtsarbeiten bereitgestellt, die auch medizinischen Laien den Zugang zu Informationen der höchsten Evidenz liefern.

Verbraucherinformationen aus Forschungsverbunden

Der Forschungsverbund psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit hat während der Zeit der Förderung von 2009 bis 2015 eine Internetplattform aufgebaut, die für jedermann den Zugang zu evidenzbasierten Patienten-Informationen, Leitlinien, Entscheidungshilfen und Selbsttests bietet. Die Inhalte unter der Adresse www.psychenet.de/psychische-gesundheit.html werden auch nach Ablauf der Förderung weiter gepflegt.

Mit dem Ziel innovative multidisziplinäre Gesundheitsforschung auf höchstem Niveau zu ermöglichen und Forschungsergebnisse schnellstmöglich in die Patientenversorgung zu bringen, haben sich Wissenschaftler, Ärzte und Patientenorganisationen seit 1999 in Kompetenznetzen zusammengeschlossen. Zu den Aufgaben gehört auch die Bereitstellung von Patienteninformationen. Unter der Adresse www.kompetenznetze-medizin.de sind die Links zu den Internetauftritten der Kompetenznetze Degenerative Demenzen, Depression und Schizophrenie zu finden.

Patientenleitlinien

Zu evidenzbasierten Gesundheitsinformationen zählen auch sogenannte Patientenleitlinien. Sie sind eine patientenverstandliche Version der vornehmlich an Fachleute gerichteten S3-Leitlinien und werden in Kooperation von Expertenteams und Betroffenen erstellt. Bisher gibt es Patientenleitlinien zu den Themen Unipolare Depression www.leitlinien.de/nvl/depression und zu Essstörungen www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html (dort „Patientenleitlinie“ anklicken). Patientenleitlinien ermöglichen es den Betroffenen und ihren Ärzten oder (Psycho-)Therapeuten, auf „einheitlicher Basis zu entscheiden“ (Sänger et al., 2007).

Selbsthilfe und Beratung

Eine wichtige Anlaufstelle für Patienten und ihre Angehörigen ist das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, das auf seinem Internetangebot en Zugang zu Informationen und Beratung ermöglicht: www.seelischegesundheit.net/themen/psychische-erkrankungen.

Literatur

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

Eine ständig aktuell gehaltene Übersicht zu verlässlichen medizinischen Informationsquellen für Patienten und Angehörige finden Sie unter: www.sylvia-saenger.de/healthlinks.



Prof. Dr. Sylvia Sänger

SRH Hochschule für Gesundheit Gera
University of Applied Health Sciences
Standort Gera
Neue Straße 28-30
07548 Gera
sylvia.saenger@srh-gesundheitshochschule.de

Die Gesundheitswissenschaftlerin Dr. Sylvia Sänger ist Professorin an der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera und leitet dort den Masterstudiengang Medizinpädagogik. Mit den Themen Patientenkompetenz, evidenzbasierte Informationen und Arzt-Patienten-Kommunikation beschäftigt sie sich seit ca. 20 Jahren.

Verhaltenssüchte

Diagnostik, Versorgungssituation, Neurobiologie und Therapieimplikationen

Nina Romanczuk-Seiferth

Zusammenfassung: Mit dem Begriff der Verhaltenssüchte bezeichnen wir umgangssprachlich solche Verhaltensweisen, die exzessiv betrieben werden und die den Betroffenen so entgleiten, dass die Lebensführung und das Wohlbefinden beeinträchtigt werden. Es kommt dabei häufig zu einem Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen. Dieser Artikel soll einen einführenden Überblick zum Phänomen der Verhaltenssüchte am Beispiel des pathologischen Glücksspiels und der exzessiven Internetnutzung geben, die gültige Diagnostik und Klassifikation erläutern sowie auf die aktuelle Versorgungssituation und auf typische Schwierigkeiten bei der Anbindung von Betroffenen ans Hilfesystem eingehen. Zudem sollen lerntheoretische und neurobiologische Grundlagen eingeführt und daraus resultierende Psychotherapieansätze erläutert werden.

Das Phänomen der „Verhaltenssüchte“

Spielesucht, Internetsucht, Smartphone-Sucht und ähnliche sogenannte neue Süchte sind in aller Munde. Aber was versteht man denn eigentlich genau darunter? Was ist eine Verhaltenssucht? Handelt es sich dabei überhaupt um eine Sucht? Geht es überhaupt um eine Erkrankung?

Unter dem Begriff der Verhaltenssüchte werden umgangssprachlich solche Verhaltensweisen zusammengefasst, die wiederholt und exzessiv betrieben werden, die Lebensführung der betroffenen Person beherrschen und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führen. Ein wichtiger Vertreter dieser Kategorie ist das sogenannte pathologische Glücksspiel. Andere exzessiv betriebene Tätigkeiten werden ebenfalls den Verhaltenssüchten zugeschrieben, hierunter finden sich umgangssprachliche Begriffe wie Kaufsucht, Sexsucht, Esssucht oder Arbeitssucht. Mit fortschreitender technischer Entwicklung kamen Begriffe wie die Internetsucht, Computerspielsucht oder Smartphone-Sucht hinzu und sind seither gesellschaftlich von wachsendem Interesse. Zuletzt erregten Smartphone-basierte Spiele wie Pokémon-GO die Gemüter. Die klinische wie wissenschaftliche Annäherung an diese Phänomene macht gleichzeitig eine andere, differenziertere Perspektive auf sogenannte „Verhaltenssüchte“ notwendig.

Grundlagen der Diagnostik und Klassifikation

Nosologische Einordnung

Fast alle Phänomene, die umgangssprachlich den Verhaltenssüchten zugeordnet werden, finden sich *nicht* explizit als

psychische Erkrankung in den gängigen Klassifikationssystemen. Aus klinischer Perspektive ist ein exzessives Verhalten nur dann psychopathologisch relevant, wenn es Leidensdruck verursacht und zu Beeinträchtigungen in der Lebensführung führt. Ist dies gegeben, schließt sich die Frage nach der nosologischen Zuordnung an. Für die unter Verhaltenssüchten subsumierten Phänomene wird dabei die Nähe zu den Impulskontrollstörungen, den Zwangsspektrumsstörungen sowie den Abhängigkeitserkrankungen diskutiert (z. B. Schoofs & Heinz, 2013). Diese Debatte ist sowohl für die ätiologische wie die psychotherapeutische Perspektive auf diese Phänomene von Interesse (z. B. Lindenmeyer, 2004). Die einstmalige Polarisierung zwischen den verschiedenen Sichtweisen ist aus aktueller wissenschaftlicher Perspektive jedoch in den Hintergrund getreten. Erkenntnisse aus epidemiologischer wie neurowissenschaftlicher Forschung weisen auf zahlreiche Parallelen zwischen exzessiv betriebenen Verhaltensweisen und Abhängigkeitserkrankungen hin (Grüsser & Thalemann, 2006), sowohl hinsichtlich des Krankheitsverlaufs, der Phänomenologie (z. B. die positive Verstärkerwirkung der Substanz bzw. des Verhaltens zu Beginn der Störung, subjektiv erlebtes Craving, Toleranzentwicklung, Entzugssymptome), möglicher Komorbiditäten und zugrundeliegender neurobiologischer Mechanismen (z. B. Mann, Fauth-Bühler, Seiferth & Heinz, 2013). Seit der Erweiterung moderner Modelle der Abhängigkeit um einen lerntheoretischen Hintergrund (O'Brien, Childress, McLellan & Ehrman, 1992) sowie den aktuell vorliegenden Erkenntnissen zu neurobiologischen Grundlagen von erlerntem Konsumverhalten (Seiferth & Beck, 2011), nähern sich die verschiedenen Perspektiven auch hinsichtlich der Therapieimplikationen immer weiter an. Hinsichtlich der neurobiologischen Grundlagen von sogenannten Verhaltenssüchten (z. B. Kiefer, Fauth-Bühler, Heinz & Mann, 2013; Mörsen, Heinz, Fauth-Bühler & Mann, 2011; Quester & Romanczuk-Seiferth, 2015; Romanczuk-Seiferth, van den Brin & Goudriaan, 2014) beschäftigt sich die aktuelle Forschung vor allem mit der Funktionsweise des dopaminer-

gen, mesokortikolimbischen Belohnungssystems, welches auch für die Entstehung und Aufrechterhaltung von substanzbezogenen Störungen eine zentrale Rolle spielt (Seiferth & Heinz, 2010). Bisherige Studien fokussieren dabei vor allem auf das Glücksspielen sowie exzessive Internetnutzung.

Klassifikationssysteme

Wie bereits ausgeführt, entsprangen die umgangssprachlich genutzten Begrifflichkeiten zu den verschiedenen Verhaltenssuchten zunächst keiner klinischen oder wissenschaftlichen Betrachtung. Als eigene diagnostische Kategorie in den gültigen Klassifikationssystemen geführt wird aktuell nur das pathologische Glücksspielen. Im gültigen Klassifikationssystem für Erkrankungen der Weltgesundheitsorganisation, der ICD-10 (WHO, 1992), wird pathologisches Glücksspielen zusammen mit Verhaltensmustern wie Kleptomanie, Pyromanie oder Trichotillomanie unter „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ kategorisiert. Demgegenüber wurde pathologisches Glücksspielen in der aktuellen Novelisierung des DSM (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) der Sektion „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“ zugeordnet. Die zuständige Expertenkommission begründete dies zum einen mit den klinischen Ähnlichkeiten zu substanzbezogenen Störungen, wie z. B. dem Kontrollverlust, zum anderen bildeten hierfür neurowissenschaftliche Studien zu den beobachtbaren Veränderungen im Gehirn die Grundlage (vgl. Romanczuk-Seiferth, van den Brink et al., 2014). Für mögliche psychische Beeinträchtigungen, die im Zusammenhang mit der Nutzung des Internets entstehen, sind Expertinnen und Experten¹ noch nicht zu einer abschließenden Einschätzung bezüglich der diagnostischen Einordnung gekommen. Eine entsprechende Kategorie zur Nutzung von Online-Spielen wurde im DSM-5 zur weiteren Untersuchung in den Anhang aufgenommen. Für die ICD-11 der WHO wird diskutiert, eine Sammelkategorie „Disorders due to substance use or addictive behaviours“ einzuführen, unter denen auch exzessiv betriebene Verhaltensweisen subsummiert werden können, wenn sie die zentralen Abhängigkeitskriterien, z. B. Kontrollverlust und Fortführung des Verhaltens trotz negativer Konsequenzen etc., erfüllen.

Pathologisches Glücksspielen

Das Phänomen Glücksspiel

Betrachtet man Glücksspiele als gesellschaftliches Phänomen, so ist festzuhalten, dass das Glücksspiel eine lange Tradition von der Antike über das Mittelalter bis hin zur Neuzeit in menschlichen Gesellschaften aufweist (Badisches Landesmuseum, 2008). Als Glücksspiele werden solche Aktivitäten bezeichnet, in denen man auf den Ausgang eines Ereignisses wetten kann und dabei Geld, Wertgegenstände o. ä. einsetzt. Charakteristisch ist zudem, dass der Spielausgang überwiegend vom Zufall abhängig ist (Deutsche Hauptstelle für Sucht-

fragen, 2013). Den Konsumenten bietet sich heute ein buntes Spektrum an Glücksspielangeboten, etwa Geldspielautomaten, Roulette, Lotterien, Poker und Sportwetten. Typisch dabei ist, dass von problematisch Spielenden der Einfluss der eigenen Fähigkeiten auf den Spielausgang häufig überschätzt wird (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2013). Wichtig ist zudem, dass sich verschiedene Spielformen deutlich darin unterscheiden, wie stark sie ein problematisches Spielverhalten begünstigen. Ausschlaggebend sind hierbei Merkmale wie eine hohe Verfügbarkeit und Ereignisfrequenz, flexible Gewinn- und Einsatzmöglichkeit und die Frequenz von sogenannten Fast-Gewinnen, wie sie beispielsweise bei Geldspielautomaten auftreten (Griffiths, Hayer & Meyer, 2009).

Epidemiologie und Prävalenz

Epidemiologischen Studien zufolge (z. B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012; TNS EMNID, 2011) lässt sich in Deutschland von ca. 0,19% bis 0,56% Betroffenen in der erwachsenen Bevölkerung ausgehen (Zwölf-Monats-Prävalenz; pathologisches Glücksspielen nach DSM-IV), d. h. von etwa 100.000 bis 300.000 Personen. Als Problemspieler werden weitere 0,21% bis 0,64% eingestuft. Leicht höhere Prävalenzschätzungen finden sich zumeist in anderen europäischen Ländern (Meyer & Hayer, 2010). Charakteristisch ist es zudem, dass von pathologischem Glücksspielen Betroffene häufig auch andere psychische Beschwerden aufweisen. Häufigste komorbide Störungen sind substanzbezogene Störungen, affektive Störungen, Angststörungen sowie Persönlichkeitsstörungen (Meyer et al., 2011). Aus internationalen Studien lässt sich zudem ableiten, dass Komorbiditäten wie affektive Erkrankungen und Angststörungen sich zumeist chronologisch vor dem pathologischen Glücksspielen entwickeln. Substanzbezogene Störungen im Allgemeinen treten hingegen sowohl vor als auch nach Auftreten des pathologischen Spielverhaltens hinzu, während bei detaillierter Betrachtung z. B. Nikotinabhängigkeit eher zeitlich nach Beginn der Spielproblematik auftritt (z. B. Kessler et al., 2008).

Fragebogengestützte Diagnostik

Zur Unterstützung der Diagnostik von pathologischem Glücksspielen sind verschiedene Screening-Instrumente entwickelt worden, wobei sich bisher kein einheitlicher Standard durchgesetzt hat. Dies erschwert die Einordnung verschiedener Studienergebnisse, z. B. epidemiologischer Daten. Im internationalen Raum gängig sind beispielsweise das „South Oaks Gambling Screen“ (SOGS; Lesieur & Blume, 1993) und die „Pathological Gambling-Modification of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale“ (PG-YBOCS; deCaria et al., 1998). Im deutschen Sprachraum genutzt werden z. B. der „Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten“ (KFG; Petry & Baulig, 1996) oder der „Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen“ (SFG; Prempfer, Sobottka & Fischer, 2007). Die ver-

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

schiedenen Vor- und Nachteile dieser Instrumente werden in der Literatur umfassend diskutiert (z. B. Stinchfield, 2013).

Exzessive Internetnutzung

Das Phänomen Internet

Besonders bemerkenswert für das Phänomen des Internets sind die inzwischen zahlreichen und umfassenden Verzahnungen mit dem ganz alltäglichen Leben, die durch die rasante Entwicklung und weitestgehend flächendeckende Verbreitung des Internets in den meisten Ländern ermöglicht wurde. Einerseits sorgt dies an vielen Stellen für Vereinfachungen, andererseits können Faktoren wie z. B. das subjektive Gefühl ständiger Verfügbarkeit zum psychosozialen Stressor werden. Entsprechend kann auch die exzessive Nutzung bestimmter Internetanwendungen gesundheitliche Relevanz bekommen. Gerade aufgrund der rasanten Entwicklung der Nutzung neuer Medien und des Internets erfordern die möglichen resultierenden Probleme für die menschliche Gesundheit die Aufmerksamkeit der Gesellschaft. Gleichzeitig erweist sich eine pathologische Nutzung des Internets aus einer kategorialen

— Der Begriff der Internetsucht ist ein Sammelbegriff, welcher verschiedene Nutzungsformen zusammenfasst – darunter Chats, soziale Netzwerke, Onlinepornographie, Onlinespiele und Onlineglücksspiel. —

Krankheitsperspektive als bislang schwer fassbar. Umgangssprachlich findet sich auch hier vielfach die Bezeichnung der Internetsucht (z. B. Cash, Rae, Steel & Winkler, 2012; Wölfling & Müller, 2010), charakterisiert durch einen starken und als unkontrollierbar erlebten Drang, online zu sein, durch entsprechend hohe Nutzungszeiten und eine Fortführung der Onlineaktivitäten trotz ernsthafter Beeinträchtigungen der Lebensführung. Dabei bleibt der Begriff der Internetsucht ein Sammelbegriff, welcher verschiedene Nutzungsformen zusammenfasst, darunter Chats, soziale Netzwerke, Onlinepornographie, Onlinespiele und Onlineglücksspiel. Die bisher am besten untersuchte Nutzungsform stellen Onlinecomputer-spiele dar. Festzuhalten ist daher, dass die aktuell bestehende begriffliche Unschärfe sowohl die klinisch-therapeutische Weiterentwicklung als auch die Mehrung aussagekräftiger wissenschaftlicher Evidenz in diesem Bereich erschwert. Dies ist auch mit Blick auf die Vermeidung einer unbegründeten Pathologisierung menschlichen Verhaltens im Zusammenhang mit der Nutzung des Internets von hoher Relevanz (Mann et al., 2013). Experten bemühen sich daher um die Erarbeitung eines Konsens für Diagnostik und Forschung, welche weiterführende Erkenntnisse hinsichtlich der Ätiologie und Therapie pathologischer Internetnutzung ermöglicht (Petry et al., 2014).

Epidemiologie und Prävalenz

Das Fehlen einer einheitlichen Definition in der Forschung zur exzessiven Internetnutzung spiegelt sich auch in der großen Variation der international berichteten Prävalenzraten wider, zudem beziehen sich viele verfügbare Erhebungen auf die Nutzungsform des Onlinespielens. Für Deutschland wurden in bevölkerungsrepräsentativen Studien Prävalenzraten von 1% (Rumpf, Meyer, Kreuzer, John & Merkeek, 2011) bis zu 4,2% (Müller, Glaesmer, Brähler, Wölfling & Beutel, 2014) für „internetabhängige Personen“ berichtet. Bei Verwendung einer strikteren Operationalisierung und für ausschließlich Onlinespielen fanden sich in Deutschland 0,2%, die als „computerspielsüchtig“ einzustufen waren, weitere 3,7% wiesen ein problematisches Spielverhalten auf (Festl, Scharkow & Quandt, 2013).

Fragebogengestützte Diagnostik

Für den Bereich exzessive Internetnutzung befinden sich verschiedene Verfahren in der (Weiter-)Entwicklung, beispielsweise der „Internet Addiction Test“ (IAT; Young, 1998) oder die „Internet Gaming Disorder Scale“ (IGDS; Lemmens, Valkenburg & Gentile, 2015), auch existieren spezielle Verfahren für bestimmte Nutzungsformen bzw. für den Kinder- und Jugendbereich, z. B. der „Fragebogen zum Computerspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen“ (CSVK-R; Wölfling, Thalemann & Grüsser-Sinopoli, 2008). Aufgrund der Heterogenität der Phänomene und der noch nicht abschließend geklärten nosologischen Einordnung ist davon auszugehen, dass sich in den kommenden Jahren die besonders gut geeigneten Verfahren weiter herauskristallisieren werden. Interessierte Leser seien an dieser Stelle an die weiterführende Literatur verwiesen (z. B. Laconi, Rodgers & Chabrol, 2014).

Versorgungssituation und Zugangsbarrieren

Laut der deutschen Suchthilfestatistik (Brand, Steppan, Künzel & Braun, 2015) befanden sich in Jahr 2014 in ambulanten und stationären Behandlungsstellen insgesamt 11.876 Spieler mit der Einzel- bzw. Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen in Behandlung. Vor dem Hintergrund einer geschätzten Gesamtzahl von 100.000 bis 300.000 Menschen mit pathologischem Glücksspielverhalten in Deutschland bedeutet dies, dass vorhandene ambulante und stationäre Behandlungsangebote nur von einem kleinen Teil der Betroffenen in Anspruch genommen werden. Für exzessive Internetnutzung ist die Datenlage mit Blick auf das Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigungen und das Hilfesuchverhalten unzureichend.

Die relevanten Faktoren für eine vergleichsweise geringe Rate von Betroffenen in der therapeutischen Versorgung sind bisher weitestgehend unklar. Als wichtige Punkte gelten beispielsweise zu geringe Kenntnisse des lokalen Hilfs- und Versorgungssystems bei Problemspielern oder eine unzureichende Vernetzung von Beratungsstellen, Selbsthilfeangeboten, stationärer Behandlung und ambulanter Psychotherapie, was für eine erfolgreiche (Weiter-)Vermittlung Betroffener in ein spezifisches Angebot unerlässlich wäre. Die aktuelle Versorgungslage unterstreicht also die Notwendigkeit einer konsequenten Verbesserung der Zugänglichkeit bzw. Inanspruchnahme bestehender Beratungs- und Behandlungsangebote, um dieser Zielgruppe eine adäquate psychotherapeutische Versorgung zukommen zu lassen. Es sei darauf hingewiesen, dass hierbei mögliche subjektive Zugangsbarrieren nicht berücksichtigt sind.

Was tun, um den Weg ins Hilfesystem zu verbessern?

Konsequenterweise stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten sich bieten, um den Weg von Betroffenen in die bestehenden Angebote des Hilfesystems zu verbessern, die Vernetzung der Versorger untereinander zu stärken und mehr Kolleginnen und Kollegen für ein Angebot an diese Zielgruppe zu gewinnen. Diese Situation aufgreifend hat die AG Spielsucht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin mit Unterstützung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin ein Projekt durchgeführt, welches, exemplarisch für das Land Berlin, die Etablierung einer zentralen Schnittstelle bzw. Datenbank zum Ziel hatte, um Informationen zu vorhandenen ambulanten Behandlungs-, Nachsorge- und Selbsthilfeangeboten bereitzustellen und die Vernetzung untereinander zu ermöglichen (siehe Abbildung). Um die aktuelle Versorgungssituation bei pathologischem Glücksspielen und verwandten Störungen in Berlin zu erfassen, wurden dazu insgesamt $n = 1.996$ Einrichtungen und niedergelassene Psychotherapeuten kontaktiert (Einrichtungen der Suchthilfe ($n = 37$), psychiatrische Versorgungseinrichtungen ($n = 74$), Selbsthilfe ($n = 22$) und niedergelassene Psychotherapeuten ($n = 1.863$)), wovon dann $n = 204$ der Versorgungsangebote zu Kontaktdaten, zur Art und Nutzung des Angebots, zu Setting und eingesetzten Verfahren etc. detailliert befragt wurden. Störungsspezifische Angebote für pathologisches Glücksspielen fanden sich in Berlin bei insgesamt $n = 128$ Beratungs- und Behandlungsangeboten und $n = 96$ niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Störungsspezifische Angebote für exzessive Internetnutzung fanden sich bei insgesamt $n = 84$ Beratungs- und Behandlungsangeboten und $n = 65$ niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Die spezifischen Hilfsangebote wurden nach Art (ambulant, stationär, Beratung, Psychotherapie, Selbsthilfe etc.), Angebot, Bezirk usw. weiter aufbereitet.

Hoher Fortbildungsbedarf

Die Befragung ergab zudem klar, dass im Versorgungssystem tätige Kolleginnen und Kollegen häufig viele offene Fragen be-

züglich der Versorgung von pathologischem Glücksspielen und exzessiver Internetnutzung haben. Zum Thema Fortbildungen für diesen Indikationsbereich befragt, gaben 76% der Kolleginnen und Kollegen an, Fortbildungsbedarf zu pathologischem Glücksspielen zu haben, 82% bejahten Fortbildungsbedarf zu exzessiver Internetnutzung. Von besonderem Interesse waren dabei Themen wie allgemeine Informationen zum Hilfesystem, zum Störungsbild, zur Diagnostik, rechtliche Fragen und zu spezifische Psychotherapien. Regelmäßige und berufsgruppenübergreifende Fortbildungen im Bereich Glücksspielen und exzessive Internetnutzung und entsprechende Fachveranstaltungen für Fachpersonal mit Fortbildungspunkten sind daher dringend notwendig, um dem Interesse der Fachkollegen entgegenzukommen und eine adäquate Versorgung auch dieser Zielgruppe zu gewährleisten.

Informationsflyer für Ärzte und Psychotherapeuten zu pathologischem Glücksspielen

Um den Informationsstand des Fachpersonals im Bereich „Verhaltenssuchte“ gezielt zu verbessern, lassen sich auch Infoflyer und andere Publikationen sinnvoll nutzen. Hierzu hat die AG Spielsucht der Charité in Kooperation mit dem Präventionsprojekt Glücksspiel der pad gGmbH den Flyer „Glücksspielsucht erkennen und handeln“ speziell für Ärzte und Psychotherapeuten entwickelt. Der Flyer informiert über Zahlen und Fakten zu pathologischem Glücksspielen und beantwortet kurz und präzise häufige Fragen zur Diagnostik, zu Beratungs- und Therapieoptionen sowie zu möglichen Anlaufstellen, an die Betroffene vermittelt werden können. Exemplare des Flyers können über www.fauler-spiel.de heruntergeladen und/ oder kostenlos bestellt werden.

Die Internet-Plattform spielsucht-hilfe-berlin

Die Erkenntnisse aus der Befragung zur Versorgungssituation für pathologisches Glücksspielen bzw. exzessive Internetnutzung in Berlin führten zu der internetbasierten Datenbank www.spielsucht-hilfe-berlin.de, welche diese Informationen sowohl der Bevölkerung als auch dem Fachpersonal im Hilfesystem zum zentralen Zugriff und Austausch zur Verfügung stellt. Das Portal informiert zu Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten und über eine Suchfunktion lassen sich gezielt Informationen zum Angebot und die Kontaktdaten von Beratungsstellen, niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Selbsthilfegruppen finden. Weiterführende Informationen zum Projekt und zur AG Spielsucht der Charité Berlin finden sich unter <http://ag-spielsucht.charite.de>.

Lerntheoretische und neurobiologische Grundlagen

Wie bereits ausgeführt, erfolgte die neue Eingruppierung von pathologischem Glücksspielen in der Kategorie der Abhängig-

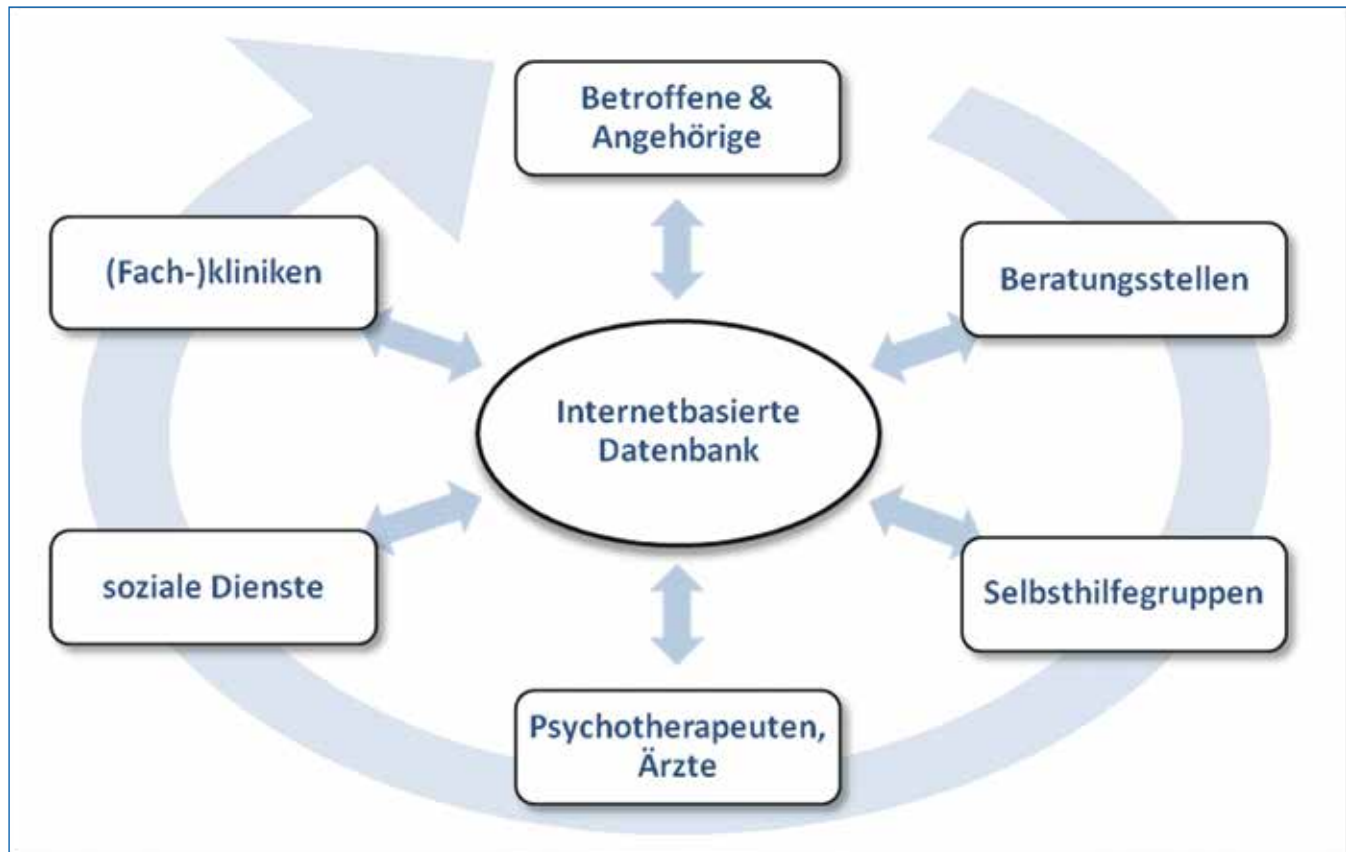


Abbildung: Informationsbereitstellung, Vernetzung und Datenbank von Hilfsangeboten auf www.spielsucht-hilfe-berlin.de

keitserkrankungen im DSM-5 auch auf Basis von neurobiologischen Befunden. In der Forschung mehren sich inzwischen Studien, die mögliche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede der zugrundeliegenden Pathomechanismen im Vergleich zu stoffgebundenen Abhängigkeiten diskutieren. Diese sind auch aus der Perspektive der klassischen Forschung zu Abhängigkeitserkrankungen zu einem spannenden Ansatz geworden, da in diesem Feld mögliche störungsübergreifende ätiologische Konzepte abhängigen Verhaltens ohne den Einfluss einer (zumeist) neurotoxischen Suchtsubstanz zu untersuchen sind (Mann et al., 2013). Im Fokus steht dabei die Rolle des dopaminergen, mesokortikolimbischen Belohnungssystems (Kiefer et al., 2013; Mörsen et al., 2011; Quester & Romanczuk-Seiferth, 2015). Hierbei kommen neurowissenschaftliche Methoden wie die funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT) oder die Elektrophysiologie (z. B. EEG) zum Einsatz. Bisherige Befunde stützen sich weitestgehend auf Erkenntnisse aus dem Bereich pathologisches Glücksspielen und exzessives Onlinespielen. Die ersten neurobiologischen Studien konzentrierten sich entsprechend der Einordnung unter den Impulskontrollstörungen in der ICD vor allem auf Mechanismen der exekutiven Funktionen (z. B. de Ruiter, Oosterlaan, Veltman, van den Brink & Goudriaan, 2012). Neuere Forschung hat sich mit Blick auf die Parallelen zu Abhängigkeitserkrankungen mehr und mehr Phänomenen wie Verlangen und Suchtdruck (z. B. Crockford, Goodyear, Edwards, Quickfall & El-Guebaly, 2005; van Holst, van Holstein, van den Brink, Veltman & Goudriaan, 2012), und der Be-

lohnungsverarbeitung zugewandt (z. B. Balodis et al., 2012; Romanczuk-Seiferth, Koehler, Dreesen, Wüstenberg & Heinz, 2014). Hier sollen vor allem die für die Therapieimplikationen relevanten Aspekte dargestellt werden (für weiterführende Zusammenfassungen des aktuellen Kenntnisstandes siehe Kiefer et al., 2013; Mörsen et al., 2011; Quester & Romanczuk-Seiferth, 2015; Romanczuk-Seiferth, van den Brink et al., 2014; Romanczuk-Seiferth & Fauth-Bühler, 2014).

Das abhängige Gehirn

Will man abhängiges Verhalten besser verstehen, ist es zunächst wichtig, dass es infolge operanter und klassischer Konditionierung zu einem Übergang von bewusster Handlungssteuerung zu automatisierten und neurobiologisch modifizierten Reaktionsmustern kommt. Gleichzeitig kommt dadurch dem ursprünglichen Motiv oder der Funktion des Verhaltens, wie Entspannung o. ä., im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung eine immer geringere Bedeutung zu. Nesse & Berridge (1997) gehen in ihrer Theorie zur Entwicklung und Aufrechterhaltung abhängigen Verhaltens von einer motivationalen Fokussierung der Person auf suchtasoziierte Aspekte des Lebens aus. Dies basiert auf Veränderungen der Funktionsweise des Gehirns, was inzwischen anhand von Veränderungen im sogenannten zerebralen mesokortikolimbischen Belohnungssystems des Gehirns gezeigt werden konnte. Diese Veränderung bestehen zum einen aus einer gesteigerten Reaktionsbereitschaft des Gehirns auf solche Reize in der

Umgebung, die durch Lernprozesse mit der Abhängigkeit assoziiert wurden. Alle mit dem abhängigen Verhalten verknüpften Hinweisreize, wie etwa die Eckkneipe oder die Bahnhofstoilette, führen sozusagen zu einer Erwartung im Belohnungssystem des Gehirns. Zum anderen kommt es zu einer verminderten motivationalen Reaktionsbereitschaft des Gehirns Abhängiger auf übliche Verstärker, wie etwa Geld, Essen, Sexualität etc., sodass diese als weniger Anreiz erzeugend wahrgenommen werden. Zentral sind hierbei Veränderungen in der Aktivität dopaminerger Nervenzellen des Mittelhirns, welche zum ventralen Striatum – als einer Kernregion des Belohnungssystems – und anderen mesolimbischen Hirnstrukturen projizieren. Dabei ist es sehr wichtig zu beachten, dass der motivationale Anreiz für ein Verhalten nicht gleichzusetzen ist mit dem subjektiven Erleben von positiven Affekten durch das abhängige Verhalten inklusive der Beendigung negativer Zustände. Dies zeigt sich darin, dass Letzteres in der Regel im Verlauf einer Abhängigkeit klar in den Hintergrund tritt, während der motivationale Anreiz, das abhängige Verhalten auszuführen, aufgrund der Veränderungen im Belohnungssystem des Gehirns hoch bleibt.

„Verhaltenssüchte“ im Gehirn

Beispielhaft sollen hier Studien zu pathologischem Glücksspielen dargestellt werden, da hierzu die umfassendsten Befunde vorliegen: Für Menschen mit pathologischem Glücksspielen konnten neurowissenschaftliche Studien ebenfalls eine gesteigerte Reagibilität des Gehirns auf solche Umgebungsreize zeigen, die mit Glücksspiel verknüpft sind (z. B. Goudriaan, de Ruiter, van den Brink, Oosterlaan & Veltman, 2010; Potenza et al., 2003), insbesondere in relevanten frontalen Strukturen (dorsolateral-präfrontaler und anterior-cingulärer Kortex) und mesolimbischen Strukturen (ventrales Striatum). Auch ließ sich umgekehrt zeigen, dass das Gehirn bei Personen mit pathologischem Glücksspielen eine verminderte Reaktionsbereitschaft auf übliche Verstärker aufwies (z. B. Balodis et al., 2012), wobei im direkten Vergleich anders als bei Alkoholabhängigkeit insbesondere die veränderte Bedeutung von (potenziellen) Verlusten relevant zu sein scheint (Romanczuk-Seiferth, Koehler et al., 2014). Es zeigen sich bei genauer Betrachtung entsprechend auch relevante Unterschiede zwischen substanzgebundenen und substanzungebundenen Störungen. Auch wird diskutiert, inwiefern die beobachteten Veränderungen mit einer Umorganisation der zuständigen Netzwerke im Gehirn (z. B. Koehler, Ovadia-Caro et al., 2013; van Holst, van der Meer et al., 2012) bzw. hirnstrukturellen Unterschieden (z. B. Joutsa, Saunavaara, Parkkola, Niemelä & Kaasinen, 2011; Koehler, Hasselmann, Wüstenberg, Heinz & Romanczuk-Seiferth, 2013) in Zusammenhang stehen. Rar sind umfassende Längsschnittstudien, um eine Aussage darüber treffen zu können, ob die beobachteten Gehirnveränderungen mögliche Risikofaktoren für

die Entstehung der Erkrankung darstellen oder sich erst im Verlauf der Erkrankung entwickeln (vgl. Kühn et al., 2011).

— Alle mit dem abhängigen Verhalten verknüpften Hinweisreize – etwa die Eckkneipe oder die Bahnhofstoilette – führen zu einer Erwartung im Belohnungssystem des Gehirns. —

Im Vergleich zur Datenlage bei pathologischem Glücksspielen wird deutlich, dass die systematische Forschung zur Neurobiologie der exzessiven Internetnutzung noch am Anfang steht (Kiefer et al., 2013): Bisherige Befunde beziehen sich zumeist auf die Nutzung von Onlinespielen und untersuchen analog zu Glücksspiel die Bereiche Reiz-Reagibilität (z. B. Lorenz et al., 2013), Belohnungssensitivität (z. B. Dong, Hu & Lin, 2013) und Verhaltenskontrolle (z. B. Chen et al., 2014) bei exzessiver Internetnutzung (weiterführender Überblick z. B. Brand, Young & Laier, 2014; Romanczuk-Seiferth, 2014).

Therapieansätze

Wie bereits ausgeführt, befindet sich nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Betroffenen in therapeutischer Behandlung, obwohl inzwischen verschiedene psychotherapeutische Behandlungsansätze für psychische Probleme im Zusammenhang mit sogenannten Verhaltenssüchten vorliegen. Betroffene ziehen den Weg ins Hilfesystem oft erst spät in Betracht, Erstkontakte bei niedergelassenen Psychiatern oder Psychotherapeuten sind zumeist durch komorbide auftretende Erscheinungen wie familiäre Probleme oder depressive Störungen motiviert. Betrachtet man die Effektivität spezifischer Behandlungsansätze (vgl. Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen & Molde, 2005), so zeigt sich etwa für pathologisches Glücksspielen, dass verhaltenstherapeutische Interventionen einer Kombination von Selbsthilfe, Kompetenztraining und Familienintervention überlegen sind (Leibetseder, Laireiter, Vierhäuser & Hittenberger, 2011). Als relevante Elemente einer Psychotherapie erwiesen sind insbesondere Psychoedukation, motivierende Gesprächsführung, kognitive Umstrukturierung, Selbstsicherheitstrainings, Trainings sozialer Fertigkeiten, Problemlöse- und Selbstmanagementtrainings, Konfrontationstechniken und Entspannungstrainings, aber auch Geldmanagement und Rückfallprophylaxe (z. B. Gooding & Tarrier, 2009). Außerdem kommt der Berücksichtigung entsprechender Komorbiditäten, wie etwa affektiven Syndromen, bzw. der Unterstützung bei psychosozialen Aspekten der Erkrankung, wie etwa Schuldner- und Rechtsberatung oder Paar-/Familiengesprächen, in der Therapieplanung eine wichtige Bedeutung zu.

Neurowissenschaftliche Studien haben primär zum Ziel, das grundlegende Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen und verwandten Störungen zu verbessern. Gleichsam steht

die Frage im Raum, wofür diese Erkenntnisse in der psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten unmittelbar nutzbar zu machen sind: Zunächst erweist sich die Kommunikation mit Patienten über aktuelles neurobiologisches Wissen zum Krankheitsbild als wichtig. Kenntnisse neurobiologischer Grundlagen können für die Betroffenen zu einer Entlastung von Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen beitragen, eröffnen aber in jedem Fall dieses wichtige Thema im therapeutischen Prozess. Dies ist umso relevanter, als dass gezeigt werden konnte, dass z. B. bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit insbesondere Scham und (Selbst-)Stigmatisierung relevante Barrieren für eine Behandlung darstellen (Wallhed Finn, Bakshi & Andréasson, 2014). Auch ist anzunehmen, dass entsprechende Kenntnisse sich aufseiten der Versorgenden positiv auswirken: So konnte gezeigt werden, dass Schulungen von Medizinpersonal zu einer Reduktion der Stigmatisierung im Umgang mit Menschen mit substanzbezogenen Störungen führen (Livingston, Milne, Fang & Amari, 2012). Folglich sind eine fundierte Psychoedukation zu neurobiologischen Veränderungen sowie die Integration in das individuelle Krankheitsmodell des Patienten im Sinne eines erfolgreichen psychotherapeutischen Prozesses anzustreben.

Wie können zukunftsweisende psychotherapeutische Interventionen mögliche Veränderungen im Gehirn berücksichtigen bzw. direkt adressieren? Zu den direktesten Therapieimplikationen der bisherigen neurobiologischen Erkenntnisse zählen psychotherapeutische Therapieansätze, welche die Re-Sensibilisierung des Gehirns für alltägliche Verstärker zum Ziel haben. Hierzu zählen Verfahren der sogenannten euthymen Therapie oder Genuss Therapie, in der mittels Übungen zur Wahrnehmung mit allen fünf Sinnen die Genussfähigkeit als Alternative zum abhängigen Verhalten gestärkt wird. Auch psychotherapeutische Methoden zur Stärkung von Ressourcen und protektiven Faktoren sind hier als vorteilhaft zu erwähnen. Als neurobiologisch fundierte Bausteine einer Psychotherapie sind in diesem Sinne auch alle Interventionen anzusehen, welche auf die Schwächung von automatisiertem Verhalten hinarbeiten, wie etwa Beobachtungsaufgaben, Tagebücher, Verhaltensanalysen und Ampelsysteme zur Einschätzung kritischer Situationen, Dritte-Personen-Perspektive etc. Das Verständnis von sogenannten Verhaltenssüchten als erlerntes Problemverhalten bietet bei all diesen Ansätzen das gemeinsame Grundgerüst, um im therapeutischen Prozess den Aufbau alternativer psychischer und sozialer Ressourcen zu gewährleisten und den Verzicht auf das entsprechende Verhalten im Sinne eines Umlernprozesses effektiv zu unterstützen.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Im DSM IV noch als Impulskontrollstörung klassifiziert, erfolgte in der Novellierung des DSM eine Zuordnung pathologischen Glücksspielens als erste „Verhaltenssucht“ in die Sektion „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen

Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“ des DSM-5. Ausschlaggebend waren hierfür Parallelen zwischen Substanzabhängigkeiten und exzessivem Glücksspielen sowohl hinsichtlich der klinischen Charakteristika sowie neurobiologischer Variablen. Für alle anderen umgangssprachlich als Verhaltenssucht bezeichneten Phänomene ist die Datenlage aktuell noch nicht ausreichend, um eine Einordnung in die gültigen Klassifikationssysteme zu rechtfertigen. Für pathologisches Glücksspielen geht man in Deutschland von bis zu 0,5% Betroffenen innerhalb der erwachsenen Gesamtbevölkerung aus. Häufig komorbide zeigen sich Erkrankungen wie substanzbezogene Störungen, affektive Störungen, Angststörungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Für exzessive Internetnutzung werden Prävalenzraten von 1% bis zu 4,2% berichtet. Nur ein geringer Anteil der Betroffenen befindet sich in professioneller Behandlung. Entsprechend ist der Ausbau der Zugangswege von Betroffenen ins Hilfesystem sowie die Vernetzung versorgender Anlaufstellen im Hilfesystem dringend zu verbessern, um den Betroffenen eine adäquate Gesundheitsversorgung zugänglich zu machen und Folgebeeinträchtigungen zu minimieren. Es stehen effektive psychotherapeutische Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen zur Verfügung, gleichermaßen für Phänomene rund um die Nutzung des Internets. Auch lassen sich aus den neurobiologischen Befunden wichtige Therapieimplikationen ableiten, wie etwa die Integration von Psychoedukation zu den neurobiologischen Grundlagen zu Beginn der Behandlung und den Aufbau alternativer motivationaler Ressourcen im Psychotherapieprozess.

Literatur

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



**Prof. Dr. Dipl.-Psych.
Nina Romanczuk-Seiferth**

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

Prof. Dr. Nina Romanczuk-Seiferth ist Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin (VT) und als leitende Psychologin & Psychotherapeutin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (CCM) der Charité Berlin tätig. Im Rahmen der Professur für Neurobiologie der Psyche und Neuropsychotherapie an der Charité Berlin forscht sie zu den neurobiologischen Grundlagen therapeutischer Interventionen, wobei ein Schwerpunkt die Verhaltenssüchte darstellen.

Psychische Störungen Studierender: Beispiel einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle

Caroline Lutz-Kopp, Ursula Luka-Krausgrill & Bernhard Einig

Zusammenfassung: Psychische Störungen treten auch bei Studierenden zunehmend stärker in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. Laut einer aktuellen Sonderauswertung zur „Gesundheit Studierender“ (Techniker Krankenkasse, 2015) liegt bei 21% der Studierenden eine psychische Störung vor. Die Psychotherapeutischen Beratungsstellen an Universitäten und Hochschulen sind häufig die erste Anlaufstelle, da es sich um ein niedrigschwelliges Angebot handelt. Die Daten der vergangenen Jahre der Psychotherapeutischen Beratungsstelle der Johannes Gutenberg-Universität Mainz weisen darauf hin, dass zwischen 46% und 61% der Ratsuchenden unter einer psychischen Störung leiden. In dem vorliegenden Beitrag wird zunächst die Struktur der Beratungsstelle dargestellt, im Anschluss wird die Wirksamkeit der durchgeführten Kurzzeit-Psychotherapien aufgezeigt. Die Ergebnisse belegen, dass psychotherapeutische Angebote in Beratungsstellen sinnvoll und wirksam sind.

Psychische Störungen bei Studierenden

Psychische Störungen sind in den letzten Jahren aufgrund hoher Auftretensraten, den damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten und der Zunahme der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Therapieangebote zunehmend stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt (vgl. z. B. Wittchen et al., 2011). Nach der aktuellen Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden immer häufiger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Anträge auf Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen gestellt (Robert Koch-Institut, 2015). Nach der aktuellen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) liegt die Zwölf-Monats-Prävalenz für eine psychische Erkrankung bei 27,7% (Jacobi et al., 2014). Die häufigsten Diagnosen sind Angststörungen (15,3%) und affektive Störungen (9,3%). Der internationale Vergleich zeigt ähnliche Ergebnisse. Laut einer Meta-Analyse von Steel et al. (2014), die Studien aus verschiedenen Ländern untersucht hat, erkranken 29,2% der Allgemeinbevölkerung einmal in ihrem Leben an einer psychischen Erkrankung; die Jahresprävalenz beträgt 17,6%. Die Ergebnisse der DEGS-Studie weisen des Weiteren auf höhere Prävalenzraten psychischer Störungen bei jüngeren Personen (18 bis 34 Jahre) als bei den älteren Vergleichsgruppen hin. So leiden in dieser Altersgruppe 36,7% innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. In die genannte Gruppe fällt ein Großteil der Studierenden, sodass davon auszugehen ist, dass auch hier eine hohe Prävalenz psychischer Probleme vorliegt. Nicht selten führen diese psychischen Belastungen zu einer Studierunfähigkeit.

Nach Untersuchungen von Bailer, Schwarz, Witthöft, Stübinger und Rist (2008) an einer deutschen Hochschule wiesen zum Erhebungszeitraum der Studie 22,7% der Studierenden eine psychische Störung auf. Depressive Syndrome stellten mit 14,1% aller Studierenden die häufigste Störung dar. Blan-

co et al. (2008) haben in einer groß angelegten US-amerikanischen epidemiologischen Studie unter anderem „college students“ untersucht und fanden bei 45,8% aller interviewten Teilnehmer¹ die Kriterien für eine psychische Störung (nach DSM IV) im vergangenen Jahr erfüllt. Überwiegend wurden Störungen durch Alkohol und andere Drogen diagnostiziert (30%), aber auch affektive Störungen (11%) und Angststörungen (12%) waren häufig.

Nach den Ergebnissen der 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks gaben 23% der Studierenden an, einen Beratungsbedarf aufgrund persönlicher Probleme zu haben, in 14% der Fälle wurden hierbei depressive Verstimmungen genannt, weitere 14% berichten von Prüfungsängsten (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010). Eine aktuelle Untersuchung der Krankendaten des Jahres 2013 von Studierenden (im Alter von 20 bis 34 Jahre) kommt zu ähnlichen Ergebnissen, 22% der Stichprobe leiden an einer psychischen Erkrankung nach ICD-10 (Techniker Krankenkasse, 2015). In der Stichprobe einer universitären psychotherapeutischen Beratungsstelle litten 65% der dort Ratsuchenden an einer klinisch relevanten Diagnose (Holm-Hadulla, Hofmann, Sperth & Funke, 2009). In den meisten Fällen sind die psychischen Störungen mit einer, zum Teil sehr starken, Beeinträchtigung der Lern- und Leistungsfähigkeit verbunden. So wurde anhand einer Stichprobe von 945 Studierenden der Medizin nachgewiesen, dass hoch Prüfungsängstliche häufiger eine Studienverzögerung bis hin zum Langzeitstudium aufwiesen und psychisch deutlicher belastet waren als niedrig Prüfungsängstliche (Schaefer, Mattheß, Pfitzer & Köhle, 2007).

Bei Studierenden liegt ein spezieller Behandlungsbedarf vor. Zum einen geht es um eine schnelle Stabilisierung oder Wie-

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

derherstellung der Studier- und Arbeitsfähigkeit der Betroffenen. Zum anderen aber auch um eine Reintegration in das Studium nach einer Studienunterbrechung. Dafür ist eine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung erforderlich, bei der auch die spezifischen studienbezogenen und alterstypischen Probleme berücksichtigt werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Studien- und Prüfungsleistungen nicht erbracht werden und sich damit die Problematik weiter zuspitzt. Bei Studierenden ohne psychische Erkrankung, aber mit deutlicher Belastung, geht es um die Durchführung präventiver Maßnahmen.

Die Psychotherapeutische Beratungsstelle der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Universitäre Beratungsstellen sind eine niedrigschwellige und wichtige Anlaufstelle für psychisch belastete Studierende und nehmen damit auch eine wichtige Rolle bei der Prävention psychischer Erkrankungen ein. Die Anliegen der Studierenden sind sehr vielfältig und reichen von umschriebenen Prüfungsängsten oder Problemen beim wissenschaftlichen Schreiben über psychische Symptomatiken im Zusammenhang mit schwierigen Lebenssituationen bis hin zu leichten und schwer ausgeprägten psychischen Störungen. Aufgrund dieser Heterogenität ist eine fachgerechte, diagnostische Einordnung erforderlich, um eine auf die jeweilige Problemlage abgestimmte Indikation stellen zu können und individuelle Maßnahmen einzuleiten.

Die Psychotherapeutische Beratungsstelle (PBS) der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (JGU) ist eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Einrichtung. Die Angebote der PBS sind allen Studierenden der Universität kostenfrei zugänglich. In der PBS wurde ein mehrstufiges diagnostisches Vorgehen etabliert, das eine Anamneseerhebung, eine Prüfung, ob eine psychische Störung (nach ICD-10) vorliegt, sowie eine Einschätzung der Stärke der Problematik anhand von Fragebogen einschließt. Zu den Standardinstrumenten gehört der Brief Symptom Inventory (BSI) von Franke (2000) sowie die Kurzform der Allgemeinen Depressions-Skala (ADS-K) von Hautzinger (2012). Es erfolgt eine Prä- sowie Post-Messung, sodass alle Interventionen, die in der PBS durchgeführt werden, evaluiert werden. Bei deutlichen Leistungsstörungen erfolgt eine testdiagnostische Abklärung der Bereiche Konzentration, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen und Gedächtnis in der Spezialsprechstunde bei Störungen der Leistungskompetenz (SLK). Damit verbunden ist eine weitere spezielle Sprechstunde zur Abklärung von ADHS im Erwachsenenalter.

Im Rahmen von Erst- und weiterführenden Indikationsgesprächen werden zunächst die geschilderten Problembereiche eingegrenzt und konkretisiert. Die Dringlichkeit der Problembereiche sowie ggf. der Schweregrad der Symptomatik werden eingeschätzt. Letztlich wird gemeinsam mit den Studierenden entschieden, welche Maßnahmen am besten ge-

eignet sind, die geschilderten Probleme zu lösen. Bereits im Rahmen der diagnostischen Gespräche sollen die Studierenden entlastet und eine Perspektive zur Lösung der Probleme vermittelt werden.

Handelt es sich um eine eingrenzbar Problematisierung bzw. eine leichte Ausprägung einer psychischen Störung, werden weitere Beratungs- und Behandlungssitzungen in der PBS angeboten und es erfolgt zunächst eine genaue Problem- und Zielanalyse. Entsprechend der vielfältigen Problembereiche können im Rahmen der Einzelberatung unterschiedliche Interventionen zum Einsatz kommen. Hierbei handelt es sich beispielsweise um die Bearbeitung von Studienproblemen durch den Einsatz geeigneter Lernstrategien, Techniken zum Zeitmanagement, Angstbewältigungsstrategien, Methoden für eine effektive Prüfungsvorbereitung sowie auch Strategien zum Umgang mit depressiven Symptomen. Eine akute Krisensituation stellt einen Sonderfall dar. Hier steht im Fokus, die Betroffenen zu beruhigen und zu entlasten, eine Perspektive zu vermitteln sowie Ressourcen zu aktivieren. Hierfür wurde eine Akutsprechstunde eingerichtet.

Das Kursprogramm der PBS stellt einen wesentlichen Teil des Beratungskonzepts dar. In qualitativer Hinsicht ergänzt es die Einzelberatung durch die Möglichkeit, in Gruppen zu üben, um so zum Beispiel soziale Kompetenzen zu verbessern und Prüfungs- sowie Redeängste zu verringern. In quantitativer Hinsicht führt das Gruppenangebot zu einer Entlastung der Einzelberatung, wodurch schneller personelle Ressourcen für neue Erstgespräche frei werden. Die inhaltliche Ausgestaltung des Kursprogramms wurde an den gehäuft berichteten Problembereichen der Studierenden ausgerichtet. Erfahrungswerte der letzten Jahre haben gezeigt, dass die Studierenden sich einerseits mit studienrelevanten Problemen wie Leistungsstörungen, Problemen, vor Gruppen zu sprechen, Prüfungsängsten sowie Lern- und Schreibblockaden an die PBS wenden. Andererseits erhalten die Studierenden durch die Kurse auch Unterstützung bei Themen wie z. B. „Vorbeugen und Bewältigen von depressiven Verstimmungen“, „Training sozialer Fertigkeiten“ und „Stressbewältigung“. Das Kursangebot wird kontinuierlich überarbeitet und erweitert; so wurden beispielsweise neue Kurskonzepte zu den Themen „Achtsamkeit“, „Selbstwert“ und „Emotionsregulation“ entwickelt. Die Kurse finden entweder einmal oder zweimal über das Semester verteilt statt und werden in zwei bis acht, zeitlich unterschiedlich langen, Terminen absolviert. Zu den Kursen können sich alle Studierenden der JGU online über die Homepage anmelden.

Das Team der PBS besteht aus approbierten Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie), sowie Psychologen in fortgeschrittener Psychotherapeutenausbildung (Verhaltenstherapie). Das aktuelle Team der PBS umfasst 17 Personen, einschließlich einer Honorarkraft am Standort Gernersheim sowie einer Sekretariatsmitarbeiterin. Hinzu kommen zwei Psychologinnen, die einen Teil ihrer Praxiszeit im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung in der PBS als anerkannte Aus-

bildungsstätte absolvieren. Außerdem haben Studierende der Psychologie die Gelegenheit, ihr studienrelevantes Praktikum durchzuführen. Im Bereich Beratung und Psychotherapie sind aktuell insgesamt elf Personen tätig, sieben davon sind approbierte Psychologische Psychotherapeuten, vier befinden sich in einer psychotherapeutischen Ausbildung. Die Onlineberatung wird von zwei Mitarbeitern im Rahmen eines durch das Programmbudget des Hochschulpakts geförderten Projekts weiterentwickelt. Die Finanzierung des Personals der Beratungsstelle erfolgt durch unterschiedliche Quellen: Insgesamt stehen der Universität für die PBS 3,5 Dauerstellen (Vollzeit-äquivalente) zur Verfügung. Zusätzlich können knapp 3,5 Stellen durch zeitlich befristet bereitgestellte Mittel finanziert werden. Hinzu kommen befristete Mittel für die Beschäftigung von studentischen Hilfskräften (mit insgesamt 26 Wochenstunden). Für das umfangreiche Kursangebot der Beratungsstelle stehen darüber hinaus interne und externe Kursleiter zur Verfügung, die durch zusätzliche Mittel der Universität oder aus Drittmitteln finanziert werden.

„Stepped Care“

Nach der diagnostischen Phase wird auf dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse gemeinsam mit den Studierenden eine Entscheidung über das weitere Vorgehen getroffen (siehe Abbildung 1). Dem Vorgehen liegt ein „stepped care“-Gedanke zugrunde (Härter et al., 2015), d. h., aus den verschiedenen Behandlungsangeboten wird das für den individuellen Fall geeignetste Vorgehen ausgewählt mit zum Teil aufeinander aufbauenden Bausteinen. Das Angebot der PBS umfasst bis zu zehn Einzelberatungsgespräche, Kursangebote zu spezifischen Themen und Onlineberatungen zu den Themen Bewältigung von Prüfungsangst und Blockaden beim wissenschaftlichen Schreiben. Wenn eine Indikation für eine Psychotherapie gestellt wird, werden die Studierenden umfassend über Behandlungsoptionen informiert. Dazu zählt z. B. die Informationsvermittlung zu den psychotherapeutischen Verfahren und zum Ablauf einer Psychotherapie. Handelt es sich um eine leicht ausgeprägte psychische Störung ohne Komorbiditäten, bei der man von einer deutlichen Symptomverbesserung innerhalb von zehn Sitzungen ausgehen kann, wird den Betroffenen eine Kurzzeit-Psychotherapie in der PBS angeboten. Wenn eine längere Behandlungsdauer erforderlich ist, werden die Studierenden in eine externe Psychotherapie bzw. gegebenenfalls in eine medikamentöse Behandlung überwiesen. Neben dem Vorliegen einer krankheitswertigen psychischen Störung (nach ICD-10) stellen eine ausreichende Therapiemotivation sowie eine günstige Prognose weitere Indikationskriterien für eine Weitervermittlung dar. In den letzten Jahren wurden, durch die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten und Fachärzten sowie mit psychotherapeutischen Ambulanzen im Rahmen eines Behandlungsnetzwerks, Überweisungspfade aufgebaut mit dem Ziel, Studierende in eine qualifizierte, zeitnahe Weiterbehandlung zu überweisen. Durch ein Rückmeldesystem liegen auch Informationen über die Rate erfolgreicher Über-

weisungen vor. Im Jahr 2015 konnten von 280 Studierenden, die eine Indikation für eine (längere) psychotherapeutische Behandlung erhielten, 57% über das Netzwerk in eine Behandlung überwiesen werden. Die Studierenden kamen auch in 92% der Fälle bei den ambulanten Psychotherapeuten an. In umgekehrter Richtung („collaborative care“, Härter et al., 2015) können die Studierenden nach erfolgter Behandlung bzw. auch parallel dazu spezielle Kurse nutzen, wie z. B. „Zurück ins Studium“, oder an einer begleitenden Onlineberatung teilnehmen, um nach einer längeren Behandlung und eventuell auch Unterbrechung des Studiums wieder im Studium Fuß fassen zu können. Dieses gestufte Vorgehen, bei der die Kooperation mit externen Behandlungseinrichtungen eingeschlossen ist, soll dazu dienen, differenziert auf die jeweilige Problemlage eingehen zu können (siehe Abbildung 1).

Im Anschluss an diese Kurzvorstellung der PBS der JGU sowie ihrer diagnostischen und behandelnd-beratenden Tätigkeiten sollen nachfolgend die Symptomatiken der Ratsuchenden differenzierter analysiert sowie die jeweils spezifischen Ansätze der universitären Beratungsstelle dargestellt werden. Dazu wird zum einen anhand verschiedener Datensätze geprüft, wie häufig sich Studierende mit welchen psychischen Störungen an die Beratungsstelle wenden. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Frage der Versorgung von Studierenden mit psychischen Störungen. Dies betrifft zum einen die Weiterverweisung in eine weiterführende Behandlung sowie die Wirksamkeit von Kurzzeit-Psychotherapien bei leichten psychischen Störungen, wie sie in der Beratungsstelle durchgeführt werden.

Ergebnisse zur Auftretensrate psychischer Störungen

Die nachfolgenden Berechnungen beziehen sich auf die Daten des Jahres 2014 (N= 733). Alle Berechnungen wurden mit SPSS 21 durchgeführt.

Einige Merkmale der Studierenden

Im Durchschnitt waren die Studierenden 26,5 Jahre alt (SD= 5,3). Die Mehrheit war weiblich (66% Frauen, 34% Männer). Die Ratsuchenden befanden sich überwiegend im Bachelor-Studium (43,4%) und im Mittel im 8. Semester (SD= 5,9) ihres 1. Studienfaches. Im Master befanden sich 13,4% und 18,4% studierten ein Studienfach mit einem Staatsexamensabschluss. Die „alten“ Studiengänge laufen an der JGU derzeit aus, 10,2% studierten noch ein Fach mit dem Abschlussziel Magister und 8,3% strebten das Diplom an. 14% der Studierenden gaben an, dass sie sehr unzufrieden mit ihrem Studium seien, 22% unzufrieden und 32% mittel zufrieden; 30% gaben an, zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Die Finanzierung des Studiums ist für viele Studierende ein wichtiges Thema. Mehr als die Hälfte (60%) gaben an, einen Nebenjob zu haben, in dem sie im Durchschnitt 13,6 Stunden pro Woche (SD= 7,7) arbeiteten.

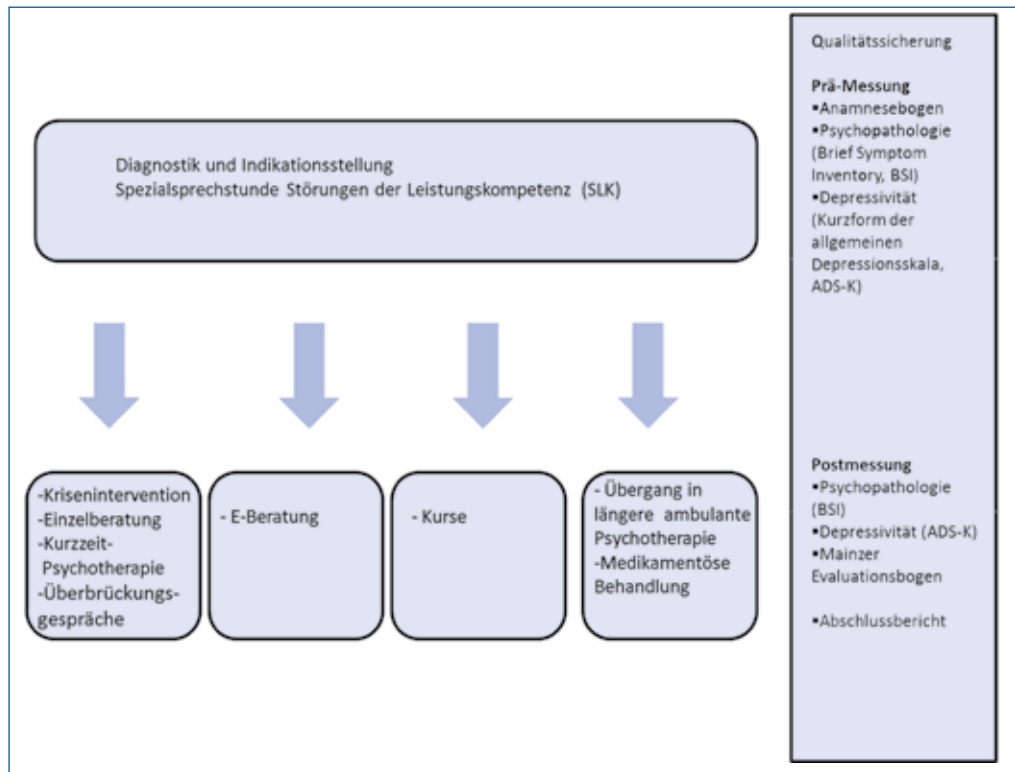


Abbildung 1: Angebote der Psychotherapeutischen Beratungsstelle und Schnittstellen Beratung/Behandlung

Die Hauptprobleme der Studierenden

Die Studierenden sollen zu Beginn der Beratung aus einer Liste verschiedener Problembereiche aus dem universitären sowie privaten Kontext die Probleme auswählen, aufgrund derer sie Hilfe suchen. Mehrfachnennungen sind hierbei möglich. Am häufigsten nannten die Ratsuchenden im Jahr 2014 allgemeine Leistungsprobleme (57,2%), dicht gefolgt von depressiven Verstimmungen (55,8%) und Problemen im Studium (43,1%). Etwa ein Drittel der Studierenden gab Ängste (34,8%) und Probleme in Beziehungen zu anderen (29,2%) an. Jeder Vierte klagte über Prüfungsängste (24,1%). Die Häufigkeiten der genannten Problembereiche der Studierenden sind in den letzten Jahren weitestgehend stabil geblieben.

Die Ratsuchenden sollen des Weiteren angeben, wie lange die Probleme, die sie in die PBS führen, bestehen und ob sie aufgrund dessen zu einem früheren Zeitpunkt bereits Behandlungen in Anspruch genommen haben. Knapp die Hälfte gab an, dass die Probleme seit längerer Zeit andauern (seit mehreren Jahren: 39%, seit Pubertät/Kindheit: 7%), etwa ein Drittel kennt die Schwierigkeiten seit ein paar Monaten oder kürzer (30%). Etwa die Hälfte der Studierenden hatte zum Zeitpunkt des Erstgesprächs im Vorfeld noch keine Behandlung in Anspruch genommen (48,8%). Rund ein Viertel befand sich vorab in einer ambulanten Behandlung (24,5%), 7,7% waren bereits in stationärer Behandlung. 13,1% gaben an, zu einem früheren Zeitpunkt Psychopharmaka eingenommen zu haben. 8% der Ratsuchenden berichteten, aktuell Psychopharmaka einzunehmen. Verschiedene Beratungsangebote wurden zuvor

von 20% der Ratsuchenden genutzt, davon gaben 16% an, schon einmal in der PBS gewesen zu sein.

Für die Arbeit der PBS bedeuten diese Ergebnisse, dass unterschiedlich stark belastete Studierende Hilfe suchen und somit spezifische Angebote für verschiedene Anliegen erstellt werden müssen.

Psychische Störungen (ICD-10)

Hinsichtlich der Häufigkeit psychischer Störungen zeigen die Analysen der letzten Jahre ein sehr stabiles Ergebnis: In den Jahren 2010 bis 2014 wurden bei 46% bis 61% der Studierenden, die die PBS in diesem Fünf-Jahreszeitraum aufgesucht haben, mindestens eine ICD-10 Diagnose gestellt. Im

Jahr 2014 traf dies auf 48,3% der Ratsuchenden zu. Betrachtet man die Diagnosen genauer, fällt auf, dass affektive Störungen am häufigsten diagnostiziert wurden. Etwa ein Drittel der Studierenden hatten zum Zeitpunkt der Diagnostik eine affektive Störung als Hauptdiagnose. Hierbei handelte es sich entweder um eine erstmalige Diagnose (10,4%), um eine rezidivierende depressive Störung (12%), eine bipolare affektive Störung (0,1%) oder um eine chronische Depression (z. B. 4,5% Dysthymia). Am zweithäufigsten werden Diagnosen aus dem Bereich der Angststörungen (11%) gestellt. Hierunter fallen auch Prüfungsängste und Soziale Phobie.

Der Mittelwert des BSI über alle Befragten lag im oberen Durchschnitt (T= 61,5, Min.= 12 und Max.= 80); 51% der Ratsuchenden hatten einen Wert über 63 und waren somit in einem Bereich, den die Autoren als auffällig beschreiben. In der ADS-K erreichten die Studierenden im Mittel einen Wert von 21,9 (Min.= 1 und Max.= 45). Deutlich mehr als die Hälfte der Studierenden (69%) hatten im Jahr 2014 einen Wert größer als 17 (Cut-Off). Die Daten der letzten Jahre ergaben ähnliche Werte, was für eine Stabilität der Belastung der Ratsuchenden spricht.

Gestufte Angebote für Studierende mit psychischen Belastungen

Nach der diagnostischen Phase wird gemeinsam mit den Ratsuchenden eine Entscheidung über das weitere Vorge-

hen getroffen. In der Mehrheit der Fälle (55,7%) folgte eine weitere Beratung in der PBS, die bei 88% regulär abgeschlossen wurde. 29 Studierende mit einer diagnostizierten psychischen Störung konnten in der PBS durch eine interne Kurzzeit-Psychotherapie versorgt werden. In 47,9% der Fälle war eine längere psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Regelversorgung erforderlich. In diesen Fällen erfolgte eine Überweisung in die entsprechende Behandlung außerhalb der PBS. Es liegt aufgrund der etablierten Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten bei der Hälfte dieser Studierenden eine Information über die Dauer der Wartezeit vor. Sie erhielten innerhalb von drei Wochen (SD= 2) einen Termin für ein Erstgespräch. 13,5% derer, denen eine längerfristige Behandlung empfohlen wurde, hatten kein Interesse oder zeigten kein Bemühen bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz. Die Gründe hierfür waren nicht nur mangelnde Motivation, sondern einige Studierende konnten aufgrund der Aufnahme eines Praktikums, eines Auslandsaufenthaltes u. ä. zunächst keine Psychotherapie aufnehmen. In den im Jahr 2014 neu implementierten Onlineberatungen wurden zu dem Thema Bewältigung von Prüfungsangst 14 Studierende und im Bereich Blockaden beim wissenschaftlichen Schreiben 40 Studierende online beraten.

Ergebnisse zur Kurzzeit-Psychotherapie am Beispiel einer Stichprobe der Jahre 2012–2014

Dieses Angebot richtet sich an Ratsuchende mit folgenden Kriterien:

- Es besteht eine leicht ausgeprägte psychische Erkrankung ohne Komorbidität. Dies können z. B. einmalige und leichte depressive Episoden oder isolierte, spezifische Phobien wie etwa Prüfungsängste oder Redeängste sein oder es besteht noch eine Restsymptomatik nach einer erfolgten Behandlung. Der Fokus liegt hierbei auf einer Reintegration in das Studium.
- Die Problembereiche sind klar eingrenzbare.
- Es besteht eine ausreichende Behandlungsmotivation.

Das Konzept sieht die Durchführung einer verhaltenstherapeutischen Kurzintervention vor, welches Psychoedukation zum Krankheitsbild, störungsspezifische Behandlungsbausteine und eine Rückfallprophylaxe beinhaltet. Bei einer depressiven Symptomatik werden evidenzbasierte Interventionen, wie beispielsweise aktivitätssteigernde Techniken, Wochenpläne und Methoden der kognitiven Umstrukturierung, angewandt.

Der dargestellte Datensatz bezieht sich auf den Zeitraum 2012 bis 2014. Hier wurden 134 Studierende kurzzeittherapeutisch behandelt. Es handelte sich dabei um 100 Frauen (75%) und 34 Männer (25%). Im Durchschnitt waren die Ratsuchenden 25 Jahre alt (SD= 3,6). Die meisten Studierenden

befanden sich im Bachelor-Studium (28%) oder in einem Fach mit Staatsexamensabschluss (25%). 58% gaben an, in einer Partnerschaft zu sein. 65% arbeiteten neben dem Studium, im Mittel 12,5 Stunden pro Woche (SD= 1,3). Ein Drittel (32%) befand sich vor der aktuellen Beratung bereits in einer oder mehreren Behandlungen. 14% befanden sich zuvor in ambulanter, 2% in stationärer und 8% in pharmakologischer Therapie. In Beratung waren 12% und weitere 4% berichteten, sonstige Behandlungsangebote in Anspruch genommen zu haben. Zum Zeitpunkt des Erstgespräches nahmen 5% Psychopharmaka ein.

Die Kurzzeit-Psychotherapien umfassten durchschnittlich 7,7 Sitzungen (SD= 2,3), mit einem Minimum von drei und einem Maximum von zwölf Gesprächen. 87% schlossen die Kurzzeit-Psychotherapie regulär ab. 13% der Studierenden brachen nach im Mittel 5,7 Sitzungen (SD= 1,3) die Beratung ab. Weitere 7% schlossen die Beratung regulär ab, ohne dass allerdings eine Abschlusserhebung durchgeführt wurde.

Für die Berechnungen bezüglich der Kurzzeit-Psychotherapien wurden die Werte verschiedener psychischer Störungen zusammengefasst. Die häufigsten behandelten Erkrankungen waren affektive Störungen (47%), darunter erstmalig auftretende depressive (28,4%) sowie rezidivierende depressive Störungen (17,9%). Mit 35,1% waren phobische Störungen, u. a. spezifische Phobien (29%), zu denen Prüfungs- und Redeängste zählen, ebenfalls häufig (siehe Tabelle).

| Diagnose-Code (ICD-10) und Beschreibung | | Anzahl | Prozent |
|---|-----------------------------------|--------|---------|
| F32 | Depressive Episode | 38 | 28,4 |
| F33 | Rezidivierende depressive Episode | 24 | 17,9 |
| F34 | Dysthymia | 1 | 0,7 |
| F40 | Phobische Störungen | 47 | 35,1 |
| F41.0 | Panikstörung | 5 | 3,7 |
| F42 | Zwangsstörung | 1 | 0,7 |
| F43.2 | Anpassungsstörung | 11 | 8,2 |
| F45.31 | Somatoforme Störung | 1 | 0,7 |
| F51.0 | Nichtorganische Insomnie | 1 | 0,7 |
| F90.0 und F98.8 | Hyperkinetische Störungen | 5 | 3,7 |

Tabelle: Verteilung der Diagnosen bei Kurzzeit-Psychotherapien (2012-2014, N=134)

Die Studierenden hatten zu Beginn einen erhöhten, aber noch durchschnittlichen Wert der allgemeinen psychischen Beeinträchtigung (BSI: T= 60,2, SD= 8,5). Der Mittelwert zur Depressivität über alle Studierenden war überdurchschnittlich ausgeprägt (ADS-K: M= 21,4, SD= 8,6).

Für die Berechnungen der Veränderung nach Kurzzeit-Psychotherapie wurden Intention-to-treat-Analysen durchge-

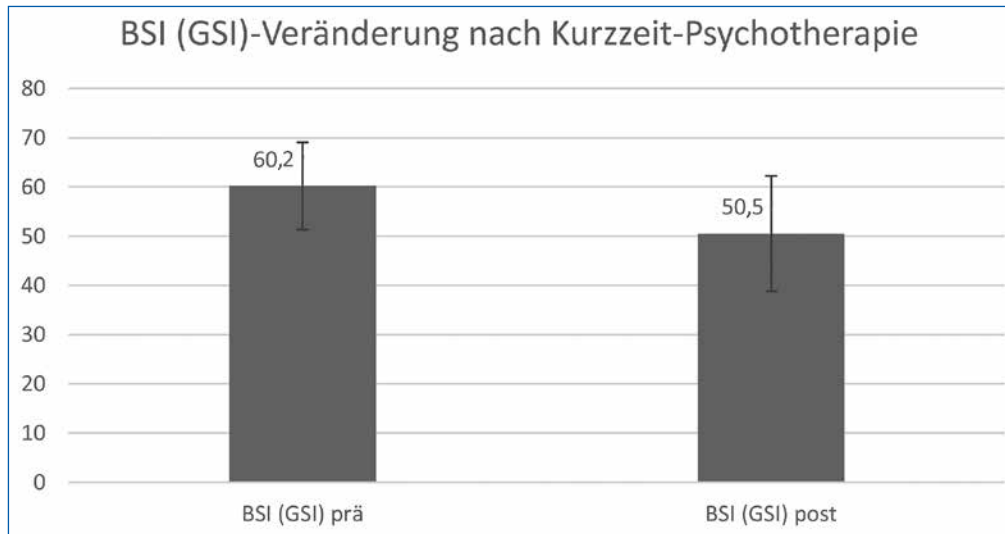


Abbildung 2: BSI-Werte vor und nach der Kurzzeit-Psychotherapie (ITT, N= 134; $p= 0.000$), Fehlerbalken entsprechen den Standardabweichungen.

führt, indem die fehlenden Post-Werte durch die Prä-Werte der jeweiligen Person ersetzt wurden (BSI: 21,3% Missings, ADS-K: 20,6% Missings).

Im BSI hatten die Studierenden nach der Kurzzeit-Psychotherapie im Durchschnitt einen Wert im Normbereich ($T= 50,5$, $SD= 11,1$). Bei 93 Studierenden waren die Post-Werte kleiner als die Prä-Werte, was für eine Verbesserung der Symptomatik spricht. 11 Studierende hatten höhere Fragebogenwerte, was für eine Symptomverschlechterung spricht, und 32 Personen wiesen zum Ende der Beratung keine Veränderung in den Werten auf.

Im ADS-K war der Post-Mittelwert über alle Studierenden deutlich unter dem Cut-Off ($M= 11,7$, $SD= 8,5$). Bei 97 Ratsuchenden ergab sich eine Verbesserung der Werte nach der Kurzzeit-Psychotherapie, zehn Ratsuchende zeigten höhere Werte als zu Beginn und bei 29 blieben die Werte gleich – siehe dazu auch Abbildungen 2 und 3. Der Vergleich der Prä- und Post-Fragebogenwerte (Wilcoxon-Test) zeigt eine hochsignifikante Verbesserung der psychischen Befindlichkeit der Studierenden in beiden Messinstrumenten ($p= 0,000$).

Die Studierenden schätzten weiterhin am Ende der Kurzzeit-Psychotherapie die Veränderung sowie die therapeutische Interaktion anhand des Mainzer Evaluationsbogens ein (Van de Loo, 2004). Der Fragebogen umfasst 13 Items und reicht von 1 (sehr unzufrieden) bis 4 (sehr zufrieden). Von 81,6% der Studierenden liegen Evaluationsbogen vor. Die „Veränderung“ der Symptomatik durch die Beratung wurde mit 3,1 ($SD= 0,6$) bewertet, die „Therapeutische Interaktion“ mit 3,8 ($SD= 0,3$).

Diskussion

Studierende kommen mit einer großen Bandbreite an Problemen und Anliegen in Psychotherapeutische Beratungsstellen

von Universitäten. Häufig sind diese Beratungsstellen die erste Anlaufstelle bei Fragen rund um das Thema psychische Belastung und psychische Erkrankung. Dies weist auf die wichtige Rolle dieser Einrichtungen bei der qualifizierten Einschätzung und Einordnung der Problematiken hin, um gemeinsam mit den Studierenden die geeignetste weiterführende Maßnahme auszuwählen und setzt psychotherapeutische Kompetenzen der Mitarbeitenden voraus.

Die Ursachen der Schwierigkeiten, mit denen Studie-

rende in die PBS kommen, sind meist vielfältig und sowohl privater als auch hochschulbezogener Natur. Speziell haben die gestiegenen Leistungserwartungen in Familie und Gesellschaft in Kombination mit der Umstellung der Studiengänge auf Bachelor und Master den Studienalltag nachhaltig verändert. Einige Studierende setzt der modularisierte Studienaufbau unter Druck, da jedes Modul in der Regel mit einer Prüfung endet, deren Note unmittelbar in die Abschlussnote einfließt. Auch die spezifischen Zugangsvoraussetzungen zu den Master-Studiengängen können stellenweise zu einem gestiegenen Konkurrenz- und Leistungsdenken bei Studierenden führen (siehe z. B. Ackermann & Schumann, 2010). Gumz und Kollegen (2011) allerdings werteten die Daten einer psychotherapeutischen Studentenberatung abschlusspezifisch aus und folgerten daraus, dass es im Burnout-Erleben im Vergleich der alten und neuen Studiengänge keine Unterschiede gibt. Auf jeden Fall erscheint es sinnvoll, dass Informationen über Belastungsfaktoren, die auf die spezifische Studiensituation zurückzuführen sind, in anonymisierter Form an bestimmte Gremien von Studium und Lehre zurückgemeldet werden.

Ein niedrigschwelliges und schnell verfügbares Beratungsangebot ist an Universitäten und Hochschulen auch in präventiver Hinsicht von großer Bedeutung, um einem Erstauftreten psychischer Erkrankungen sowie einer Chronifizierung der Symptomatik vorzubeugen. Hierbei ist eine gute Vernetzung mit anderen Beratungsangeboten innerhalb einer Universität für die Verknüpfung der verschiedenen Angebote sehr empfehlenswert. Zu der Niedrigschwelligkeit zählt auch eine kurze Wartezeit. Im Jahr 2014 betrug die Wartezeit auf ein Erstgespräch in der PBS der Universität Mainz im Mittel 19,5 Tage ($SD= 15,46$). Im Vergleich dazu ergab eine Studie der Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2011 eine bundesweite Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz von durchschnittlich 12,5 Wochen. In Rheinland-Pfalz ergaben sich Wartezeiten von 14,2 Wochen.

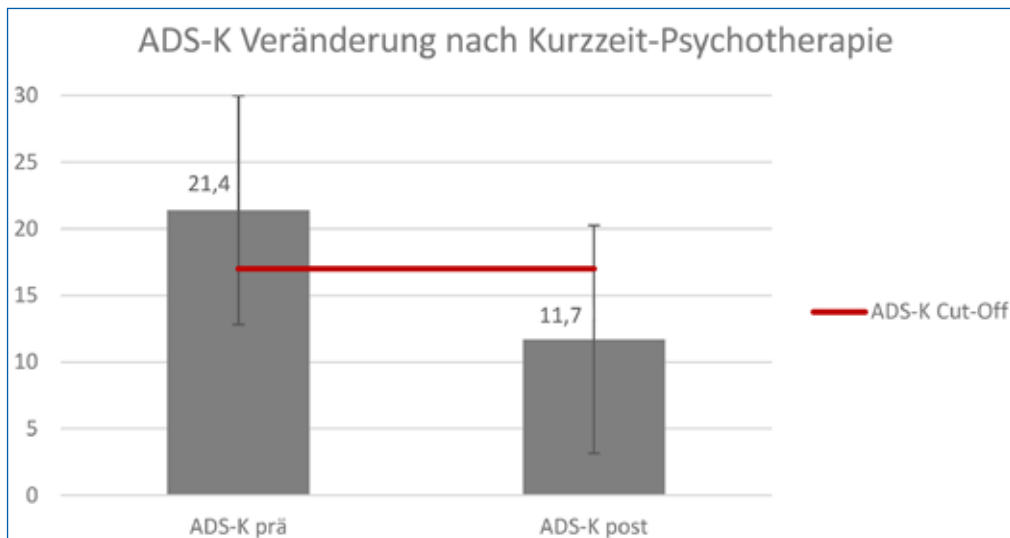


Abbildung 3: ADS-K-Werte vor und nach der Kurzzeit-Psychotherapie (ITT, N= 134; p= 0.000), Fehlerbalken entsprechen den Standardabweichungen.

Die Daten der PBS der Johannes Gutenberg-Universität Mainz zeigen, dass in den letzten Jahren bei 46% bis 61% der Ratsuchenden mindestens eine ICD-10 Diagnose gestellt wurde. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Zahlen, die von Holm-Hadulla et al. (2009) von der universitären Beratungsstelle in Heidelberg berichtet wurden (65%).

Studierende mit leichteren psychischen Störungen profitieren von kurzzeitpsychotherapeutischen Angeboten, wie sie auch in einer Beratungsstelle realisiert werden können und sollten. Wir konnten anhand unserer Daten nachweisen, dass Kurzzeit-Psychotherapien zu einer signifikanten Verbesserung der psychischen Symptomatik führen. Hier bietet sich auch durch die Zusammenarbeit mit Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapie eine Möglichkeit für Psychologen in fortgeschrittener Psychotherapeutenausbildung, solche Kurzzeit-Psychotherapien unter Supervision, etwa im Rahmen der praktischen Tätigkeit, durchzuführen.

Psychotherapeutische Beratungsstellen befinden sich häufig in einem Spannungsfeld zwischen Beratung und Psychotherapie, haben hier aber auch die Möglichkeit, aufgrund der Niedrigschwelligkeit und einer meist zeitnahen Terminvergabe eine Versorgungslücke zu schließen. Beratungsstellen führen in der Regel keine längeren psychotherapeutischen Behandlungen durch. Sie können allerdings eine wichtige Rolle beim Erkennen psychischer Störungen und der Indikationsstellung für weitere Maßnahmen spielen. Weitere Behandlungen können durch die Zusammenarbeit und das Bilden von Beratungs-/Behandlungsnetzwerken auf den Weg gebracht werden. Durch die Zusammenarbeit mit Ambulanzen, niedergelassenen Psychotherapeuten, Fachärzten und Fachkliniken kann eine notwendige zeitnahe Weitervermittlung gebahnt werden, wie dies z. B. im „Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychnet.de)“ realisiert wurde (Härter et al., 2015).

Aktuelle Ergebnisse einer repräsentativen Onlinebefragung zum Stresserleben Studierender zeigen, dass Studierende in Deutschland überdurchschnittlich gestresst sind (AOK, 2016). Chronischer Stress kann zur Entwicklung psychischer Erkrankungen beitragen. Beratungsstellen spielen daher weiterhin auch eine wichtige Rolle bei der Prävention psychischer Erkrankungen und dem Erhalt der psychischen Gesundheit von Studierenden. Dies gilt für Interventionen bei subklinischen Symptomatiken, wie zum Beispiel Kurse zur Vorbeugung und

Bewältigung depressiver Symptome. Kurzzeit-Psychotherapien im Rahmen von zehn Sitzungen stellen eine gute Möglichkeit dar, erste Behandlungsmaßnahmen bei leichteren Störungsbildern zu initiieren. Solche niedrigschwelligen Angebote, die eine fundierte Diagnostik voraussetzen, orientieren sich an den Behandlungsleitlinien, wie z. B. den aktualisierten Leitlinien zur Behandlung von Depressionen. Ein „stepped care“-Ansatz wird den diversen Anliegen der Studierenden mit abgestimmten Angeboten aus Beratungs- und Behandlungseinrichtungen gerecht. Es ist zu wünschen, dass sich hier weiter konstruktive Netzwerke entwickeln. In diesem Zusammenhang startet in der PBS des Weiteren 2017 ein neues Projekt, in dem ein Onlineprogramm entwickelt werden soll, das die „mentale Gesundheit“ Studierender fördert.

Abschließend sei noch auf die methodischen Einschränkungen dieses Artikels hingewiesen. Die Daten wurden nicht im Rahmen eines Forschungsprojekts erhoben, sondern sind Teil des Qualitätssicherungssystems der PBS und werden während des Routinebetriebs fortlaufend erhoben.

Wir bedanken uns bei allen Förderern und Kooperationspartnern, hierbei insbesondere bei den Ausbildungsinstituten für Psychologische Psychotherapie, die die Arbeit der PBS im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung unterstützen. Wir danken auch allen Kollegen der PBS der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, einschließlich der Psychologen in psychotherapeutischer Ausbildung, für ihre Unterstützung bei der Erhebung der Daten sowie für ihr Engagement bei der psychotherapeutischen Betreuung der Studierenden. Für die Durchsicht und Korrektur des Textes bedanken wir uns bei Katrin Bohrmann.



Foto: Katrin Bohrmann

Dipl.-Psych. Caroline Lutz-Kopp

Psychotherapeutische Beratungsstelle
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
55099 Mainz
Caroline.Lutz-Kopp@uni-mainz.de

Caroline Lutz-Kopp ist als Psychologische Psychotherapeutin (VT) in der Einzelberatung und der Durchführung verschiedener Kurse in der Psychotherapeutischen Beratungsstelle tätig. Zu ihren weiteren Aufgaben gehört die Datenerhebung und Berechnung des Jahresberichtes und Qualitätsmanagement. Sie unterstützt das Projektteam der Onlineberatung.

Literatur

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



Foto: Tanja Labs artefont

Prof. Dr. Ursula Luka-Krausgrill

Psychotherapeutische Beratungsstelle
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
55099 Mainz
Ursula.Luka-Krausgrill@uni-mainz.de

Prof. Dr. Ursula Luka-Krausgrill ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und seit 2001 Leiterin der Psychotherapeutischen Beratungsstelle. Davor war sie als Hochschuldozentin im Psychologischen Institut der Johannes Gutenberg-Universität Mainz beschäftigt und hat den Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie mit aufgebaut. Seit vielen Jahren ist sie als Supervisorin und Dozentin in der Ausbildung Psychologische Psychotherapie mit dem Themenschwerpunkt Depressionen tätig.



Foto: Thomas Hartmann

Prof. Dr. Bernhard Einig

Abteilung Studium und Lehre
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
55099 Mainz
beinig@uni-mainz.de

Prof. Dr. Bernhard Einig leitet seit 1992 die Abteilung Studium und Lehre an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Eines seiner zentralen Anliegen besteht in der institutionellen Verankerung einer qualifizierten, wissenschaftlich fundierten psychotherapeutischen Beratung für Studierende an der Universität sowie ihre Integration in das umfassende, mehrdimensionale Beratungskonzept der Hochschule.

Buchrezensionen

Zurück zu Freuds Texten – hin zu Freuds Texten?

Tögel, C. (Hrsg.) (2015 ff.) *Sigmund Freud Gesamtausgabe. In 23 Bänden. Gießen: Psychosozial Verlag. Band 1 bis 4 vorliegend (zusammen 299,90 €).*

Seit 2015 gibt der Psychosozial Verlag die erste Sigmund-Freud-Gesamtausgabe (SFG) heraus. Die ersten 4 Bände liegen vor. Was veranlasst einen Verlag zu einem solchen Unternehmen in einer Zeit, in der das Werk Freuds viel von seiner Wirkung in der Öffentlichkeit und der interdisziplinären Fachwelt verloren hat? Nach der Vertreibung Freuds und der Psychoanalyse aus Deutschland durch den Nationalsozialismus hatte es noch einmal eine Rezeption und Weiterentwicklung in den ersten Jahrzehnten der Nachkriegszeit gegeben, danach wurde es eher still – sieht man einmal von den regelmäßig erscheinenden Polemiken und dem sog. „Freud bashing“ ab.

Das editorische Konzept der SFG schließt alle von Freud für den Druck bestimmten Schriften ein: Forschungsberichte, zahlreiche Rezensionen zu den medizinischen und neurologischen Fachveröffentlichungen seiner Zeit, Artikel in Handbüchern und Lexika, Vor- und Nachworte zu seinen zum Teil umfangreichen Übersetzungen, u. a. einer Schrift Jean-Martin Charcots. Charcots Erkenntnis, dass es sich bei der Hysterie um eine psychische Erscheinung und nicht um eine Degeneration handelt, hatte Freud 1885 von Paris mit nach Wien genommen. Charcots *klinisch-psychologischer* Blick bestimmte seinen Methodenwechsel.

Die Aufteilung der 23 Bände beschreibt der Herausgeber Christfried Tögel wie folgt: „1. Die Bände 1–20 enthalten die von Freud zur Veröffentlichung bestimmten Arbeiten in chronologischer

Form. 2. Band 21 enthält eine Zusammenfassung von Vorträgen, die entweder unveröffentlicht oder nach Freuds Tod erschienen bzw. von fremder Hand sind. Außerdem werden hier die Interviews Sigmund Freuds abgedruckt. 3. Band 22 enthält in zwei Halbbänden ein *Freud-Diarium*, das datierbare Ereignisse aus Freuds Leben unabhängig von ihrer Bedeutung für Freuds Werk auflistet. Der erste Halbband enthält darüber hinaus von Freud selbst geführte Chroniken und Kalender. 4. Band 23 enthält ein *Gesamtregister*.“ (Bd. 1, S. 20f.) Jeder Band enthält auch eine Konkordanz zu anderen Ausgaben, ein Abbildungsverzeichnis, die Literaturliste, sowie das Personen- und Sachregister.

Das Bedeutsame der SFG besteht u. a. darin, dass eine bisherige Aufteilung aufgehoben wird: Der Gelehrte wird nicht mehr in einen frühen, „vor“-analytischen neurowissenschaftlichen Forscher und einen „eigentlich“ psychologischen Deuter der individuellen und kollektiven Verhältnisse des Menschen aufgespalten. Wenn man bedenkt, dass sich die Rezeption daran gewöhnt hat, Freud als abtrünnigen Naturwissenschaftler zu betrachten, der die Pfade der Wissenschaft zugunsten der Produktion von „Novellen“ verlassen habe, so wird hier nun eine Korrektur möglich. Mancher entdeckt so zum ersten Mal, dass Freuds neurologische Forschung und psychologische Praxis ein Jahrzehnt, etwa von 1885 bis 1895, parallel liefen. Hier spricht ein Mensch des zerrissenen 20. Jahrhunderts, der seinen wissenschaftlichen Weg geht.

In der Rezeption begegnet man von Anfang an Polarisierungen, die mit den Verwerfungen des Jahrhunderts parallel laufen. Schon Krafft-Ebing bezeichnete 1886 Freuds neuen metho-

dologischen Ansatz als ein „wissenschaftliches Märchen“ – dem stand die durchschlagende Wirkung seit dem Erscheinen der *Traumdeutung* (1900) in zahlreichen Disziplinen und der Öffentlichkeit gegenüber. Was jenseits der Dichotomisierung bleibt, ist ein Werk, dem man die Liebe zur deutschen Sprache anmerkt und das zu jenen spricht, die sie lesen, ja vielleicht sogar lieben können. Auf jeden Fall werden Leserinnen und Leser eine Botschaft Freuds für sich in Besitz nehmen können: Die nie nachlassende Verpflichtung zur Aufklärung. „Wir mögen noch so oft betonen, der menschliche Intellekt sei kraftlos im Vergleich zum menschlichen Triebleben, und Recht damit haben. Aber es ist doch etwas Besonderes um diese Schwäche; die Stimme des Intellekts ist leise, aber sie ruht nicht, ehe sie sich Gehör geschafft hat. Am Ende, nach unzähligen Abweisungen, findet sie es doch. Dies ist einer der wenigen Punkte, in denen man für die Zukunft der Menschheit optimistisch sein darf, aber er bedeutet an sich nicht wenig. An ihn kann man noch andere Hoffnungen anknüpfen. Der Primat des Intellekts liegt gewiß in weiter, weiter Ferne, aber wahrscheinlich doch nicht in unendlicher Ferne.“ (1927c, GW XIV, S. 377).

Zu empfehlen ist die SFG all jenen Kolleginnen und Kollegen, die lieber das Original lesen, um unter den Ablagerungen von Idolisierung wie Verdammung von Freuds Werk zu entdecken, was er selbst geschrieben hat. Davon ist vieles in unsere Alltagssprache und unsere Wissenschaften – manchmal unerkannt, manchmal vulgarisiert – eingegangen.

Prof. Dr. Ellen Reinke,
Wiesbaden

Lohnenswerte Lektüre eines überarbeiteten Standardwerkes

Fiedler, P. & Herpertz, S. (2016). Persönlichkeitsstörungen (7., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz, 548 Seiten, 54 €

Für die 7. vollständig überarbeitete Auflage seiner Monografie „Persönlichkeitsstörungen“ hat sich Peter Fiedler Unterstützung aus der Heidelberger Nachbarschaft geholt: Die zusammen mit Sabine Herpertz vorgenommene Überarbeitung – fast zehn Jahre nach der letzter Auflage dieses Standardwerks über Persönlichkeitsstörungen –, hat das Buch inhaltlich ergänzt und strukturell auf sinnvolle Weise verändert. Leserinnen und Leser finden nicht nur eine Übersicht des gesammelten gegenwärtigen Forschungs- und Wissensstandes im Feld der Persönlichkeiten vor, sondern erhalten auch einen kritischen und sensibilisierenden Einblick in die Thematik, der über die Objektivität eines reinen Fachbuchs hinaus geht, ohne seine wissenschaftliche Sachlichkeit und Evidenz zu verlieren.

Der Einstieg ins Buch wurde vollständig überarbeitet. Leserinnen und Leser sind zunächst mit der dem Thema immanenten Stigmatisierungsproblematik und der Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen „kreativer Abweichung“ und der „Störung“ einer Persönlichkeit konfrontiert. Kritisch beleuchtet wird dabei das Verständnis von Persönlichkeitsstörungen als komplexe Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens. Platz finden in diesem ersten Kapitel auch Reaktionen von Betroffenen und Angehörigen auf die früheren Auflagen des Buches, die sich in Fiedlers Beschreibungen wahrgenommen und wiedergefunden haben und über eine große Entlastung durch die Erklärungen und Diagnosen berichten. Einmal mehr wirkt dabei die wertschätzende Grundhaltung, die Fiedler und Herpertz in ihrer Arbeit den Betrof-

fenen entgegenbringen. Dieses gelungene erste Kapitel bildet den geistigen Unterbau des Buches und beeinflusst maßgeblich die weitere Darstellung und das Verständnis von Klassifikation, Ätiologie und Behandlung.

Die Weiterentwicklungen der vergangenen zehn Jahre haben zu einigen notwendigen Neuerungen in der nun vorliegenden 7. Auflage geführt: Hinzugefügt wurde ein Kapitel über neurobiologische Korrelate und Genetik von Persönlichkeitsstörungen, zudem wurden neue (integrative) Perspektiven in der Psychotherapie aufgegriffen und natürlich die jüngsten Entwicklungen hinsichtlich der Diagnostik und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in DSM und ICD beschrieben und eingeordnet. Strukturell hat sich die Kapitelanordnung zugunsten eines praxisnahen Aufbaus positiv verändert.

Das Kapitel zu den Erkenntnissen der modernen genetischen, biologischen und neurologischen Forschung, die u. a. durch einen Exkurs in die für Persönlichkeitsmerkmale relevanten neuroanatomischen Strukturen verständlich und umfassend dargestellt werden, schließt eine Lücke bisheriger Auflagen. Der Beitrag der Neurowissenschaften zum Verständnis und zur Entstigmatisierung von Persönlichkeitsstörungen wird gewürdigt. Neue Perspektiven psychotherapeutischer Interventionen und Wirkweisen eröffnen sich. Im Blickpunkt stehen dabei drei integrative Behandlungskonzepte: mentalisierungsgestützte Psychotherapie, strukturbezogene Psychotherapie und Schematherapie. Adäquate Bedürfnisbefriedigung und der Aufbau erwachsener Handlungsalternativen stehen im Fokus, Fiedlers therapeutische Haltung einer kompetenz- und ressourcenorientierten Behandlung aufgreifend. Dabei fällt, wie schon in den vorangegangenen

Auflagen, der mahrende Charakter des Buches für die psychotherapeutische Leserschaft auf, wohl ausgehend von der inhärenten Annahme, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit persönlichkeitsgestörten Patientinnen und Patienten zu wenig fürsorglich, wohlmeinend, gewissenhaft und ressourcenorientiert umgingen.

Einzug ins Buch findet auch das Alternativmodell der Persönlichkeitsstörungen in Sektion III des DSM-5, dessen Aufbau und Hintergrund im Allgemeinen und in den störungsspezifischen Kapiteln für die verbliebenen sechs Persönlichkeitsstörungen erklärend dargestellt wird. Als Vertreter dimensionaler Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen stellen die Autoren Möglichkeiten und Vorteile dieser Klassifikationsgrundlage dar; eine konkrete Anleitung oder Erfahrungsberichte zur Umsetzung fehlen jedoch leider. Als Zugewinn wird vor allem die Möglichkeit hervorgehoben, Veränderungen und graduelle Verbesserungen abbilden und durch Schweregrad-Einschätzungen dem Stigma der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung entgegenwirken zu können. Eine neue Würdigung erfährt dabei Millons entwicklungspsychologisch begründetes Polaritätenmodell der Persönlichkeit. Mit ihm wird ein Vertreter der dimensional Beurteilung von Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt, dessen theoretisch gut begründete Alternative als einziges Modell auch Ziele der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen aufgreift.

Eine sehr gelungene Überarbeitung eines bedeutenden Standardwerkes für ein breites, aber anspruchsvolles Publikum: wertschätzend für Betroffene, hilfreich für Behandelnde und lehrreich für die Ausbildung.

Dipl.-Psych. Nicla Nimführ,
Gießen

Psychotherapie-Vereinbarung: Veränderungen im Antragsverfahren beschlossen

Zum 1. April 2017 werden die Regelungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie wirksam. Die Vertragspsychotherapeuten haben dann psychotherapeutische Sprechstunden anzubieten und müssen dieses Angebot und die Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit ihrer Praxis den Kassenärztlichen Vereinigungen mitteilen. Sie können auch die Akutbehandlung als neue psychotherapeutische Leistung anbieten. Schließlich kommt das geänderte Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie das neue Anzeigeverfahren für die Akutbehandlung zum Einsatz.

Nach dem Änderungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom November 2016 waren noch wichtige Punkte, wie die Psychotherapie-Richtlinie ab dem 1. April umzusetzen ist, offengeblieben. Im Februar wurden nun auch die Verhandlungen zur Psychotherapie-Vereinbarung abgeschlossen. Dabei konnten einige bürokratische Auswüchse, die zunächst in der neuen Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen waren, etwas eingedämmt und insbesondere das Antrags- und Genehmigungsverfahren in den Detailregelungen praktikabler ausgestaltet werden. Die Partner des Bundesmantelvertrags haben hierbei nicht zuletzt Hinweise des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aus seiner Beanstandung des Richtlinienbeschlusses vom Juni 2016 beherzigt.

Die jetzt in der Vereinbarung beschlossenen Veränderungen betreffen insbesondere die Anpassung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens in der Kurzzeittherapie, aber auch das Anzeigeverfahren für die Akutbehandlung. Das BMG hatte in seiner Beanstandung des G-BA-Beschlusses deutlich gemacht, dass die Krankenkassen auf Anträge von Versicherten wie jede nor-

male Verwaltung auch antworten müssen. Ein Verfahren, das grundsätzlich darauf abzielt, Genehmigungen dadurch zu erteilen, dass die Krankenkasse die gesetzlichen Fristen verstreichen lässt, sei unzulässig. Krankenkassen müssten vor Ablauf einer Frist über einen Antrag entscheiden, wenn dies möglich sei, insbesondere wenn die Anspruchsvoraussetzungen unzweifelhaft vorlägen.

Krankenkassen müssen zügig bearbeiten und informieren

Nach der jetzt beschlossenen Psychotherapie-Vereinbarung müssen die Krankenkassen regelhaft vor Ablauf der Frist über einen Therapieantrag entscheiden und schriftlich hierüber informieren. Bei einer Genehmigung auf Kurzzeittherapie muss allerdings ausschließlich der Versicherte informiert werden. Nur bei der Langzeittherapie erhält auch der behandelnde Psychotherapeut die schriftliche Genehmigung. Die bisher dafür vorgesehenen Formblätter wurden ersatzlos gestrichen. Auch bei Ablehnung eines Therapieantrags ist immer der behandelnde Psychotherapeut zu informieren.

Anzeigeverfahren für die Akutbehandlung

In der Psychotherapie-Vereinbarung wird für die Akutbehandlung erstmalig ein Anzeigeverfahren geregelt. Hierfür ist künftig ein eigenes Formular (PTV 12) zu verwenden, auf dem die Versicherungsnummer, der Behandlungsbeginn und die Diagnose anzugeben sind.

Der Versicherte muss darin schriftlich bestätigen, dass er vor Beginn der Akutbehandlung mindestens 50 Minuten in einer psychotherapeutischen Sprechstunde war oder in einem Krankenhaus oder einer Reha-Klinik wegen einer psy-

chischen Erkrankung behandelt wurde.

Das Anzeigeformular PTV 12 müssen Psychotherapeuten künftig auch für die Information der Krankenkasse über das Therapieende verwenden. Besteht nach einer Akutbehandlung weiterhin Behandlungsbedarf und soll sich eine Richtlinien-therapie anschließen, kann der entsprechende Antrag erst nach Ende der Akutbehandlung während der probatorischen Sitzungen gestellt werden.

Probatorische Sitzungen auch nach Antrag möglich

Die Phase zwischen Antrag und Genehmigung einer Therapie kann künftig besser überbrückt werden. Wie bereits von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen praktiziert, können zukünftig probatorische Sitzungen auch noch nach einem Therapieantrag bis zur Höchstgrenze von vier Stunden bei Erwachsenen bzw. sechs Stunden bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden. Dies wurde nun ausdrücklich in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt. Damit können Therapieunterbrechungen vermieden oder zumindest verringert werden.

Dies betrifft die Phasen zwischen der Akutbehandlung und der Richtlinien-therapie, aber auch zwischen dem ersten Therapieantrag und dem Beginn der Kurz- oder Langzeittherapie. Auch Therapieunterbrechungen zwischen den beiden Abschnitten der Kurzzeittherapie oder beim Übergang zur Langzeittherapie können durch einen rechtzeitigen Antrag vermieden werden. Der Antrag für den zweiten Abschnitt der Kurzzeittherapie (KZT 2) kann künftig nach der siebten Therapieeinheit der Kurzzeittherapie (KZT 1) gestellt werden, genauso wie der An-

trag auf die Umwandlung der Kurz- in eine Langzeittherapie.

Gemeinsame Behandlung bei Einzel- und Gruppentherapie

Die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie ist bereits seit 2015 in allen Psychotherapieverfahren grundsätzlich möglich. Dabei können Einzel- und Gruppentherapie auch von verschiedenen Psychotherapeuten erbracht werden.

Mit der aktuellen Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung wird nun explizit geregelt, wie eine gemeinsame Behandlung durch zwei verschiedene Psychotherapeuten zu beantragen ist und abgerechnet werden kann. Für die Einzel- und Gruppentherapie sind von den beteiligten Psychotherapeuten je eigene Anträge (PTV 2) auszufüllen, die gemeinsam mit dem Antrag des Patienten (PTV 1) bei der Krankenkasse eingereicht werden. Übertragungen von genehmigten Therapieeinheiten von der Einzel- auf die Gruppentherapie oder umgekehrt müssen von beiden Psychotherapeuten gemeinsam bei der Krankenkasse angezeigt werden.

Im Zuge der Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung wurden alle Formulare grundlegend überarbeitet. Der Leitfaden zur Erstellung des Berichts an den Gutachter (PTV 3) wurde dabei verfahrensübergreifend gestaltet und kann für alle Berichte an den Gutachter genutzt werden.

Individuelle Patienteninformation

Psychotherapeuten müssen ihre Patienten über die wesentlichen Ergebnisse der psychotherapeutischen Sprechstunde auch schriftlich informieren. Hierzu wurde in der Psychotherapie-Vereinbarung ein neues Formblatt (PTV 11) beschlossen, in dem der Psychotherapeut die Diagnosen und die wichtigsten durchgeführten Maßnahmen einträgt. Darüber hinaus sind auch die Empfehlungen zum weiteren Vorgehen anzugeben. In einem Freitextfeld kann insbesondere erläutert werden, dass z. B. eine weitere Richtlinienpsychotherapie dringend

Arbeit an der Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung geht weiter

Nach Vorlage von Reformeckpunkten im Oktober 2016 durch das BMG stimmen sich die beteiligten Ministerien in Bund und Ländern zu Details der Reform miteinander ab. Es soll noch in dieser Legislaturperiode einen Arbeitsentwurf des BMG geben, damit nach der Bundestagswahl rasch ein Gesetzgebungsverfahren eingeleitet werden kann. Ziel der BPTk ist es, der Politik ein vom Deutschen Psychotherapeutentag unterstütztes Gesamtkonzept zu präsentieren. Eine Grundlage hierfür sind die Empfehlungen der Expertenkommissionen im Projekt Transition und die Ergebnisse der beim Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement von Prof. Dr. Jürgen Wasem und dem Deutschen Krankenhausinstitut in Auftrag gegebenen Studien zur Organisation und Finanzierung der Weiterbildung.

ist. Schließlich ist auch festzuhalten, ob eine empfohlene psychotherapeutische Behandlung in dieser Praxis durchgeführt werden kann und wenn ja, wann der nächste Behandlungstermin stattfindet. Diese schriftliche Information über die Ergebnisse der Sprechstunde kann außerdem helfen, den Patienten z. B. bei fehlenden Behandlungsplätzen zu unterstützen, seinen Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen, insbesondere wenn die erforderliche Behandlung nicht in dieser Praxis erfolgt.

Darüber muss dem Patienten künftig zusätzlich eine allgemeine Patienteninformation (PTV 10) ausgehändigt werden. Darin finden sich allgemeinverständliche Informationen über Psychotherapie, die Behandlungsmöglichkeiten und das Antragsverfahren sowie über die drei zugelassenen Psychotherapieverfahren. Dadurch soll der Patient ergänzend zur mündlichen Aufklärung und Information eine bessere Basis für seine Entscheidungen haben.

Weiter offene Fragen

Die Entscheidungen des Bewertungsausschusses zur Vergütung und zu den Abrechnungsbestimmungen bei den neuen psychotherapeutischen Leistungen, insbesondere der Sprechstunde und der Akutbehandlung, stehen noch aus. Auch über den Fortbestand oder die künftige Konstruktion des Strukturzuschlags ist noch nicht entschieden worden. Darüber hinaus ist auch der Umfang des Auftrags der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen noch nicht abschließend geklärt. Eine entsprechende Ergänzung

der Anlage 28 des Bundesmantelvertrags steht noch aus. Offen ist insbesondere, ob neben den Terminen für die Sprechstunde und die Akutbehandlung im Falle einer zeitnah erforderlichen Richtlinienpsychotherapie auch Termine für probatorische Sitzungen über die Terminservicestellen vermittelt werden sollen. Diese Entscheidungen werden für die kommenden Wochen erwartet.

BPTk veröffentlicht Praxis-Info „Psychotherapie-Richtlinie“

Die Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie führt zu deutlichen Veränderungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Viele Detailfragen wurden dabei erst sehr kurzfristig geregelt, einiges ist auch noch immer offen – sowohl die bundesweiten Regelungen betreffend als auch Umsetzungsdetails in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Entsprechend groß ist der Informationsbedarf. Um die Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie für unsere niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu erleichtern, hat die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk) Informationen für den Praxisalltag zusammengestellt. In der Ausgabe zur Psychotherapie-Richtlinie in der neuen Reihe der BPTk „Praxis-Info“ werden die wichtigsten Änderungen durch die Psychotherapie-Richtlinie und die Psychotherapie-Vereinbarung erläutert. Hierin findet sich auch eine ausführliche fachlich-inhaltliche Bewertung der bisherigen Entscheidungen und Regelungen. Die erste Version dieser Praxis-Info steht auf der Homepage der BPTk zum Download bereit. Wenn die Entscheidungen des Bewertungsausschusses zur Vergütung der neuen

Leistungen und der Partner des Bundesmantelvertrags zu den Terminser-

vicestellen feststehen, wird die BPtK eine ergänzte, aktualisierte Version der

Praxis-Info erstellen, die dann auch als Druckversion erhältlich sein wird.

BPtK mit neuem Logo

Die Bundespsychotherapeutenkammer wird ab März 2017 ein neues Logo haben. Wir haben das Schriftbild und die grafische Komponente unter Beibehaltung der Farbgebung neu gestaltet und damit an aktuelle Anforderungen für Druckerzeugnisse angepasst.



Vorstellung Leitlinien-Info und Praxis-Info

Leitlinien-Info Unipolare Depression

Im November 2015 wurde die Revision der „S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Unipolare Depression“ veröffentlicht. Im Dezember 2016 erschien auch die dazugehörige Patientenversion der Leitlinie. Die Leitlinie wurde gemeinsam von vielen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Patienten- und Angehörigenvertretern, wissenschaftlichen Experten und unter Beteiligung der BPtK in einem systematischen Prozess erstellt. Sie enthält insgesamt 136 diagnostische und therapeutische Empfehlungen und Statements. Leitlinien sind nicht bindend, aber sie sind hilfreich, wenn Psychotherapeuten mit ihren Patienten eine optimale individuelle Behandlungsstrategie erarbeiten.

Die BPtK will dazu beitragen, dass Leitlinienempfehlungen praxisorientiert für Psychotherapeuten besser verfügbar sind. Dafür hat die BPtK die Reihe „Leitlinien-Info“ konzipiert. Die Broschüren stellen für Psychotherapeuten eine Übersicht über die wesentlichen Inhalte von Leitlinien bereit. Die erste Leitlinien-Info der BPtK widmet sich der „S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression“. Darin enthalten sind Informationen zur Erstellung der Leitlinie, ihrem Anwendungsbereich und zu den wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen. Zentrale Abläufe bei Diagnostik und

Therapie sind als Übersicht in Abbildungen dargestellt. Außerdem beinhaltet die Leitlinien-Info einen Abschnitt „Informationen für Patienten“, der Patienten und Angehörigen ergänzend zur mündlichen Aufklärung ausgehändigt werden kann. Sie finden die Leitlinien-Info auf der Homepage der BPtK unter www.bptk.de.

Praxis-Info Jobsharing

Die Zusammenarbeit von Kolleginnen und Kollegen in einer Praxis ist in verschiedenen Varianten möglich. Es besteht die Wahl mit anderen in einer Praxis, in einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis zusammenzuarbeiten, angestellt oder selbstständig.

Die zweite Ausgabe der neu entwickelten Reihe „Praxis-Info“ beschäftigt sich mit einer besonderen Form der Berufsausübungsgemeinschaft – dem Jobsharing. Beim Jobsharing teilen sich zwei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten einen Kassensitz. Beide nutzen gemeinsam die Praxis-

räume und gegebenenfalls auch das Personal.

Jobsharing bietet gerade für Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger die Möglichkeit, sich auch in gesperrten Planungsbereichen niederzulassen. Jobsharing macht aber auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Sinn, die bereits eine Kassenzulassung haben, in solchen Planungsbereichen eine Nachbesetzung des Praxissitzes langfristig vorzubereiten.

Jobsharing ist eine Möglichkeit, zusammenzuarbeiten und sich einen Kassensitz zu teilen. Es ist aber grundsätzlich nicht dazu geeignet, den Versorgungsauftrag einer Praxis zu erweitern. Durch Änderungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie ergeben sich zukünftig für Praxen mit einem unterdurchschnittlichen Praxisumfang jedoch neue Möglichkeiten, Jobsharing mit einem erweiterten Praxisumfang zu planen.

Sie finden die Praxis-Info auf der Homepage der BPtK unter www.bptk.de.

Gendern?!

Praxis-Info und Leitlinien-Info richten sich an die Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammern. Die weit überwiegende Mehrheit der Kammermitglieder und damit auch der Leser ist weiblich. Deshalb hat die BPtK sich dafür entschieden, die Publikationen in den beiden Informationsreihen wie folgt zu gendern: Wir nennen zunächst beide Geschlechter, danach benutzen wir aus Gründen der Lesbarkeit durchgängig entweder die weibliche oder die männliche Form. Wir werden in beiden Informationsreihen abwechselnd das generische Maskulinum und das generische Femininum verwenden. In jeder Publikation sind damit stets alle Geschlechter gemeint.

Bessere Abbildung einer leitlinienorientierten Versorgung Vorschläge für den Operationen- und Prozedurenschlüssel 2018

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen (PsychVVG) wurde auch der Auftrag erteilt, den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) für die Leistungsdokumentation in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen so weiterzuentwickeln, dass mehr Transparenz über die Leitlinienorientierung der Behandlung hergestellt wird.

Psychotherapie wird in Leitlinien bei nahezu allen psychischen Erkrankungen als ein wesentliches Behandlungsmittel empfohlen. Mit dem aktuellen OPS kann Einzel- und Gruppenpsychotherapie zwar als Therapieeinheit kodiert werden, genauso aber auch ein

Gespräch mit Behördenvertretern oder zum Monitoring der Pharmakotherapie. Bezogen auf den einzelnen Patienten wird deshalb nicht ersichtlich, wieviel Psychotherapie während eines stationären Aufenthaltes erbracht wurde. Die BPtK schlägt deshalb für den OPS 2018 vor, psychotherapeutische Leistungen getrennt zu erfassen.

Ein weiterer Vorschlag der BPtK bezieht sich auf die Übernahme der Behandlungsverantwortung durch Psychotherapeuten. In den OPS-Kodes ist immer noch festgeschrieben, dass die Verantwortung für die Behandlung eines Patienten bei einem Facharzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatische Medizin

und Psychotherapie liegen muss. Das ist nicht sachgerecht. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind qualifiziert, die Behandlungsverantwortung zu übernehmen. Dies sollte in den OPS-Kodes auch entsprechend verankert werden.

Der OPS wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) jährlich weiterentwickelt. Dazu können Krankenhäuser und Fachgesellschaften Vorschläge einreichen, um zu aussagekräftigeren Leistungsbeschreibungen zu kommen. Die Vorschläge werden auf der Webseite des DIMDI (www.dimdi.de) veröffentlicht.

G-BA vergibt Studienauftrag zum Ist-Zustand der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

Die Gesellschaft für Forschungs- und Wissenstransfer der Technischen Universität Dresden wurde unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen mit der Durchführung einer empirischen Studie zur Erhebung und Analyse des Ist-Zustandes der Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen beauftragt. Ziel der Studie soll es unter anderem sein, eine empirische Datengrundlage zur bestehenden Personalausstattung in den Krankenhäusern zu schaffen. Sie wird als eine Basis für die durch den G-BA zu entwickelnden, normativen Festlegungen der Personalausstattung in verschiedenen Behandlungsbereichen dienen. Mit der Studienplanung wurde im Januar 2017 begonnen; die Laufzeit der Studie soll 18 Monate betragen. Parallel wird der G-BA die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik vorbereiten und dabei Fachexperten aus verschiedenen Bereichen, beispielsweise Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik, einbeziehen.

Internet in der Psychotherapie – BPtK-Round-Table

Die Weiterentwicklung neuer Medien hat auch im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Entwicklung neuer Interventionsformen geführt. Krankenkassen stellen ihren Versicherten immer öfter internetbasierte Beratungs- und Therapieprogramme bei psychischen Beschwerden zur Verfügung. Neben einem potenziellen Nutzen mediengestützter Interventionen in der psychotherapeutischen Versorgung wird auch eine Reihe an Risiken, die mit ihrem Einsatz verbunden sind, diskutiert. Die BPtK veranstaltete dazu einen Round-Table, bei dem sich Experten, Vertreter der Landespsychotherapeutenkammern und der Ausschüsse „Psycho-

therapeuten in Institutionen“ sowie „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ über mediengestützte Beratungs- und Behandlungsangebote austauschten.

Diagnostik und Indikationsstellung im persönlichen Kontakt

BPtK-Justiziar Prof. Dr. Martin H. Stellpflug stellte dar, ob und unter welchen rechtlichen Voraussetzungen Online-therapie durchgeführt werden könne. Dabei sei zunächst zu klären, ob es sich um eine Heilbehandlung handle. Diese erfordere eine staatliche Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde. Seien Psychotherapeuten beteiligt, gelte auch

deren Berufsordnung. In der Berufsordnung stehe kein grundsätzliches Verbot von Onlinetherapie, der rechtliche Spielraum sei jedoch begrenzt. Psychotherapeuten dürften nur in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten Behandlungen über elektronische Kommunikationsmedien durchführen.

Evidenz zu Internet in der Psychotherapie

Dr. David Ebert von der Universität Erlangen-Nürnberg gab eine Übersicht über die aktuelle Studienlage zu webbasierten Selbsthilfeprogrammen. Viele nationale und internationale Studien

belegten inzwischen die Wirksamkeit der Programme insbesondere für depressive Störungen und Angststörungen. Prof. Dr. Christine Knaevelsrud von der Freien Universität Berlin stellte schreibtherapeutische Onlineprogramme zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen und die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung bei diesen Ansätzen vor. Prof. Dr. Harald Baumeister von der Universität Ulm stellte dar, wie Onlineprogramme und unmittelbare Psychotherapie kombinierbar seien („blended therapy“). Dr. Sarah Liebherz vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf berichtete von einem Modellprojekt in

Hamburg, bei dem Telefontherapie in ein Stepped-Care-Modell eingebunden war.

Aktive Positionierung dringend notwendig

Abschließend fasste BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz zusammen, dass sich durchaus Einsatzmöglichkeiten für internetbasierte Interventionen in der psychotherapeutischen Versorgung denken ließen. Es bestünden aber auch noch einige Wissenslücken. Berufspolitisch sei eine aktive Positionierung der Profession dringend notwendig. Darauf aufbauend könnten dann Fragen der

Kostenübernahme und der Einbettung in die Regelversorgung geklärt werden. Diskutiert wurden die Vor- und Nachteile internetbasierter Interventionen und die besonderen Anforderungen an die Indikationsstellung. Deutlich gemacht wurde, dass die Qualität von einzelnen Onlineangeboten sichergestellt werden müsse. Insgesamt begrüßten die Teilnehmer die Initiative der BPtK, einen gesundheitspolitischen Standpunkt zu Medien in der psychotherapeutischen Versorgung zu entwickeln.

Einen ausführlichen Veranstaltungsbericht finden Sie auf der Homepage der BPtK unter www.bptk.de.

Angestellte im öffentlichen Dienst/TVöD: Anträge auf Umgruppierung bald stellen

Im letzten und vorletzten Psychotherapeutenjournal wurde ausführlich informiert: Ab dem 1. Januar 2017 gilt im Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) für den kommunalen Bereich die Entgeltgruppe 14 für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Da man in bestimmten Fallkonstellationen erst prüfen sollte, ob sich eine Umgruppierung wirklich lohnt, hat der Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ der BPtK nunmehr ein Informationsblatt erstellt. Darin werden die Problematik und die genaue Vorgehensweise näher erklärt. Es kann über die Homepage der BPtK heruntergeladen werden: www.bptk.de/bptk/gremien/psychotherapeuten-in-institutionen.html

Herausfinden, was mit dir los ist – Info-Cards für die BPtK-Website „GeFühle fetzen“



„Rasend vor Wut“ – „Mein fremder Körper“ – „Unendlich traurig“ – Mit der Website „GeFühle fetzen“ bietet die BPtK Jugendlichen Fotos und Geschich-

ten an, um sich mit Gefühlen auseinanderzusetzen, die sie sehr beschäftigen. Sie beschreibt starke Emotionen, die jeder Junge und jedes Mädchen kennt,

die aber nicht immer einfach zu verarbeiten sind. Die Fotos und Geschichten stellen Konflikte und Spannungen zum Wieder-Erkennen und Zu-Sich-Selbst-Finden dar. Sie bieten auch Rat und Hilfe, wenn es zu lange mit den Gefühlen „drunter und drüber“ geht.

Für die BPtK-Website gibt es jetzt Info-Cards, die in Praxen, Beratungsstellen und Treffpunkten von Jugendlichen ausgelegt werden können. Das Info-Material mit Internetadresse und Barcode liegt im Visiten- und Postkartenformat vor. Es kann bei der BPtK bestellt werden (bestellungen@bptk.de).

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor einem Jahr befasste sich der erste Landeskongress Gesundheit mit der Digitalisierung im Gesundheitssystem. Der frühere Ministerpräsident und damalige EU-Kommissar für Digitale Wirtschaft und Gesellschaft Günther Oettinger referierte über die Entwicklung digitaler Techniken und den Wandel der Nutzung von Medien und betonte die Notwendigkeit der Nutzung dieser Technologien in der Medizin.

Der Bundesgesetzgeber möchte mit dem E-Health-Gesetz den Informations- und Datenaustausch über das Internet fördern und die Landesgesundheitskonferenz Baden-Württemberg hat die Erarbeitung eines Konzeptes zum nachhaltigen Ausbau der Telemedizin beschlossen. In der Nutzung der Telemedizin werden „große Chancen zur Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen“ gesehen und das Land möchte, so Minister Lucha, „das Potenzial der telemedizinischen Versorgung für die Patientinnen und Patienten, aber auch für die Leistungserbringer und Kostenträger nicht nur sichtbar, sondern auch noch besser nutzbar machen“.

In der Psychotherapie ist die Entwicklung der Nutzung digitaler Medien nicht mehr zu übersehen. So wird das Internet zur Betreuung von Patienten beispielsweise nach stationärer Behandlung genutzt, das Angebot

von Computerprogrammen zur Linderung von Depression wird von Krankenkassen und anderen angeboten und immer mehr Software für Hilfe und Therapie bei psychischen Störungen wird entwickelt und untersucht.

Wir müssen davon ausgehen, dass wir angesichts der rasanten technologischen Entwicklung digitaler Technologien bis hin zur künstlichen Intelligenz mit weiteren Möglichkeiten der Nutzung dieser Technologien in der Psychotherapie konfrontiert werden. Diesen Herausforderungen müssen wir uns aus gesellschaftlicher, politischer und fachlicher Perspektive stellen.

Beim nächsten Landespsychotherapeutentag am 1. Juli 2017 werden wir uns mit den aktuellen Entwicklungen unter dem Motto „Liegt die Zukunft der Psychotherapie im Internet?“ mit diesem Thema befassen. Hierzu laden wir Sie ein und hoffen auf eine rege Teilnahme sowie intensive Diskussion mit unseren Mitgliedern.

Ihr Kammervorstand

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

Berufsrechtskonferenz der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer

Die Berufsrechtskonferenz der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer fand am 27.01.2017 in Stuttgart statt – eingeladen hatte dieses Jahr die LPK Baden-Württemberg. Erfreulicherweise wurde die Konferenz von Mitgliedern aller Landeskammern besucht. Die Teilnehmer zeigten großes Interesse in angeregten Diskussionen.

Das Thema der Konferenz war „Abstinenz in der Psychotherapeutischen Behandlung“ und deren vielfältige Erscheinungsformen, z. B. der sexuelle Kontakt zwischen Therapeut und Patient, persönliche Kontakte, die über den Rahmen des psychotherapeutischen Gesprächs hinausgehen, Indoktrination, wirtschaftliche Verbindungen wie Geschäfte, Dienstleistungen und Ar-



Teilnehmer der Berufsrechtskonferenz

beitsverhältnisse zwischen Psychotherapeut und Patient. Prof. Dr. Stellpflug (BPtK), der die Wichtigkeit eines fachlichen Austausches zu diesen Themen betonte, führte in seinem Vortrag exemplarisch mit zwei Beispielfällen in das Thema ein.

In der Diskussion wurde die Tendenz der Staatsanwaltschaften kritisch diskutiert, Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts eines sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses (§ 174c Abs. 2 StGB) einzustellen, wenn eine einvernehmliche Beziehung zwischen einem Psychotherapeuten und

einem Patienten nicht widerlegt wird. Die Teilnehmer tauschten sich zu ihren diesbezüglichen Erfahrungen aus. Es wurde angeregt, ein Gespräch mit dem Justizministerium und ein Austausch zwischen Justiz und Psychotherapeuten zu beginnen, da oft die besondere Rolle des Psychotherapeuten als Behandelndem nicht verstanden wird.

Die Teilnehmer diskutierten Möglichkeiten des Strafmaßes, auch über das finanzielle Strafmaß hinaus, z. B. über die Einstellung von berufsrechtlichen und berufsgerichtlichen Verfahren gegen Auflagen und Weisungen, insbesondere der Auflage von Supervisionen oder Selbsterfahrungen.

Rechtanwältin Claudia Dittberner, PTK Berlin, stellte in ihrem Vortrag ein Urteil des OLG Karlsruhe (vom 11.08.2006, 14 U 45/04) und ein Urteil des Bundesgerichtshofes (vom 09.07.2015, III ZR 329/14) vor, bei denen jeweils die Herausgabe von Adressdaten eines Patienten an einen Mitpatienten durch den Berufsheimnisträger zu klären war.

Stephanie Tessmer, Juristin der LPK BW stellte einige Kennzahlen der berufsrechtlichen und berufsgerichtlichen Verfahren in Baden-Württemberg dar und skizzierte den Sachverhalt mehrerer Beschwerden und zweier berufsgerichtlicher Verfahren. Sie stellte die Besonderheiten in Baden-Württemberg

dar, die vom Verfahren der anderen Bundesländer abweichen.

Kristiane Göpel, Vorstandsmitglied der LPK BW und Moderatorin der Konferenz erinnerte daran, dass auf der letzten Berufsrechtskonferenz die Erstellung eines Kataloges über berufsrechtliche und berufsgerichtliche Sanktionen auf Anregung des Länderrats besprochen wurde. Die Konferenzteilnehmer diskutierten diesen Vorschlag und einigten sich darauf, ein Formblatt zu entwickeln, das ständig erweitert werden kann und das die Vertreter der Kammern bearbeiten. Die nächste Berufsrechtskonferenz findet am **Freitag, den 26.01.2018** (voraussichtlich in Berlin) statt.

Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V – Achtung: Neuregelung zur Nachweisvorlage bei der KVBW beachten!

Seit dem 01.01.2017 gilt, dass der Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V, nämlich das Fortbildungszertifikat der LPK, spätestens am letzten Tag des sozialrechtlichen Nachweiszeitraums bei der KVBW vorliegen muss. Es genügt also nicht mehr, wenn Sie bis zum letzten Tag des Nachweiszeitraums den Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikats bei der LPK gestellt haben.

Psychologische Psychotherapeuten/-innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen, die in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätig sind und der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V unterliegen, werden von der KVBW über ihren Nachweiszeitraum und das jeweilige Fristende, bis zu dem spätestens das LPK-Fortbildungszertifikat der KVBW vorliegen muss, künftig dreimal informiert (neun, sechs und drei Monate vor Fristende).

Die letzte Information wird dabei per Einschreiben erfolgen. Wir bitten darum, diese Schreiben der KVBW bzgl. des Endes der Nachweisfrist sorgfältig zu lesen und den Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikats bei der Kammer rechtzeitig – etwa sechs bis acht Wochen vor Fristende – zu stellen (bitte legen Sie dem Antrag auch eine Kopie des KVBW-Anschreibens mit dem Ihnen mitgeteilten Fristende bei).

Zögern Sie die Antragstellung nicht unnötig lange hinaus! Wenn Sie die erforderlichen 250 Fortbildungspunkte (einschließlich 50 Punkte für das sog. Selbststudium) bereits erworben haben, können Sie jederzeit eine von zwei Möglichkeiten der Antragstellung nutzen:

■ Bei der **Option „sofort“** wird das Fortbildungszertifikat auf das Eingangsdatum Ihres Antrags datiert (es können dann die zertifizierten Fortbil-

dungen in maximal fünf Jahren vor diesem Datum bzw. nach Ausstellungsdatum des letzten Zertifikats berücksichtigt werden).

■ Bei der **Option „Wunschtermin“** wird das Fortbildungszertifikat auf ein von Ihnen genanntes Datum datiert (z. B. auf den letzten Tag Ihres Nachweiszeitraums; es können dann alle zertifizierten Fortbildungen in den fünf Jahren vor diesem gewünschten Ausstellungsdatum berücksichtigt werden).

Die erforderliche Meldung an die KVBW, dass Sie das Zertifikat erworben haben, übernehmen wir (sofern Sie dies wünschen). Je früher Ihr Antrag bei der LPK BW eingeht, desto mehr sind Sie auf der sicheren Seite. **Wir können leider nicht garantieren, dass zu spät eingereichte Zertifikatsanträge rechtzeitig bearbeitet werden können!**

Studie zur Versorgung psychisch Kranker mit Intelligenzminderung

Die Studie zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von psychisch kranken Menschen mit Intelligenzminderung (IM) in Baden-Württemberg wurde nun fertiggestellt. Die Ergebnis-

se der gemeinsam mit der Katholischen Hochschule Freiburg (Prof. Traudel Simon) durchgeführten Studie wurden inzwischen im Rahmen der Masterarbeit von Amelie Engenhorst und Katherina

Kremitzl zusammengestellt. Wie schon berichtet, hatten sich leider nur etwas mehr als 150 Kammermitglieder an der Befragung beteiligt, weshalb die Ergebnisse mit Sicherheit nicht repräsentativ

sind. Sie sind aber dennoch aufschlussreich. Ähnlich einer vor zwei Jahren durchgeführten Befragung zur Versorgung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher (Metaxas et al., PTJ 2/2014) ergab sich in der Bewertung der Versorgung ein sehr schlechtes Gesamtbild: 64% der Befragten bezeichnen die

aktuelle Versorgungssituation für Menschen mit IM als „mangelhaft“, weitere knapp 10% als „ungenügend“ (Schulnotenskala). Die meisten Therapeuten fühlen sich nicht kompetent im Umgang mit intelligenzgeminderten Patienten, i. d. R. spielt das Thema auch überhaupt keine Rolle in Studium und Ausbildung.

Die Masterarbeit sowie zusammenfassende Vortragsfolien können auf der Kammer-Homepage unter Fachportal → Versorgungsforschung heruntergeladen werden.

Mitgliedschaft in Kammer und Versorgungswerk – AUFRUF an Neuapprobierte sowie kurz vor der Approbation stehende Kolleginnen und Kollegen

Wir möchten an dieser Stelle erneut darauf hinweisen, dass sich neuapprobierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unbedingt a) bei der Landespsychotherapeutenkammer und b) vor allem beim Versorgungswerk melden müssen, da sonst erhebliche Nachzahlungen drohen. Neuapprobierte müssen sich innerhalb eines Monats nach Appro-

bation bei der Kammer angemeldet haben. Wer dies nicht tut oder auch seinen weiteren in den Meldeordnungen geregelten Meldepflichten nicht nachkommt, handelt ordnungswidrig und kann mit einem Bußgeld belangt werden. Finanziell sehr schmerzhaft kann es allerdings vor allem werden, wenn Neuapprobierte sich nicht beim Versorgungswerk anmel-

den. Dieses ist für Kolleginnen und Kollegen, die sich niederlassen, verbindlich. Hier können bei Nichtanmeldung schnell mehrere Tausend Euro Nachzahlungen auf Neuapprobierte zukommen. Bitte informieren Sie sich über diese Notwendigkeiten möglichst noch während Ihrer Ausbildung. Ausführliche Infos finden Sie auf www.lpk-bw.de.

Angestellte – Achtung, aktualisierte Information zur Höhergruppierung

Für Angestellte PP und KJP steht ab sofort eine aktualisierte Information zur Möglichkeit der Höhergruppierung bei

TVöD/VKA 13 zur Verfügung. Die Frist gilt bis 31.12.2017.

Ausführliche Infos finden Sie auf www.lpk-bw.de/archiv/news2016/161115_tarifabschluss_tvloed_kommunal.html.

Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg

Der zweite Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg zum Thema „Aktive Versorgungssteuerung – Wie sehen Behandlungsprozesse der Zukunft aus?“ fand am 27.01.2017 in Stuttgart statt. Schirmherr war Ministerpräsident Winfried Kretschmann, die LPK BW war als Partner bei Planung und Umsetzung beteiligt.

Staatssekretärin Bärbl Mielich vom Ministerium für Soziales und Integration betonte in Vertretung des Ministers in ihrem Vortrag, das deutsche Gesundheitswesen befinde sich in einem Strukturwandel. Nur mit einer deutlich stärker sektorenübergreifenden und patientenorientierten Versorgung, in der die Telemedizin eine entscheidende Rolle spiele, ließen sich die Herausforderungen bewältigen. Die aktuelle arztzentrierte Versorgungsstruktur, in der sämtliche Kompetenzen getrennt abgerufen werden, sei überholt, inter-



„World-Café“-Tische beim Landeskongress Gesundheit, am vorderen Tisch in der Mitte Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz, ganz links Hubert Seiter, ehemaliger Erster Direktor der DRV Baden-Württemberg.

disziplinäre Versorgungsteams, die auf Augenhöhe miteinander arbeiten, seien die Zukunftsvision.

Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit sieht in der demographischen Entwicklung

wichtige Chancen für ältere Menschen. Dazu trage unser Gesundheitssystem wesentlich bei, dessen Behandlungsqualität und Finanzierung müsste jedoch erhalten bleiben. Aus der täglichen Praxis des Uni-Klinikums Heidelberg und des Dr. Margarete Fischer-Bosch Instituts Stuttgart wurden in zwei Vorträgen die Vernetzung von Kliniken und der Einsatz telemedizinischer Ansätze als erfolgreiche Instrumente zur besseren Versorgung dargestellt.

In den Foren des „World Café“ am Nachmittag wurden Fragen zu den „Megatrends künftiger Versorgung“ vertieft

– etwa die „Digitalisierung und Telemedizin“, „Ambulante Versorgungspfade“ oder die „Aktive Versorgungssteuerung aus Sicht der Patienten“.

In der Podiumsdiskussion wurde ebenfalls die Veränderung der Versorgung durch Einsatz neuer technischer Möglichkeiten angesprochen und hinterfragt, ob die freie Arztwahl auch in Zukunft noch erhalten bleiben könne.

In seinem fundierten und humorvollen Vortrag betonte Günter Danner, Stv. Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung, die Qualität

des deutschen Gesundheitssystems, das trotz aller Schwächen ein Wunschzustand vieler Europäer sei. Er verdeutlichte, dass unterschiedlich strukturierte Sozialsysteme innerhalb Europas nur bedingt vergleichbar seien, dass wirksame Methoden eines Systems, z. B. Patientensteuerung, in steuerfinanzierten Systemen nicht einfach in andere Systeme, z. B. unser krankenkassenfinanziertes System, übertragbar seien.

Der zweite Landeskongress war nach Meinung der Teilnehmer sehr erfolgreich und ein Podium für regen Austausch.

Fachtag Psychotherapie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen

Am **20.05.2017** findet im Maritim Hotel, Seidenstr. 34, 70174 Stuttgart von 13–17 Uhr der Fachtag „Psychotherapie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen – fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen“ statt.

Ziel des Fachtages ist es, Wissen und Behandlungserfahrung weiterzugeben, und über aufenthaltsrechtliche, sozialrechtliche und sprachliche Rahmenbedingungen mit minderjährigen Flüchtlingen zu informieren. Damit soll insgesamt der Zugang für geflüchtete Kinder und Jugendliche zu psychotherapeuti-

scher Versorgung erleichtert werden. Folgende Referenten konnten für den Fachtag gewonnen werden: Manne Lucha, Minister für Soziales und Integration Baden-Württemberg, wird aus politischer Sicht den Fachtag eröffnen. Peter Lehndorfer, Vizepräsident der Bundespsychotherapeutenkammer, informiert in seinem Vortrag über die Versorgung psychisch kranker geflüchteter Kinder und Jugendlicher. Helmut Dahse, Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, referiert über die Schnittstelle Jugendhilfe – Rechtliche Regelungen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Dr. Susanne Schlüter-Müller, Ärztin

für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, berichtet schließlich über das schwierige Thema „Psychotherapie zu Dritt – Dolmetscher gestützte Psychotherapie mit minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen“. Zu diesem Fachtag lädt Sie der Vorstand der LPK BW und der Ausschuss Versorgung für Kinder und Jugendliche recht herzlich ein. Den Flyer zur Anmeldung finden Sie auf unserer Homepage (www.lpk-bw.de), Mitglieder, die uns ihre E-Mail-Adresse hinterlegt haben, bekommen ihn per E-Mail-Versand direkt von uns zugestellt.

Liegt die Zukunft der Psychotherapie im Internet? Landespsychotherapeutentag am 1. Juli 2017 in Stuttgart

Am **01.07.2017** findet im Hotel Pullmann, Vollmoellerstr. 5 in Stuttgart von 10.30–16.45 Uhr der nächste Landespsychotherapeutentag zum Thema „Liegt die Zukunft der Psychotherapie im Internet?“ statt. Zur Eröffnung haben wir den Minister für Soziales und Integration Manne Lucha eingeladen. Geplant sind Vorträge zur gesellschaftlichen Bedeutung des In-

ternets in der oder anstelle von Psychotherapie sowie aktuelle Entwicklungen von internetgestützter Psychotherapie und Nutzung des Internets in psychotherapeutischen Behandlungen und deren Wirksamkeit in verschiedenen Settings. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer wird den BPtK-Standpunkt „Internet in der Psychotherapie“ vorstellen. Abschließend

haben wir ausreichend Zeit für umfassende Diskussion zu diesem sicher kontrovers eingeschätzten Thema eingeplant.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der Kammer (www.lpk-bw.de), alle Kammermitglieder erhalten eine postalische Einladung.

Veranstaltungen

Weitere Infos finden Sie auf www.lpk-bw.de unter Fortbildung/Veranstaltungen.

Geschäftsstelle

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

Kammerwahl 2017 – letzter Aufruf

Die Vorbereitungen der Delegiertenwahl 2017 der PTK Bayern sind abgeschlossen und die Wahlunterlagen versandt.

Die Wahlzeit (Briefwahl) ist vom 13. bis 27. März 2017 (Ende 17:00 Uhr).

Bitte beteiligen Sie sich an der Kammerwahl! Eine hohe Wahlbeteiligung unterstützt unsere Interessenvertretung. Weitere Informationen finden Sie auf der Kammerwebsite in der Rubrik „Die Kammer“, Unterrubrik „Wahl der Delegierten 2017“.

Regionale Vernetzung und Präsenz der Psychotherapeut/innen: Treffen „Gesundheitsregionen^{plus}“

Zum zweiten Mal hat die PTK Bayern Anfang Februar die in den Gesundheitsregionen^{plus} mitwirkenden Mitglieder zu einem Austausch nach München eingeladen. In den meisten der aktuell 33 Gesundheitsregionen^{plus} ist die Psychotherapeutenchaft in den relevanten Gremien vertreten, überwiegend auf Vermittlung der Kammer. Präsident Nikolaus Melcop und Vorstandsmitglied Heiner Vogel moderierten das Gespräch, in dem sich schon in der Vorstellungsrunde deutlich zeigte, wie unterschiedlich die einzelnen Gesundheitsregionen aufgestellt sind und arbeiten (können) – v. a. bedingt durch die stark unterschiedlichen strukturellen Gegebenheiten der bayerischen Regionen. Das entspricht der Idee und Chance des vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) initiierten Projektes – bei so viel Diversität innerhalb des Flächenlandes wird ein bayernweit einheitliches Konzept zur Verbesserung der regionalen Gesundheitsversorgung und Prävention als nicht passend angesehen.

Erfreulich ist, dass die jeweils neu gegründeten Gesundheitsregionen^{plus} sich oft schon in ihrer Konstituierungsphase an uns wenden, um eine Beteiligung der Psychotherapeutenchaft in den relevanten Gremien sicherstellen zu können – und damit den Berufsstand als wichtigen Akteur in der regionalen Gesundheitsversorgung offensichtlich fest verankert sehen möchten.

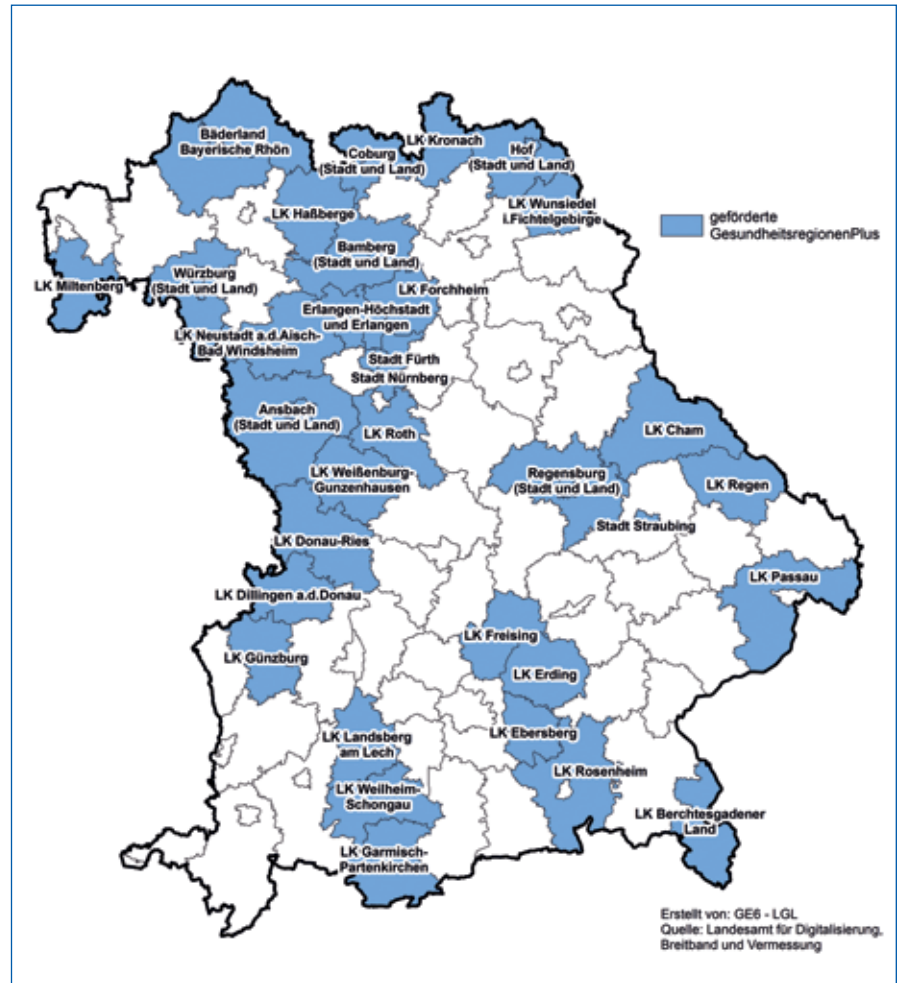
Als Gast eingeladen war diesmal Dr. Dipl.-Psych. Gitte Händel, Geschäftsstellenleiterin der Gesundheitsregion LK Rosenheim, die einen interessanten Einblick in die organisatorischen Strukturen und Auflagen der Gesundheitsregionen gab. So sei etwa vorgegeben, dass 70 Prozent der Finanzierung des Projektes durch die Fördermittel des StMGP (50.000,- € pro Jahr und Gesundheitsregion über eine Projektlaufzeit von maximal fünf Jahren) gedeckt und der – nach oben hin „offene“ – Rest der Kosten vom jeweiligen Landkreis bezahlt werden sollen. Eine Auflage sei auch, dass sich 80 Prozent der

Aktivitäten auf die beiden Hauptthemen Versorgung und Prävention richten sollen, während 20 Prozent frei und je nach Region unterschiedlich ausgestaltbar seien – wie etwa das Thema Gesundheitstourismus in bestimmten bayerischen Regionen.

Im Anschluss war Raum für Erfahrungsaustausch, Anliegen und Fragen der Teilnehmenden. Dabei wurden auch Möglichkeiten eruiert, wie die Kammer die Mitwirkenden bei ihrer Arbeit vor Ort unterstützen könnte. Deutlich wurde, dass die unzureichende psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung in den meisten Regionen ein wichtiges Thema ist. Oft konnte ein Austausch darüber mit den ärztlichen Kolleg/innen und anderen Gesundheitsversorgern in den regionalen Gesundheitsforen gesucht werden. Einige Regionen haben sich die bessere Vernetzung und die Erstellung von regionalen psychosozialen „Info-Broschüren“ als eine Teilaufgabe vorgenommen. In der Diskussion wurde deutlich, dass insbesondere mit

Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde der Bedarf an Information über regionale Beratungs- und Versorgungsangebote auch bei unseren Kolleg/innen erheblich steigen wird. Häufig geht es in den Regionen auch einerseits zunächst um Informationserhebung über die Unterstützungsangebote der verschiedenen Institutionen in der Gesundheitsförderung und andererseits um systematische Informationsangebote, beispielsweise ausgerichtet auf bestimmte Einrichtungen wie Schulen oder Kindergärten.

Die Kammer wird die Initiativen der Kolleg/innen vor Ort weiterhin unterstützen, etwa mit Materialien, regionalisierten Versorgungsdaten, Referent/innenvorschlägen und durch die Fortsetzung des überregionalen Austauschs.



Psychotherapeutische Angebote für junge Menschen mit psychischen Störungen und Radikalisierungstendenzen?

Das im September 2015 gegründete Kompetenzzentrum für Deradikalisierung des Bayerischen Landeskriminalamtes (BLKA) stellte sich bei einem Treffen am 18. Januar 2017 in der PTK Bayern vor. Da Radikalisierung oft auch ein Ausdruck bestehender psychischer Schwierigkeiten bzw. psychischer Störungen sein kann, bat das BLKA um Hilfe bei der Suche nach Psychotherapeut/innen, die sogenannte „sicherheitsrelevante“ Personen behandeln könnten – bei diesem Personenkreis handele es sich nicht um Straftäter/innen, sondern um Menschen, die behandlungsbedürftige psychische Störungen hätten und

sich gleichzeitig auf dem Weg in die Radikalisierung befänden, z. B. aktiv Solidarität mit dem Salafismus zeigten. Vor allem seien dies eher junge Menschen, davon mehr Mädchen als Jungen. Der Leiter des Kompetenzzentrums, Kriminaloberrat Holger Schmidt, berichtete, dass es u. a. aufgrund langer Wartezeiten vor allem in ländlichen Regionen sowie aufgrund von Vorbehalten vonseiten der Psychotherapeut/innen, z. B. im Hinblick auf die eigene Sicherheit in der Praxis, sehr schwierig sei, Psychotherapieplätze zu finden. Das BLKA kooperiere bereits u. a. mit Jugendhilfeeinrichtungen, Psychiatrien und Tageskliniken.

Psychotherapeut/innen können sich im Hinblick auf Radikalisierungsprozesse von Patient/innen durch das Kompetenzzentrum informieren und beraten lassen unter der Hotline-Nummer: Tel. 089/12 12 19 99.

Die PTK bot an, dass sich das BLKA seinerseits bei Bedarf mit Einzelfallanfragen an die PTK Bayern wenden könne – Vorstand und Geschäftsstelle werden dann die Vermittlung eines Psychotherapieplatzes mit unterstützen.

Keine Diskriminierung von psychisch kranken Menschen in der PKV

Am 2. Dezember 2017 trafen sich Kammerpräsident Nikolaus Melcop, Vizepräsident Bruno Waldvogel und Geschäftsführer Alexander Hillers mit Vertreter/innen des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen (PKV) in Bayern zu einem Gespräch. Der stellvertretende Vorsitzende der PKV Dr. Harald Benzing zeigte sich gleich zu Beginn besorgt, dass die „Einheitsversicherung“ nach der kommenden Bundestagswahl eingeführt werden könnte. Die Vertreter der PTK Bayern machten erneut deutlich, dass beim Abschluss einer privaten Versicherung psychisch kranke Menschen nicht diskriminiert bzw. ausgeschlossen werden dürften. Eine Risikobewertung zu Beginn einer Versicherung müsse transparenter gestaltet werden. Weiterhin müsse die

Reform der Gebührenordnung (GOP) dringend abgeschlossen werden, da die Gebührenhöhe deutlich zu niedrig sei und die Gestaltung der abrechenbaren Positionen dringend überarbeitet werden müsste.

Vonseiten der PKV wurde daraufhin erläutert, dass Vorerkrankungshinweise für die vorgängigen fünf Jahre berücksichtigt würden. Eine Reformierung der GOP werde unterstützt.

Zum Thema Online-Therapien erläuterte die PTK Bayern das Ziel der BPTK, Kriterien und eine Checkliste für den Einsatz internetbasierter Angebote zu entwickeln. Die PKV-Vertreter zeigten hier großes Interesse. Zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

äußerte sich die PKV kritisch. Man arbeite an einem eigenen System mit gleichen Funktionalitäten.

Weiterhin wurde die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen besprochen. Die PKV habe hier Probleme mit einer „ausufernden Zahl von Privatkliniken“, welche Tagessätze von ca. 600,00 € verrechneten bei einer durchschnittlichen Verweildauer von drei Wochen; dies auch im Hinblick darauf, dass sich besonders dort schwer kontrollierbare Abgrenzungen zwischen Krankheitsbehandlung, Kur und Reha ergäben. Die Vertreter der PTK Bayern informierten darüber, dass Psychotherapeut/innen zukünftig auch die Befugnis zur Einweisung in eine Klinik haben werden.

Reform der Ausbildung – Kontakt mit dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Am 10. Januar 2017 trafen sich Kammerpräsident Nikolaus Melcop und Vizepräsident Peter Lehndorfer mit Vertretern des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, um den aktuellen Stand der Ausbildungsreform zu erörtern. Das Gesundheitsministerium ist im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz neben Bremen und Hamburg Mitglied des vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) initiierten „Begleit-

gremiums“ zur Reform. Dem Gremium gehören zudem drei Vertreter/innen der Kultusministerkonferenz an.

Die Vertreter des Ministeriums zeigten sich in dem Gespräch sehr offen für die Vorstellungen des Berufsstands und die mitgeteilten Bedenken bezüglich des vorliegenden Eckpunktepapiers des BMG. Nikolaus Melcop und Peter Lehndorfer machten insbesondere auf

die unverzichtbare wissenschaftliche Fundierung und die Notwendigkeit eines ausreichenden Praxisbezugs aufmerksam.

Besprochen wurden zudem die Weiterbildung als eigenständiger Teil der neuen Struktur nach der Approbation und die diesbezüglichen Finanzierungs- und Organisationsfragen.

ver.di-Gewerkschaftssekretärin zu Gast in der Kammer: facharztäquivalente Eingruppierung als Herausforderung

Zur letzten Sitzung im Jahr 2016 am 5. Dezember hatte die Kommission Psychotherapie in Institutionen die für Tariffragen in Bayern zuständige Sekretärin des ver.di-Bezirks München, Kathrin Weidenfelder, eingeladen. Weitere Gäste waren der Justiziar der Kammer, Thomas Schmidt, und Willi Drach, langjähriger Betriebsratsvorsitzender des kbo-Kinderzentrums München und Mitglied der Bundesfachkommission PP/KJP bei

ver.di in Berlin. Nachdem zunächst die grundsätzlichen Unterschiede unseres Berufes zu den anderen Heilberufen besprochen worden waren, legte Weidenfelder dar, welche Herausforderungen es für ver.di gebe, wenn in kleineren Haus- oder Konzerntarifverträgen eine neue Berufsgruppe eingefügt werden soll. Häufig fehlen für ver.di bei den Tarifverhandlungen vor Ort leider die Ansprechpartner/innen aus der Berufs-

gruppe, die sich dafür einsetzen, dass entsprechende Weiterentwicklungen der Tarifverträge verhandelt werden. Auch die Betriebsräte seien dann vielfach nicht in der Lage, die speziellen Forderungen unserer Berufsgruppen zu vertreten. Insofern wurde deutlich, wie wichtig ein betriebliches Engagement der Kolleg/innen vor Ort ist, wenn sie eine facharztäquivalente tarifliche Eingruppierung erreichen wollen – zu-

mindest immer dann, wenn ihr Arbeitsvertrag nicht auf großen bundeseinheitlichen Tarifverträgen basiert. Heiner Vogel und Birgit Gorgas versicherten für den Kammervorstand, dass diese

Themen in den Gesprächen mit den leitenden Psychotherapeut/innen der Kliniken vertieft und die Kolleg/innen in den Einrichtungen entsprechend unterstützt werden, aber dass flankierend

natürlich auch mit ver.di weiterhin ein enger Austausch gepflegt werden wird, um dem gemeinsamen Ziel einer facharztäquivalenten Eingruppierung in allen Tarifverträgen näher zu kommen.

Treffen mit den Sprechern der Direktorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser

Am 9. Februar 2017 fand in der Kammerngeschäftsstelle das jährliche Treffen mit den Sprechern der ärztlichen Direktoren der Psychiatrischen Kliniken, Prof. Dr. Peter Brieger (kbo-Isar-Amper-Klinikum) und PD Dr. Albert Putzhammer (Bezirksklinik Kaufbeuren), statt. Der regelmäßige Erfahrungsaustausch soll dazu beitragen, die unterschiedlichen Erwartungen an die psychotherapeutische Arbeit im psychiatrischen Kontext und auch die Situation der Psychologischen Psychotherapeut/innen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (KJP) zu erörtern und Entwicklungspotenziale, die im gemeinsamen Interesse liegen, abzuklären. Präsident Nikolaus Melcop erläuterte zu Beginn den Stand der Reform des Psychotherapeutengesetzes und die Überlegungen zur Konzeption einer zukünftigen Weiterbildung. Für diese wird von den Kammern auch eine Weiterbildungszeit in stationären Einrichtungen als unverzichtbar angesehen. Gemeinsam wurden die dafür notwendigen struktu-

rellen Änderungen und Finanzierungsmöglichkeiten erläutert.

Vorstandsmitglied Heiner Vogel berichtete über die Veränderungen beim TVöD, die gerade für die Psychologischen Psychotherapeut/innen in bayerischen Bezirkskrankenhäusern häufig keine wirklichen Verbesserungen bringen, weil sie bereits im Rahmen interner Regelungen ähnliche Vergütungen erhalten haben. Spannend wird die Frage, ob die Bezirkskliniken nunmehr, nach In-Kraft-Treten der TVöD-Änderungen, bereit sind, den Kolleg/innen, die z. B. Leitungsfunktionen übernehmen oder auf die andere Herausstellungsmerkmale zutreffen, entsprechende Zulagen zu zahlen, die einer Vergütung nach EG 15 ähneln. In diesem Zusammenhang wurde auch besprochen, dass es in den Kliniken derzeit sehr unterschiedlich ist, ob und in welcher Form für PP/KJP überhaupt Leitungsfunktionen vorgesehen sind. Konsens war, dass die entsprechenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten für die Kolleg/innen

häufig darüber entscheiden, ob qualifizierte Mitarbeiter/innen in den Kliniken bleiben oder sich nach einer Niederlassung umschauen.

Ein weiteres Thema war die Arbeits- und Vergütungssituation von psychotherapeutischen Ausbildungsteilnehmer/innen. Immer mehr Kliniken sind bemüht, zumindest eine teilweise Bezahlung der Stellen für die jungen Kolleg/innen zu ermöglichen. Gerade die damit gewonnene Möglichkeit, Behandlungsleistungen nach OPS zu kodieren und damit abrechnungsrelevant zu machen, dürfte für die Kliniken interessant sein und könnte dann auch dazu führen, dass die Tätigkeit der Ausbildungsteilnehmer/innen sich für die Kliniken „rechnet“. Zuletzt wurde über das geplante Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz gesprochen. Es wurde vereinbart, hierzu im Austausch zu bleiben und ggf. gegen denkbare problematische Regelungen abgestimmt aktiv zu werden.

Psychotherapie mit (ehemaligen) Straftäter/innen – Perspektiven in Bayern

Eine Umfrage der PTK Bayern aus dem Jahr 2016 ergab, dass v. a. in vier Bereichen Maßnahmen notwendig wären, um die ambulante psychotherapeutische Versorgung von ehemaligen Straftäter/innen zu verbessern: organisierte Vermittlung während/nach der Haft zu einer Psychotherapie, verbesserter Informationsfluss zwischen Psychotherapeut/innen und Justizbehörden/Bewährungshilfe, Klärung finanzieller Fragen im Kontext einer Psychotherapie sowie Fortbildungen zu forensisch-psychotherapeutischen Fragestellungen. Basierend auf diesen Ergebnissen lud die PTK Bayern zu einem Exper-

tenkreis ein: Die Vorstandsmitglieder Heiner Vogel und Benedikt Waldherr diskutierten mit Claudia Schwarze (Einrichtungsleiterin, Psychotherapeutische Fachambulanz Nürnberg), Dr. Christian Hartl (Forensische Klinik im Bezirkskrankenhaus Regensburg) und Rainer Kirchmann (Initiator des Projektes „Man/sprich/t – Kinder schützen vor sexueller Gewalt“) über zukünftige Versorgungsmodelle und Verbesserungsansätze. Die Teilnehmer/innen gelangten zu der Einschätzung, dass eine Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von ehemaligen Straftäter/innen (v. a. in den ländlichen Regio-

nen) nur bei enger Verzahnung mit den Fachambulanzen und einer stärkeren Anbindung an niedergelassene Psychotherapeut/innen für Einzel- und Gruppenpsychotherapie möglich sei. Die PTK Bayern wird weitere Gespräche mit dem Justizministerium zu Verbesserungsmöglichkeiten in diesem Bereich anstreben und eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Psychotherapie mit ehemaligen Straftäter/innen“ für das Jahr 2017 planen. Anmelde-möglichkeiten und Informationen zur Fortbildung finden Sie rechtzeitig auf der Internetseite der PTK Bayern unter der Rubrik „Fortbildungskalender“.

Neue Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Luisa Hiller ist ab sofort die neue Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Psychotherapeutenkammer Bayern. Sie hat in München und Augsburg Soziologie sowie Medien und Kommunikation studiert. Erste praktische Erfahrungen sammelte sie bereits während ihres Studiums im Bereich Marketing, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit bei der Brau Holding International und der Münchner Verkehrsgesellschaft. Zuletzt leitete sie den Bereich Kommunikation und Öffentlich-

keitsarbeit der Bayerischen Landesapothekerkammer.

Luisa Hiller übernimmt die Aufgaben des ehemaligen Pressereferenten Johannes Schuster und ist damit neue Ansprechpartnerin für Presse und Öffentlichkeit.

Luisa Hiller



Kurznachrichten

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter/innen teilgenommen haben: BPtK-Round-Table-Gespräch zur Reform des SGB VIII am 13.12.2016; Vortrag der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (LZG) „Chronische Krankheiten durch Gesundheitsförderung und Prävention vermeiden: Erkenntnisse und Empfehlungen“ am 14.12.2016; Sitzung des Ausschusses „Soziale- und Menschenrechtsfragen“ des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München (ÄKBV) am 23.01.2017; Diskussionsforum des Bayerischen Kultusministeriums (StMBKWK) zum Thema „Interdisziplinarität in der therapeutischen und schulischen Unterstützung und Förderung von extrem psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen“ am 24.01.2017; Gespräch mit Regierung von Oberbayern, Landesprüfungsamt für Medizin, Pharmazie und Psychotherapie am 02.02.2017; BPtK-Workshop II Vorbereitung der Ausgabe des ePsychotherapeutenausweises im Wirkbetrieb am 07.02.2017; Gemeinsame Sitzung des KJP-Ausschusses der BPtK mit den KJP-Sprecher/innen bzw. Vertreter/innen der KJP-Ausschüsse der Landespsychotherapeutenkammern am 10.02.2017; Gespräch mit dem Präsidium der BLÄK am 13.02.2017; BPtK-

Round-Table-Gespräch „Wie kann die Versorgung psychisch kranker Geflüchteter gelingen?“ am 16.02.2017; Fachtagung der BARMER und Health Care Bayern e. V. „Politik trifft Gesundheit“ am 23.02.2017.

Bevorstehende Veranstaltungen

16. Suchtforum: „Von der Schlafstörung über Schlafmittel zur Sucht?! Erkennen, begleiten – erholsamer Schlaf!“ in Kooperation mit der BAS, BLÄK und BLAK. 1. Termin: **29.03.2017** in München. 2. Termin: vorauss. Dezember 2017 in Nürnberg.

Informationsveranstaltung für neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie. Termin: **29.04.2017** in München.

Weitere feststehende Veranstaltungen der PTK Bayern in 2017

Kinder krebskranker Eltern: Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern, des Klinikums Großhadern und lebensmut e. V. Termin: **03.05.2017** in München.

Fortbildung für die psychoonkologische Praxis: Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **08. und 09.09.2017** in München.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen III. Altersbedingte Erkrankungen – Demenz und Sexualstörungen: Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **21.10.2017** in München.

7. Bayerischer Landespsychotherapeutentag – Die „Embodiment-Perspektive“ in der Psychotherapie: theoretische Hintergründe und praktische Anwendungen. Termin: **11.11.2017** in München.

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

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern.

Geschäftsstelle

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

Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie – was hat die Berliner Psychotherapeutenkammer damit zu tun?

Interview mit Michael Krenz, Präsident der Berliner Psychotherapeutenkammer

Das Interview führte Inge Brombacher, niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin, von 2001 bis 2013 Delegierte der Psychotherapeutenkammer Berlin und Sprecherin des Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung

Redaktion Kammerbrief: Herr Krenz, uns scheint, dass der Proteststurm der niedergelassenen KollegInnen gegen den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Juni in der Kammer angekommen ist – die Diskussionen beim letzten Psychotherapeutentag (LPT) sind noch in lebhafter Erinnerung! – Wie stellen sich die Berliner Kammer und ihre Geschäftsstelle auf die veränderte Situation ab April 2017 ein?

Michael Krenz: Ich habe beim LPT keinen solchen Proteststurm wahrgenommen! Es gab irritierte, verängstigte, verunsicherte, fragende Stimmen – aber auch solche Gruppen von KollegInnen, die die beschlossene Reform gut finden. Nicht alle hatten realisiert, dass diese Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für uns absolut bindend sind, sie fußen auf dem vom Bundestag beschlossenen Versorgungsstärkungsgesetz – und können eine Grundlage für die weitere Professionalisierung unserer Berufsgruppen, der PP und KJP, bilden. Innerhalb des nun beschlossenen Rahmens haben wir fachliche Gestaltungsmöglichkeiten.

Unser Vorstand beschäftigt sich seit längerer Zeit mit den erwarteten Beschlüssen des G-BA; wir kommen bereits jetzt unserer Informationsaufgabe für die KollegInnen am Telefon, in Infoveranstaltungen, in unseren Online- und Printmedien nach und werden selbst-

verständlich Fortbildung anbieten. Ich verstehe die Kammer als ein Forum, in dem die Beschlüsse und ihre Auswirkungen diskutiert und erörtert werden.

Welche Veränderung wird für uns die größte Herausforderung sein?

Es wird ein Paradigmenwechsel stattfinden. Gleich in der neu geschaffenen „Sprechstunde“ müssen PsychotherapeutInnen feststellen: Sehe ich einen psychisch Kranken? Liegt eine psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit vor? – Wenn nein: An welche andere Stelle kann ich ihn verweisen, die hilfreich ist? Wenn ja: Welche psychotherapeutischen Hilfen, ggf. Einrichtungen sind für ihn geeignet? Wie kann ich dafür sorgen, dass er dort ankommt und möglichst auch behandelt wird? Die Zusammenarbeit, die zukünftige Initiierung von Behandlungspfaden für bestimmte Patientengruppen wird einen größeren Raum einnehmen, unsere Kooperation mit ÄrztInnen muss einen größeren Stellenwert einnehmen. Dies ist unserem Sicherstellungsauftrag geschuldet. Psychotherapie ist ja vor allem ein Beziehungsgeschehen, das nun in erweiterte Kontexte eingebunden wird.

„Sprechstunde“ und „Akutbehandlung“ wurden als niedrigschwellige Angebote geschaffen. Falls eine Psycho-



Inge Brombacher, Michael Krenz

therapie indiziert ist, haben die KollegInnen in der „Sprechstunde“ abzuwägen: Ist eine „Akutbehandlung“ indiziert, die ohne Probatorik an die Sprechstunde angeschlossen werden kann, oder kann der Patient/die Patientin zur Probatorik in eine andere Praxis verwiesen werden? Die „Akutbehandlung“ soll z. B. PatientInnen in einer Krise so stabilisieren, dass sie gegebenenfalls auf eine Richtlinien-therapie oder andere für sie geeignete Behandlungsmaßnahme vorbereitet werden können.

Die Psychotherapeutendichte zwischen den Berliner Bezirken ist höchst unterschiedlich! Der Sprechstundenführende Kollege wird seinem psychotherapiebedürftigen Patienten/seiner Patientin nur in den seltensten Fällen eine Kollegin/einen Kollegen mit freien Kapazitäten nennen können. Was kann die Berliner Psychotherapeutenkammer dazu beitragen, dass durch die neuen Beschlüsse tatsächlich die psychothe-

reapeutische Versorgung gestärkt wird – wie es das Versorgungsstärkungsgesetz zu intendieren vorgibt –, statt den niedergelassenen KollegInnen noch mehr Bürokratie aufzuladen, die sie von ihrer eigentlichen Aufgabe abhält?

Wir arbeiten in der Kammer patientInnen- und kollegInnenorientiert im Rahmen unserer gesetzlichen Möglichkeiten und Aufgaben daran, eine mögliche Alternative zu den auch beschlossenen Terminservicestellen zu schaffen: ein Wartelisten- bzw. Vermittlungssystem, in dem PatientInnen sich mit ihrem Einverständnis aufnehmen und beraten lassen können und ggf. an therapieplatzfreie KollegInnen vermittelt werden. Diese müssen sich aktiv in der Kammer melden. Die technisch-organisatorische-persönliche Umsetzung dieser Idee ist noch im Werden, z. B. im Rahmen des bereits erfolgreich arbeitenden „Psych-Info“ der Kammer. Ebenso verknüpfbar mit dieser Idee wäre eine zweite Liste für alle Personen, die eine Sprechstunde aufsuchen möchten, aber aktuell keinen Termin erhalten. Anhand der Länge der Liste(n) wären die tatsächlichen psychotherapeutischen Behandlungsbedarfe klärbar und damit erkennbar.

Ab April stehen wir weit mehr als früher vor der Aufgabe, uns als „Lotsen“ für Therapiesuchende zu betätigen, denen wir selbst keinen Psychotherapieplatz anbieten können. Welche Anforderungen stellt dies an die Profession und wie kann die Psychotherapeutenkammer hier unterstützend wirksam werden?

Wir brauchen in höherem Maße die Fähigkeit zur individuell patientenbezogenen adaptiven Indikationsstellung. Dazu gehört eine eingehende Kenntnis des örtlichen und auch des überregionalen Gesundheitswesens. Unsere wissenschaftliche Referentin ist mit der Aufgabe betraut, alle möglichen Einrichtungen in einer Datenbank zusammenzuführen, um sie den Kammermitgliedern zur Verfügung zu stellen. Wir haben in der Kammer auch eine Kommission eingerichtet, um z. B. Ideen zur Gliederung der „Sprechstunde“ zu erarbeiten. Dies alles soll zu einer qualitativ hochwertigen „psychotherapeutischen Sprechstunde“ beitragen. Ob die PatientInnen nach der „Sprechstunde“ eine Bescheinigung erhalten, ist noch offen, da die Psychotherapie-Vereinbarung zu den Beschlüssen noch aussteht (Stand: Jan. 2017). Auf jeden Fall wird diese bundesweit einheitlich verfasst sein.

Sie erwähnten eben, dass die Kammer eine Reihe von Fortbildungsveranstaltungen anbieten wird, die uns KollegInnen auf die neuen Aufgaben vorbereiten sollen. Möchten Sie uns schon etwas zu den geplanten Inhalten verraten?

Die Gestaltung der niedrigschwelligen „Sprechstunde“ und „Akutversorgung“ liegt uns erst einmal am Herzen. Wie trete ich hier mit welcher Haltung und Zielsetzung einem Patienten/einer Patientin gegenüber? – Denn das Verhältnis dieser verändert die Beziehung zur Probatorik und den psychotherapeutischen Verfahren und Methoden! Wie gelange ich zu einer ersten Indikations-

stellung? – Dazu brauchen wir andere Mittel als bisher! Weiterhin möchten wir Fortbildungen zur Gestaltung der Akutbehandlung und der neu gefassten Probatorik anbieten: Info-Seminare, Balintgruppen, Supervisionsgruppen. Die Fortbildungen sollen sowohl verfahrensbezogen als auch verfahrensübergreifend sein.

Können Sie sich praxisübergreifende Synergien bei der Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit vorstellen?

Ehrlich gesagt, nein! Die persönliche Erreichbarkeit gehört zu unserem Sicherstellungsauftrag, sie gehört zur Profession eines jeden Psychotherapeuten/einer jeden Psychotherapeutin. Wenn wir als Berufsstand ernst genommen werden wollen, müssen wir diese Dienstleistung auch erbringen!

Sehen Sie eine Möglichkeit, den approbierten KollegInnen ohne KV-Zulassung einen Part zu vermitteln, der ihrer Kompetenz entspricht?

Die neu beschlossene Psychotherapie-Richtlinie bezieht sich leider nur auf die KV-zugelassenen KollegInnen. Mit dem vorhin beschriebenen Wartelisten-/Vermittlungssystem, das wir für Sprechstundeninteressierte und für PatientInnen mit Psychotherapieindikation einrichten wollen, möchten wir allerdings auch etwas für die KollegInnen tun, die eine KV-Zulassung anstreben!

Herr Krenz, ich danke Ihnen für das Gespräch!

Inge Brombacher

Integration: Sind Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten qualifiziert für die psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Krankheiten?

Interview mit der leitenden Psychologin der Deutsche Rentenversicherung Bund, Dr. Ulrike Worringen

Das Interview führte Dorothee Hillenbrand, Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin

Dorothee Hillenbrand: Frau Dr. Worringen, Sie arbeiten als leitende

Psychologin bei der Rentenversicherung Bund. Warum ist für Sie die psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Krankheiten ein besonders wichtiges Thema im Rahmen der Diskussion um Zusatz-

qualifikationen für Psychologische PsychotherapeutInnen?

Dr. Ulrike Worringen: Ich bin als leitende Psychologin bei der Rentenversicherung Bund für alle psychologischen Fachfragen in den von uns belegten so-

matischen Rehabilitationseinrichtungen zuständig. Dies sind insbesondere eine Vielzahl von orthopädischen Abteilungen, aber auch kardiologische, onkologische, pneumologische, neurologische, dermatologische und gastroenterologische Abteilungen. In all diesen Abteilungen arbeiten klinische Psychologinnen und Psychologen. Rund die Hälfte der Kolleginnen und Kollegen ist approbiert.

Sind die Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichen PsychotherapeutInnen qualifiziert für die psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Krankheiten in der medizinischen Rehabilitation?

Nach ihrer Ausbildung bringen sie gute Grundlagen zur psychotherapeutischen Mitbehandlung körperlicher Krankheiten mit. Diese beziehen sich aber zumeist ausschließlich auf die Abklärung psychischer Krankheiten. Die wenigsten Kolleginnen und Kollegen haben in ihrer psychotherapeutischen Ausbildung somatische Erkrankungsbilder und das entsprechende Krankheitsmanagement kennengelernt.

Ist das ein Problem für die medizinische Rehabilitation?

Nein, wenn approbierte Kolleginnen und Kollegen sich für die somatische Rehabilitation interessieren, lernen sie in der Praxis sehr schnell die verschiedenen Krankheitsbilder kennen. Sie arbeiten eng mit den ärztlichen Kolleginnen und anderen therapeutischen

Berufsgruppen zusammen. Dieser fachliche Austausch in der Klinik ist das beste Lernumfeld.

Warum engagieren Sie sich dann für eine Zusatzqualifikation zur Mitbehandlung körperlicher Krankheiten für unsere Berufsgruppe?

Weil ich mir eine bessere psychotherapeutische Versorgung dieser Patientengruppe im ambulanten Bereich wünsche. Auch in der ambulanten Versorgung gibt es multimorbide Psychotherapiepatientinnen und -patienten. Wenn beispielsweise Umfragen unter niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ergeben, dass die Hälfte der Befragten annimmt, dass psychische Faktoren einen Einfluss auf den Verlauf einer onkologischen Erkrankung haben, zeigt dies einen dringenden Fortbildungsbedarf auf.

Dann sprechen Sie sich für entsprechende Fortbildungsangebote für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus?

Die gibt es ja – zumeist organisiert in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachgesellschaften, aber sie werden vorwiegend von Kolleginnen und Kollegen genutzt, die schwerpunktmäßig mit entsprechenden Patientinnen und Patienten arbeiten. Für mich ist die Frage, wie der Berufsstand sicherstellen kann, dass entsprechende multimorbide Patientinnen und Patienten auch flächendeckend im ambulanten Setting fachgerecht behandelt werden.

Genügt hierzu nicht das ärztliche Konsil, das am Anfang einer jeden Richtlinienpsychotherapie eingeholt werden muss?

Dieses Konsil ist auf jeden Fall hilfreich. Wenn Fragen des Krankheitsmanagements im Vordergrund stehen, kann aber auch eine kontinuierliche enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt notwendig sein. Hierzu muss ich als PsychotherapeutIn aber auch erkennen, wann diese Zusammenarbeit indiziert ist.

Haben Sie ein Beispiel vor Augen?

Ja, nehmen Sie zum Beispiel einen chronischen Schmerzpatienten. Bei chronischen Schmerzpatienten haben sich insbesondere multidisziplinäre Behandlungsansätze als sehr wirksam erwiesen. Diese erfolgen zumeist in spezialisierten ambulanten oder stationären Schmerzzentren. Aber viele chronische Schmerzpatienten finden nicht den Weg zu entsprechenden Behandlungsangeboten, umso wichtiger ist es, dass in den anderen Versorgungssektoren ein multidisziplinärer Behandlungsansatz mitgedacht wird und eine enge Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen, physiotherapeutischen und psychologischen Behandlern erfolgt.

Denken Sie denn, dass mit der derzeit zur Diskussion gestellten Zusatzqualifikation Diabetes für Psychologische Psychotherapeuten der richtige Weg eingeschlagen würde?

Umstritten ist meines Wissens in dieser Diskussion die Frage, ob es sich bei der



Dr. Ulrike Worrigen



Dorothee Hillenbrand

Zusatzqualifikation um eine Weiterbildung handeln muss. Die Weiterbildung impliziert im Gegensatz zur Fortbildung die Notwendigkeit einer fachlichen Anleitung bzw. Supervision durch einen Weiterbildungsbeauftragten. Für mich sind das zwei Paar Schuhe. Wenn Sie langfristig eine flächendeckende Qualitätsverbesserung erzielen wollen, müssen Sie diese Themen zu verbindlichen Ausbildungsinhalten machen. Fortbildungen sind immer Kann-Leistungen. Die KollegInnen können ihre Fortbildungsthemen frei wählen. Will sich der Berufsstand in der psychischen Versorgung somatisch Kranker profilieren, in

Kliniken entsprechende Leitungsfunktionen einnehmen, wird der spezifische Nachweis einer fachspezifischen Qualifikation aus meiner Sicht unabdingbar.

Also sprechen Sie sich für entsprechende Weiterbildungen aus?

Ja. Nach der Ausbildungsreform sollte es im Rahmen der Weiterbildung Möglichkeiten der Zusatzqualifikation in den verschiedenen somatischen Indikationsgebieten geben. Die NeuropsychotherapeutInnen werden eine ganz eigenständige Weiterbildung für sich beanspruchen.

Und ohne Ausbildungsreform?

Ohne Ausbildungsreform würden die Kolleginnen und Kollegen von einer entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeit profitieren, die in entsprechenden Fachkliniken tätig sind. Sie hätten dann auch in einigen Bundesländern die Möglichkeit, eine Ermächtigung für eine entsprechende Schwerpunktpraxis zu erlangen. Für die psychotherapeutische Versorgung somatisch erkrankter Menschen wäre das von großem Nutzen.

Frau Dr. Worrigen, wir danken Ihnen für Ihre Einschätzung.

Dorothee Hillenbrand

Neue Weiterbildungsordnung in der Psychotherapeutenkammer Berlin

Lebhafte Diskussionen über die Humanistische Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie bei der Delegiertenversammlung in Berlin

Die Psychotherapeutenkammer Berlin ist die einzige Landeskammer, in deren Weiterbildungsordnung auch die Weiterbildungen in wissenschaftlich begründeten Verfahren zugelassen sind. Deshalb sind die Beratungen und Abstimmungen der Delegiertenversammlung am 26.11.16 über eine Erweiterung der Berliner Weiterbildungsordnung um die Humanistische Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie mit großer Spannung erwartet worden.

Herr Dr. Manfred Thielen, Delegierter der PTK Berlin und 1. Vorsitzender der Arbeitsgruppe Humanistische Psychotherapie (AGHPT), und Herr Werner Eberwein, 2. Vorsitzender der AGHPT, haben das Menschenbild und die Grundzüge der Humanistischen Psychotherapie erläutert. Psychische Störungen werden in diesem Ansatz als multiple Entfremdungen vom eigenen Körper, den eigenen Gefühlen, von Bindungen und Beziehungen, von eigenen Fähigkeiten, vom Selbstbild, von Grenzen und psychosozialen Strukturen u. a. verstanden. In der Psychotherapie geht es auf der Grundlage einer Viel-

zahl von verschiedenen Interventions-techniken um die Heilung dieser Entfremdung. Aus Sicht der beiden Vertreter der Humanistischen Verfahren wurden in der jüngeren Vergangenheit viele Essentials der Humanistischen Psychotherapie anderen Psychotherapieverfahren übernommen, ohne deren humanistische Wurzeln näher zu reflektieren. Eine Weiterbildung solle deshalb fundiert über dieses Verfahren informieren und interessierten PPs und KJPs eine entsprechende Vertiefung ermöglichen.

Die Gegner dieses Antrages argumentierten, dass zunächst das Votum des Wissenschaftlichen Beirats abgewartet werden solle, auch im Hinblick auf eine bundesweite Anerkennung als Weiterbildung. Außerdem wurde die fehlende Systematik der insgesamt sieben angewandten, eigenständigen therapeutischen Methoden der Humanistischen Psychotherapie kritisiert.

Nach ausführlicher Diskussion wurde der Antrag auf Aufnahme der Humanistischen Psychotherapie in die Berliner Wei-

terbildungsordnung in geheimer Abstimmung mit knappem Ergebnis abgelehnt.

Der zweite Antrag bezog sich auf die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Berliner Weiterbildungsordnung. Dieses Verfahren ist wissenschaftlich anerkannt und auch in mehreren anderen Bundesländern in der Weiterbildungsordnung verankert. Nach einer Vorstellung des Verfahrens und kurzer Aussprache wurde dieser Antrag einstimmig angenommen.



Brigitte Kemper-Bürger

Geschäftsstelle

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

BPtK-Präsident Munz zu Gast auf der 35. Bremer Kammerversammlung

Vortrag zum Stand des Reformvorhabens der Psychotherapieausbildung

Auf der 35. Bremer Kammerversammlung am 29.11.2016 war erstmals der neue Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Dietrich Munz zu Gast. Er sprach zum Stand der Reform der Psychotherapeutenausbildung. In seinem Vortrag erläuterte Herr Dr. Munz zunächst noch einmal die Hintergründe für die zwingende Notwendigkeit zur Reform der Psychotherapieausbildung, angefangen von den Ungleichheiten bei den Zugangsvoraussetzungen bis hin zur prekären finanziellen und unklaren rechtlichen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung. Er stellte danach die im Oktober 2016 bekannt gewordenen Eckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Psychotherapieausbildung vor:

Diese sehen eine zweiphasige wissenschaftliche und berufspraktische Qualifizierung vor, wobei in Phase I ein Hochschulstudium auf Masterniveau mit Approbation erfolgt, an das sich in Phase II eine Weiterbildung und Qualifizierung auf Altersgebiete und Vertiefung in den Psychotherapieverfahren anschließt. Doktor Munz bewertete das Eckpunktepapier als ein sehr wichtiges Signal auf dem Weg zur Reform.

Herr Munz zeigt auch auf, welche weitergehenden Vorstellungen die BPtK bezogen auf das Approbationsstudium und die Weiterbildung hat. Besonders betonte er, dass es darauf ankomme,



Dr. Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, informiert über den aktuellen Stand der Reform der Psychotherapeutenausbildung

Lösungen für die Finanzierung der Weiterbildung zu finden. Die BPtK habe dafür externe Expertisen (EsFoMed für den ambulanten, DKI für den stationären Bereich) beauftragt, Vorschläge für die Organisation und Finanzierung der Weiterbildung zu erarbeiten. Dabei ging er auch auf erste Überlegungen und Modellvorstellungen zur Finanzierung der Weiterbildung ein.

Er stellte jedoch auch klar, dass mit einer Verabschiedung des neuen Psychotherapeutengesetzes in dieser Wahlperiode nicht mehr zu rechnen sei. Deshalb sei es Ziel der BPtK, sich dafür einzusetzen, dass auch eine neue Bundesregierung die Reform der Ausbildung vorne in eine Agenda aufnimmt. Die Kammermitglieder folgten dem Vortrag interessiert und es schlossen sich viele Fragen und Meinungsäußerungen an.

Tätigkeitsbericht des Kammervorstands und Haushaltsplanung

Im Anschluss an diesen inhaltlichen Schwerpunkt stellte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens den Tätigkeitsbericht des Kammervorstandes über das vergangene Halbjahr vor. Dabei hob er insbesondere die Aktivitäten für eine bessere Vergütung der angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und den Einsatz der Kammer für eine Reform der Versorgung psychisch kranker Menschen im Rahmen des psychiatrischen Systems hervor. Anschließend trug die Vorsitzende des Finanzausschusses, Frau Franka Collmann, den Bericht zum Jahresabschluss 2015 vor und empfahl die Entlastung des Vorstandes, die mit wenigen Enthaltungen erfolgte.



Abstimmung zum Haushaltsplan

Der Haushaltsplan 2017 wurde vom stellvertretenden Kammerpräsidenten Hans Schindler vorgestellt. Er verwies

auf Kostensteigerungen im Vergleich zu den Vorjahren durch die Erhöhung des Beitrages an die BPtK und durch die An-

hebung der Aufwandsentschädigungen für den Vorstand und Delegierte. Vor diesem Hintergrund sei die Erhöhung des Beitragshebesatzes, wie schon im letzten Jahr angekündigt, unausweichlich. Die Anhebung des Hebesatzes von 0,89 auf 0,94 Prozent wurde von den anwesenden Kammermitgliedern einstimmig beschlossen.

Erstmals konnte Karl Heinz Schrömgens das Ende vor Erreichung des geplanten Abschlusses der Versammlung verkünden. Anschließend nutzten die Anwesenden die Gelegenheit zum angeregten kollegialen Austausch bei Sekt, Saft und Selters. Ebenfalls wurde das Gespräch mit Dietrich Munz gesucht, der bis zum Ende der Versammlung geblieben war.

Dunkle und helle Seiten der Bremer Psychiatrie

Mit einer kritischen Pressemitteilung zur Situation der Psychiatrie in Bremen machte die Psychotherapeutenkammer Bremen im vergangenen Herbst den Aufschlag (vgl. PTJ, 4/16, S. 416). Seitdem reißt die kritische Berichterstattung in der regionalen Presse nicht mehr ab. Weser-Kurier und TAZ-Nord griffen die angesprochenen Themen auf. Patientenvertreter und die Patientenführer des Klinikums Bremen-Ost, der ehemalige Klinikleiter Peter Kruckenberg sowie weitere Akteure aus der psychiatrischen Versorgung meldeten sich zu Wort. Insbesondere wurden dabei die fehlenden psychotherapeutischen Gesprächsangebote in der stationären Psychiatrie, fehlendes Personal und die Bettenzentrierung angesprochen. Die „Gesundheit Nord“ (Geno), der kommunale Klinikverbund, kündigte für März die Vorstellung eines neuen Psychiatrie-Konzeptes an. Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens und sein Stellvertreter Hans Schindler nutzten die Möglichkeit, ihre Sichtweisen im direkten Gespräch mit der Geno-Geschäftsführerin Dr. Jutta Darnedde und dem neuen Leiter des Zentrums für psychosoziale Medizin Dr. Jens Reimer

zu erörtern und sich über die Vorstellungen des Klinikums zu informieren.

Neue Projekte für Menschen in psychischen Krisen

Inzwischen nahmen zur Jahreswende die Hilfsprojekte, die den Abbau des psychiatrischen Kriseninterventionsdienstes (KID) kompensieren sollen, ihre Arbeit auf. Sie bestehen aus zwei Bausteinen. Zum einen wurde von der „Gesellschaft für ambulante psychiatrische Hilfen“ (GAPSY) eine nächtliche Telefonbereitschaft für Menschen in psychischen Krisen eingerichtet. Diese wendet sich an betroffene Menschen im gesamten Stadtgebiet Bremens. Diese Telefonberatung wird in den Zeiten tätig, die vom KID ausgespart werden: wochentags von 21.00 bis 08.30 Uhr und am Wochenende von 17.00 bis 08.30 Uhr. Die Telefonbereitschaft wie auch die nachfolgend dargestellten Angebote sind unter der Telefonnummer 0421/95700310 erreichbar.

Als zweiter Baustein wurde das „Nachwerk Mitte/West“ in Kooperation von GAPSY und Bremer Werkgemeinschaft gegründet. Es wird zunächst nur in den

Stadtteilen West und Mitte (Gröpelingen, Walle, Utbremen, Findorff, City) angeboten. Es umfasst drei Bestandteile. Zum Ersten wird eine aufsuchende Krisenberatung angeboten. Sie ist wochentags in der Zeit von 21.00 bis 03.00 Uhr sowie am Wochenende von 17.00 bis 03.00 Uhr abrufbar. Weiterhin wird ein Krisenbett mit Nachsorge vorgehalten, das wochentags von 21.00 bis 08.30 und an Wochenenden von 17.00 bis 08.30 Uhr genutzt werden kann. Als drittes Angebot wurde ein Nachtcafé eingerichtet, das täglich von 19.30 bis 02.30 Uhr aufgesucht werden kann. Psychiatrische bzw. sozialpädagogische Fachkräfte stehen als Gesprächspartner in Krisensituationen bereit. Erfreulich ist, dass die Finanzierung über den Bremer Haushalt für 2017 gesichert ist und auch schon für die Folgejahre 2018/19 in Aussicht gestellt wurde.

So positiv diese neuen Angebote auch sind, so ist weiterhin kritisch anzumerken, dass in diesen Angeboten weder fachärztlich-psychiatrische noch psychotherapeutische Kompetenz vorgehalten wird, wie sie vormals im KID selbstverständlich war.

Treffen der Vorstände norddeutscher Psychotherapeutenkammern

Anfang Dezember fand das traditionelle Treffen der Vorstände der „Nordkammern“ statt. Dazu zählen die Kammern Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Diese Treffen, die in der Regel alle zwei Jahre stattfinden, dienen dem Kennenlernen auf Vorstandsebene und der besseren Vernetzung. In der Vergangenheit waren in diesem Rahmen wichtige Kooperationsprojekte wie z. B. der Psychotherapeutensuchdienst Psych-Info (www.psych-info.de) aus der Taufe gehoben worden.

Zum aktuellen Termin hatte die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen eingeladen. Kammerpräsident Roman Rudyk begann das Treffen mit einer Führung durch die neuen Räume in Hannover. Im Anschluss fand ein inhaltlicher Austausch zwischen den Vorständen statt. Jede Kammer hatte Themen eingebracht. Die bremische Kammer machte dabei die Vorschläge, ein gemeinsames Fortbildungscurriculum für die Qualifizierung zum/r Forensischen Sachverständigen zu entwickeln und eine gemeinsame Liste der Forensischen Sachverständigen zu führen. Der erste Vorschlag fand Zustimmung, die niedersächsische Forensik-Kommission der Kammer wird dies vorbereiten und zu einer Arbeitsgruppe einladen. Eine ge-



Nordkammer-Vorstände bei der Arbeit

meinsame Liste der Sachverständigen zu führen, wurde als nicht realisierbar erachtet, da in den Landeskammern unterschiedliche Rechtsvorgaben existieren würden. Als Lösung dieses Problems wurde eine gegenseitige Verlinkung der Angebote auf den jeweiligen Kammer-Webseiten diskutiert.

Weitere Themen waren unter anderem die Weiterentwicklung des Psychotherapeutensuchdienstes Psych-Info, mögliche Kooperationen bei der Ausgabe von Heilberufsausweisen und die psychotherapeutische Versorgung

von Flüchtlingen. Die Psychotherapeutenkammer Hamburg informierte über einen Beschluss der Bürgerschaft, durch den im Rahmen eines Integrationsfonds 150.000 Euro für die Übernahme von Dolmetscherkosten für die psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten und psychisch kranken Flüchtlingen bereitgestellt werden. Auf Basis dieses Beschlusses sprach die Psychotherapeutenkammer Bremen in den darauffolgenden Wochen die gesundheitspolitisch Verantwortlichen der Regierungsparteien an, um Ähnliches für Bremen auf den Weg zu bringen.

Qualitätszirkel „Psychotherapie bei Psychosen“: Wie gefährlich sind Psychopharmaka?

Die Arbeit des Qualitätszirkels Psychosen-Psychotherapie bei der Psychotherapeutenkammer Bremen geht mittlerweile ins dritte Jahr. Die Mitglieder des Zirkels setzen sich aus Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zusammen. Tätigkeitsfelder der Mitglieder sind ambulante Praxen, psychiatrische Behandlungszentren mit stationären, teilstationären und ambulanten Arbeitsschwerpunkten und die berufliche Rehabilitation. Es wechseln sich Falldarstellungen und -besprechungen und Referate von Gästen ab. Diese Arbeitsweise wird von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen

als sehr anregend und produktiv erlebt. Die wertschätzende Art, in der die Falldarstellungen anschließend besprochen werden, hat zur Folge, dass es keine Schwierigkeiten macht, immer wieder unterschiedliche Fallvorstellerinnen und -vorsteller zu finden.

Zu den Gästen in diesem Jahr zählten Uwe Dreyer, Bereichsleiter des Berufsbildungswerks Friedehorst und Prof. Uwe Gonther, Ärztlicher Leiter des Ameos-Klinikums Dr. Heines. Uwe Dreyer stellte die verschiedenen Angebote des BFW für psychisch kranke Menschen vor: PAS-Projekt, Berufli-

ches Trainingszentrum, Umschulungen u. a.

Uwe Gonther hielt einen engagierten Vortrag zur Verordnung von Psychopharmaka. In den letzten 20 Jahren habe die Forschung rund um den Einsatz von Psychopharmaka keine neuen Erkenntnisse gebracht. Er verwies besonders auf fehlende Evidenz bei der Verordnung von Antidepressiva und Antipsychotika. Zwar hätten Psychopharmaka bei kurzfristiger Gabe auch eine hilfreiche Seite, jedoch seien die Wirkungen nicht, wie behauptet, punktgenau und in der Regel viel zu unspezifisch.

Vor allem die langfristige Vergabe von Psychopharmaka birgt große Gefahren in sich. Immer mehr Patienten stellen bei einer langfristigen Einnahme eine sinkende Wirkung fest und als Folge werden immer häufiger Medikamentencocktails und Diagnosen mit immer mehr Komorbidität vergeben. Die Heilsversprechen von Antidepressiva haben einen hohen Placeboeffekt, wie viele Studien zeigen. Ihre Wirkung lasse jedoch schnell nach und sie machen körperlich abhängig. Ein Absetzen nach jahrelangem Einnehmen habe bei vielen Menschen schwere körperliche Schmerzen zur Folge. In den USA gebe es mittlerweile viele Kliniken, die

nur mit dem Entzug von Antidepressiva beschäftigt seien. Depressionen sind eine so komplexe Lebenskrise, dass die rein pharmakologische Sicht deutlich zu kurz greift. Ohne psychotherapeutische Hilfe oder andere lebensverändernde Entwicklungen ist ein stabiler Heilungsprozess langfristig nicht möglich. Bei der Vergabe von Antipsychotika ist nach Erkenntnissen der Forschung eine zu hohe Dosierung die Regel. Hier setzt langsam ein Umdenken ein.

Die nach dem Patientenrechtegesetz notwendige Aufklärung über die vielen möglichen Nebenwirkungen von Psychopharmaka scheint in der Regel nicht

ausreichend zu geschehen. Im Vordergrund stehe zu sehr die Hoffnung auf Hilfe durch Psychopharmaka. Sonst würden die Patienten vermutlich nicht so bereitwillig der Einnahme zustimmen. Auch in Bremen gibt es jetzt eine „Absetzgruppe“ für Psychopharmaka. Dies ist eine angeleitete Selbsthilfegruppe, eine sehr unterstützenswerte Initiative für Betroffene.

Der Qualitätszirkel wird sich mit diesem Thema weiterhin beschäftigen, denn die Entscheidung zwischen hilfreichem und gefährlichem Gebrauch von Psychopharmaka scheint eine sehr schwierige Gratwanderung zu sein.

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Hans Schindler,
Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

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

Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr: 10.00 – 14.00 Uhr
Mi: 13.00 – 17.00 Uhr

Sprechzeiten des Präsidenten:
Di: 12.30 – 13.30 Uhr

Bericht von der 15. Allgemeinen Kammerversammlung am 23.11.2016

Am 23.11.2016 fand die 15. Allgemeine Versammlung der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg statt. Etwa 80 Teilnehmerinnen folgten der Einladung und versammelten sich in den Räumen der Handwerkskammer in Hamburg. Der Abend begann mit einer Schweigeminute für Dipl.-Psych. Gerda Krause, die am 18. November 2016 nach schwerer Krankheit verstorben war. Frau Krause war eine langjährig in der Kammer aktive Kollegin. Einen Nachruf für Frau Krause finden Sie am Ende der PTK-Hamburg-Seiten.

Vortrag von Frau Barbara Sieker, Geschäftsführerin des PVW

Referentin an diesem Abend war Frau Barbara Sieker, Geschäftsführerin des Psychotherapeutenversorgungswerkes (PVW). Sie berichtete zu Beginn über die Eckdaten des PVW und stellte die Funktion der Organisation dar. Im An-



Teilnehmerinnen der Allgemeinen Kammerversammlung

schluss erfolgten Ausführungen zu der Berechnung der Rente, Auskünfte zum Anlagevermögen des PVW und zu den wesentlichen Unterschieden zu anderen Altersversorgungsmodellen. Nach dem Vortrag nutzten die Kammermitglieder die Gelegenheit, Fragen an Frau Sieker und an die anwesenden Delegierten des PVW zu stellen. Für den Fall, dass Sie an der Allgemeinen Kammerversammlung nicht teilnehmen konnten und offene Fragen haben, möchten wir auf die FAQ-Seite des PVW unter www.p-v-w.eu hinweisen.

Berichte des Vorstands

Unter der Überschrift „Zwischen Pflicht und Kür oder zwischen verwalten und gestalten“ berichteten die Vorstandsmitglieder aus ihren Arbeitsbereichen und stellten die Aktivitäten der Kammer im vergangenen ersten Jahr der neuen Wahlperiode vor. Heike Peper erklärte, dass insbesondere die notwendigen Überarbeitungen der Ordnungen und Satzungen viel Zeit in Anspruch genommen hätten. Bereits erledigt sei die Überarbeitung der Beitragsordnung, der Entschädigungs- und Reiskostenordnung, der Haushalts- und Kassenordnung sowie der Satzung der Ethikkommission. (Anmerkung: Die Satzungen und Ordnungen sind für die Hamburger Kammermitglieder in der letzten Ausgabe erschienen und zum 01.01.2017 in Kraft getreten). Geplant für die Jahre

2017 und 2018 seien die Überarbeitung der Weiterbildungsordnung (schon in Arbeit), der Berufsordnung, der Schlichtungsordnung, der Gebührenordnung und der Wahlordnung.

Auswertung der Umfrage bei Kammermitgliedern

Abschließend stellte Heike Peper die Auswertung der Umfrage vor, die allen Kammermitgliedern mit der Einladung zur Versammlung zugegangen war und dazu diente, Veranstaltungsthemen für das kommende Jahr zu planen. Insbesondere die Themen „Reform der Psychotherapierichtlinie“, „Psychotherapeutische Versorgungsmodelle, BAG, MVZ, Jobsharing“ sowie „Schweigepflicht“ stießen auf großes Interesse. Bereits am 25.01.2017 und am 14.02.2017 konnte die PTK Hamburg in Kooperation mit der KV Hamburg Veranstaltungen zur neuen Psychotherapierichtlinie anbieten (Bericht siehe nächste Seite). Weitere Veranstaltungen sind in Planung.

Der Vorstand der PTK Hamburg bedankte sich bei allen Kammermitgliedern, Delegierten, Ausschuss- und Kommissionsmitgliedern, Arbeitsgruppenmitgliedern und Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle für die gute Zusammenarbeit im vergangenen Jahr.

BW

Bericht von der 64. Delegiertenversammlung am 30.11.2016

Am 30.11.2016 fand die 64. Sitzung der Delegiertenversammlung statt. Auf der Agenda standen umfangreiche Berichte des Vorstandes, der Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitsgruppen zu den Aktivitäten der vergangenen Monate, die Diskussion und Verabschiedung des

Haushaltsplans 2017 sowie eine Beschlussfassung zur Höhe der Beiträge in 2017. Geschäftsführer, Vorstand und Haushaltsausschuss gaben ausführliche Erläuterungen zur Finanzplanung in 2017. Der Haushaltsplan in der vorgelegten Fassung sowie eine moderate An-

passung der Beiträge wurden von den Delegierten einstimmig beschlossen. Informationen zu den Beiträgen sind nachzulesen auf unserer Homepage unter der Rubrik „Mitglieder/Mitgliedschaft“.

HP

Informationsveranstaltungen „Die neue Psychotherapierichtlinie“ am 25.01.2017 und am 14.02.2017



Dr. Dirk Heinrich (KV), Dipl.-Psych. Heike Peper (PTK), Dr. Stephan Hofmeister (KV)

Am 25.01.2017 lud die Psychotherapeutenkammer Hamburg gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zu einer Informationsveranstaltung zum Thema „Die neue Psychotherapierichtlinie“ in die Mozartsäle des Logenhauses Hamburg ein. Bereits nach wenigen Tagen war die Veranstaltung mit 400 Teilnehmerinnen ausgebucht, weshalb innerhalb kurzer Zeit eine Zusatzveranstaltung mit denselben Inhalten organisiert wurde. Diese fand am 14.02.2017 im Audimax der Universität Hamburg statt und wurde von weiteren 600 Personen besucht.

Dr. Dirk Heinrich (Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg), Dr. Stephan Hofmeister (stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg) und Dipl.-Psych. Heike Peper (Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hamburg) begrüßten die Teilnehmerinnen und gaben einen Überblick über Thematik und Programm des Abends. Dipl.-Psych. Dieter Best, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV, referierte zu den Hintergründen der Reform und zu der Umsetzung in den Praxen. Zwischen den Themenblöcken nutzten die Anwesenden die Möglichkeit, Verständnisfragen zu stellen.

Nach einer abschließenden Diskussionsrunde, in der noch offene Fragen geklärt wurden, bedankte sich Frau Peper bei allen Anwesenden für das große Interesse und schloss die Veranstaltung.

Die große Teilnehmerinnenzahl sowie das positive Feedback im Nachgang machten deutlich, dass unter den Kam-



Dipl.-Psych. Dieter Best

mermitgliedern ein hoher Informationsbedarf zur neuen Psychotherapierichtlinie besteht. Wir haben deshalb einige Informationsquellen für Sie zusammengestellt.

BW



Veranstaltung „Die neue Psychotherapierichtlinie“ am 25.01.2017 in den Mozartsälen

Wo finde ich Informationen zur neuen Psychotherapierichtlinie?

- Die neue Psychotherapierichtlinie ist auf der Seite des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finden: www.g-ba.de/informationen/richtlinien.
- Auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) finden Sie unter der Rubrik „Themen A-Z/ Psychotherapie“ die wichtigsten Neuerungen der Psychotherapierichtlinie auf einen Blick.
- Die BPtK bietet eine Informationsbroschüre (Download und Printversion) zu den Neuerungen der Psychotherapierichtlinie an.
- Bitte beachten Sie auch die Informationen Ihrer Berufs- und Fachverbände.

Kurzmeldungen zu Veranstaltungen und Aktivitäten der PTK Hamburg

Expertinnenrunden „Pakt für Prävention“ am 13.10.2016 und 01.12.2016

Akteurinnen aus vielfältigen Arbeitsfeldern trafen sich zu den drei parallelen Expertinnenrunden „Gesund aufwachsen in Hamburg“, „Gesund arbeiten und leben in Hamburg“ und „Gesund alt werden in Hamburg“, um über Präventionsangebote in den verschiedenen Lebenswelten Kita, Schule, Beruf und Quartier zu beraten. Auch Vertreterinnen der PTK Hamburg nahmen an den Diskussionsrunden teil. Als übergeordnete Ziele wurden vereinbart:

- psycho-soziale Gesundheit in jedem Lebensalter und deren Rahmenbedingungen stärken,
- gesundheitsfördernde Bewegung in jedem Lebensalter und deren Rahmenbedingungen fördern,
- gesundheitsfördernde Ernährung in allen Lebensphasen und deren Rahmenbedingungen unterstützen.

Projekte und Maßnahmen sollen dabei sozialraumbezogen konzipiert werden.

Erfreulich ist, dass in der Diskussion in allen Arbeitsgruppen das psychosoziale Wohlbefinden eine hohe Priorität einnahm und als grundlegend für die Gesundheitsförderung angesehen wurde.

Empfang für neu approbierte Kammermitglieder am 14.12.2016

Am 14.12.2016 fand in den Räumen der Geschäftsstelle der jährliche Empfang für neu approbierte Kammermitglieder statt, der dem gegenseitigen Informationsaustausch sowie dem Kennenlernen der Aufgaben und der Angebote der Psychotherapeutenkammer dient. Traditionell werden sowohl neu approbierte Mitglieder als auch nach Hamburg gewechselte Kolleginnen begrüßt. Unter Anwesenheit von Vorstandsmitgliedern, Delegierten und Geschäftsstellenmitarbeiterinnen begrüßte Präsidentin Peper etwa 30 Gäste. Sie schilderte die übergeordneten Aufga-

ben der Kammer, die Vorstandsmitglieder und der Geschäftsführer ergänzten um Details aus dem jeweiligen Arbeitsbereich und standen für Fragen der Kammermitglieder zur Verfügung.

Bei einem Buffet und Getränken gab es bei guter Stimmung intensive Gespräche über Ausbildung sowie Berufsbild und -chancen. Beeindruckend war das hohe Engagement für den Beruf sowie das Hintergrundwissen über berufspolitische Belange. Die positiven Rückmeldungen der Kolleginnen machten deutlich, dass die Veranstaltung für die neu hinzugekommenen Kammermitglieder sehr gewinnbringend ist und weiterhin beibehalten werden sollte.

Fachtagung Psychiatrieplan am 15.12.2016

Am 15.12.2016 war die Psychotherapeutenkammer Hamburg Gast auf der Fachtagung „Psychiatrieplan für Hamburg“. Zu dieser Folgeveranstaltung hatte die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz eingeladen.

Schon in der Begrüßung durch Frau Dr. Esser, Leiterin der Fachabteilung Öffentlicher Gesundheitsdienst, wurde das übergeordnete Ziel einer Vernetzung über Sektorengrenzen hinaus deutlich. Vertreterinnen der beteiligten Behörden BGV und BASFI stellten in ihrer Bestandsaufnahme retrospektive und prospektive Zahlen vor, die die Entwicklung insbesondere im stationären Bereich deutlich machten. Ergänzt wurden die Vorträge durch einen Statusbericht aus dem Bereich des jugendpsychiatrischen Dienstes.



Empfang für neu approbierte Mitglieder

Die anschließenden Workshops griffen Maßnahmen und Strukturen koordinierter personenbezogener Hilfen auf, ein gesonderter Workshop berücksichtigte die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Die Informations- und Workshopreihe wird von den beteiligten Behörden fortgesetzt und soll in einem neuen Psychiatrieplan münden. Die Psychotherapeutenkammer ist bilateral mit mehreren Beteiligten in Kontakt und bringt die Notwendigkeit der frühzeitigen Einbeziehung von Psychotherapeutinnen in den vernetzten Behandlungsprozess ein. Auf diesem Weg wird sie den Prozess der Konzeptentwicklung weiter konstruktiv und kritisch begleiten.

Informationsveranstaltung „Beruf: Psychotherapeut/Beruf: Psychotherapeutin“ am 10.01.2017

Am 10.01.2017 fand in Kooperation des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg und der PTK Hamburg eine Informationsveranstaltung zur Psychotherapieausbildung statt.

Masterstudierende der Psychologie waren eingeladen, sich über die PP- bzw. KJP-Ausbildung sowie über die beruflichen Perspektiven zu informieren. Kammerpräsidentin Dipl.-Psych. Heike Peper präsentierte zu Beginn der Veranstaltung Zahlen und Fakten zum Beruf. Anschließend stellten die Vertreterinnen der Ausbildungsinstitute Dr. Annet Boll-Klatt und Dr. Helene Timmermann Rahmenbedingungen und Inhalte der Ausbildung vor. Dr. Helbig-Lang, Mitarbeiterin des Fachbereichs Psychologie, gab Hinweise für Auswahlkriterien für ein Ausbildungsinstitut und einen Überblick zur Berechnung der Ausbildungskosten. „Hautnahe“ Eindrücke und eine subjektive Perspektive auf die Ausbildung vermittelte schließlich Dipl.-Psych. Alexander Berndt, Ausbildungskandidat und Hamburger Vertreter in der BPtK-Bundeskonferenz PiA.

CD, HP

Trauer um unsere Kollegin Dipl.-Psych. Gerda Krause – ein Nachruf

Wir trauern um unsere Kollegin

Gerda Krause

**Dipl.-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin**

***10.3.1954**

†18.11.2016



Dipl.-Psych. Gerda Krause

Gerda Krause war mehr als 20 Jahre berufspolitisch aktiv. In all den Jahren haben wir sie als engagierte, ideenreiche, zupackende und meinungsstarke Mitsreiterin erlebt.

Vor Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes organisierte sie Mitte der 1990er-Jahre Veranstaltungen zur Nachqualifikation und ermöglichte es vielen Kolleginnen und Kollegen, die erforderlichen Nachweise für die Übergangsregelungen zu erbringen.

Sie engagierte sich im Landesvorstand der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) und im Präsidium der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT), deren Mitbegründerin sie war.

Gerda Krause hat auch die Psychotherapeutenkammer Hamburg mitgegründet und diese von Beginn an mitgeprägt.

Sie hat bereitwillig Funktionen und Verantwortung übernommen, war Mitglied im Errichtungsausschuss und bis 2011 Beisitzerin im Kammervorstand.

Als langjährige Mitarbeiterin in der Opferhilfe-Beratungsstelle und später als engagierte Traumatherapeutin in eigener Praxis lag ihr eine fachlich qualifizierte psychotherapeutische Versorgung traumatisierter Menschen sehr am Herzen. Deshalb war es naheliegend, dass sie die AG Notfallpsychotherapie mit ins Leben rief und dort bis kurz vor ihrem Tod aktiv war.

Ihre Affinität zu Zahlen, die sie aus ihrer ersten Ausbildung als Steuerfachangestellte mitbrachte, machte sie in den vergangenen Jahren zu einem fachkundigen Mitglied des Haushaltsausschusses, in dem sie u. a. als Vorsitzende mit fundierten Vorschlägen und Einschätzungen die Diskussion um die Haushaltsentwicklung voranbrachte.

Gerda Krause war als engagierte Dozentin und Supervisorin auch in der Aus- und Fortbildung tätig. Sie setzte sich bereits früh für die Belange der PiA ein und warb für deren Mitgliedschaft in Kammer und Verbänden.

Durch ihr vorbildliches ehrenamtliches Engagement hat sich Gerda Krause um unseren Berufsstand außerordentlich verdient gemacht.

Mit ihr verlieren wir nicht nur eine berufspolitische Weggefährtin, sondern auch eine lebensfrohe und liebenswerte Kollegin.

Für den Vorstand der PTK Hamburg

Heike Peper
Präsidentin

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Christoph Düring, Torsten Michels, Heike Peper, Birte Westermann.

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax. 040/226 226 089
www.ptk-hamburg.de
info@ptk-hamburg.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Dr. Heike Winter, Präsidentin

heute Abend – während ich diesen Text schreibe – wird der 45. Präsident der USA, Donald Trump, vereidigt: Inauguration Day, ein sehr feierlicher Akt, der mit großem Aufwand zelebriert wird. Seit Wochen wird über die zukünftige Politik des neuen US-Präsidenten in den Medien intensiv diskutiert, seine öffentlichen Auftritte und Reden lassen viele ratlos und besorgt zurück. Fassungslosigkeit angesichts vieler seiner Aussagen ist eine Emotion, die sich diesseits und jenseits des Atlantiks findet. Warum ist er nur gewählt worden? Was sind seine politischen Ziele, außer dem Mauerbau an der mexikanischen Grenze? Sprachlich ist es schwierig, seinen oft abgehackten, unvollständigen Sätzen zu folgen. Häufig widerspricht er sich in seinen eigenen Ausführungen. Seine Anhänger beteuern, dass seine verbalen Attacken, etwa gegenüber Behinderten, nicht

böse gemeint seien, man dürfe sie nicht ernst nehmen. Warum ist er nur gewählt worden? Als Psychologin und Psychotherapeutin finde ich diese Frage außerordentlich spannend: Wenn es nicht die politischen Inhalte sind, die zu seiner Wahl geführt haben, und nicht sein Glamourfaktor, was bleibt dann noch? Eine zentrale Botschaft, die er zu vermitteln versucht, ist die, alles anders als die „Etablierten“ zu machen. Dazu passt, dass er sich sehr anders verhält, anders redet, anders auftritt. Diese Botschaft spricht ein Gefühl an, insbesondere bei all denjenigen, die unzufrieden mit den politischen und/oder ihren persönlichen Umständen sind. Es ist die Hoffnung auf Veränderung, auf Verbesserung der persönlichen Situation, aber auch das Gefühl, wertgeschätzt zu werden und die Bestätigung der eigenen Position. Interessant ist nun, dass dieses Gefühl so stark zu sein scheint, dass eine kritische Hinterfragung der Trumpschen Äußerungen gar nicht mehr möglich ist. Und so scheint, wie wir es oft im psychotherapeutischen Alltag erleben, Gefühlen eine maßgebliche handlungssteuernde Funktion zuzukommen, die dem rationalen Bewusstsein zunächst gar nicht zugänglich sind. Wie gut, dass der 9. Hessische Psychotherapeutentag unter dem Motto „Gefühlssache“ sich dieses Themas annimmt.

Seien Sie ganz herzlich dazu eingeladen!

Heike Winter
Präsidentin

Argumente für eine psychoonkologische Weiterbildung



Else Döring

Im Januar tagte das gemeinsame Landesgremium nach § 90 A, das sich zur Aufgabe gemacht hat, sich mit der sektorenübergreifenden Versorgung zu beschäftigen, eine flächendeckende, umfassende medizinische sowie psychosoziale Versorgung zu gewährleisten und den ambulanten mit dem stationären Sektor zu vernetzen. Das

Gremium hatte sich diesmal zum Thema gemacht, sich mit dem Hessischen Konzept zur psychoonkologischen Versorgung zu beschäftigen.

Inhalt des Onkologiekonzeptes ist es, die medizinische Versorgung in festgelegten Versorgungsgebieten und definierten onkologischen Kompetenzzentren zu bündeln. Dies soll zu einer verbesserten wohnortnahen Versorgung der Patienten, zu einheitlichen Behandlungsstandards nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und zu einer verbesserten psychosozialen Versorgung führen.

In der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten“ wird eine bedarfsgerechte symptomübergrei-

fende psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten und ihren Angehörigen gefordert. Während die psychoonkologische Versorgung im stationären Bereich in den letzten Jahren verbessert wurde, bestehen nach Aussage der Deutschen Krebshilfe für die ambulante Versorgung von Krebspatienten erhebliche Defizite insbesondere für die Sicherstellung der Versorgungskontinuität. Dies ist deshalb bedeutsam, weil die stationären Verweildauern kürzer werden und dadurch der psychoonkologische Betreuungsbedarf im ambulanten Versorgungsbereich erheblich zunimmt.

Eine Krebserkrankung und ihre Behandlung belastet Patienten und ihre Angehörigen häufig erheblich: in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht.

40% der Krebspatienten nennen den Wunsch nach sozialarbeiterischer Unterstützung, knapp 30% nach psychologischer Unterstützung. Die Hälfte aller Krebspatienten fühlt sich aber nicht ausreichend über psychologische Unterstützungsmöglichkeiten informiert, wenn sie unter Ängsten, Depressivität oder einer geringen Lebensqualität leiden.

Eine Studie der Universität Ulm kommt zu dem Ergebnis, dass jeder dritte Krebspatient unter einer manifesten psychischen Störung leidet. Dabei konnte auch gezeigt werden, dass psychoonkologische Betreuung das psychische Befinden der Patienten erheblich verbessert und auch positive Effekte auf das körperliche Befinden hat. Auch das macht deutlich, wie wichtig psychoonkologische Betreuungsangebote für diese Patienten sind.

In ihrem Vortrag anlässlich der Sitzung des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90 A gab die Psychologische Psychotherapeutin Ilka Heunemann einen Einblick, welche Themen in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung auftreten können. Sie stellte häufige Themen aus ihrer Behandlungspraxis vor, wie die Diagnosestellung, die Auseinandersetzung damit und die Akzeptanz der Diagnose und den damit verbundenen existenziellen Themen wie Leben, Sinn, Tod und Sterben. Einige Patienten sehen sich mit den Reaktionen aus ihrem Umfeld konfrontiert, die sie oft so nicht erwartet haben. Auch der Umgang mit Nebenwirkungen in der Behandlung bei Strahlen- und Chemotherapie ist Thema der Psychotherapie. Die Aufgabe des Psychotherapeuten ist es auch, die Motivation des Patienten bei der Einnahme von Medikamenten

und seine Akzeptanz für Chemo-, Strahlen- und Hormontherapie zu erhöhen.

Häufig ist die Vorbereitung von Arztgesprächen Thema in der Psychotherapie, genauso, wie mit dem Patienten daran zu arbeiten, wieder Vertrauen in den eigenen Körper zu finden und körperliche Veränderungen zu akzeptieren. Im Anschluss an die Behandlung ist die Rezidivangst ein häufiges Thema, und es ist wichtig, mit den Patienten darüber zu reden, dass Kontrolluntersuchungen nicht aus Angst vermieden werden sollten.

Ilka Heunemann kritisierte, dass psychoonkologische Patienten immer noch nicht gezielt genug einen qualifizierten Behandler finden können. Häufig ist es eher Zufall, manchmal findet eine Überweisung statt. Sie fordert für die Zukunft eine bessere Vernetzung und eine öffentlich zugängliche Datenbank spezialisierter Behandler.

Als besondere Herausforderung für die Psychologischen Psychotherapeuten benannte Ilka Heunemann: Die Bereitstellung von kurzfristigen Therapieplätzen; die häufigen Terminausfälle wegen Behandlungsnebenwirkungen und Krankenhausaufenthalten; die notwendigen Krisentelefonate mit Patienten, die nicht abrechenbar sind; die fehlende Möglichkeit, Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes weiterzubetreuen und die fehlende Möglichkeit, Hausbesuche bei schwer erkrankten Patienten durchzuführen.

Einen Ausblick für die Zukunft und Verbesserungen stellte Ilka Heunemann wie folgt dar:

- Das Angebot einer Akutbehandlung, das in der neuen Psychotherapie-

richtlinie vorgesehen ist, erleichtert die Versorgung.

- Die Einrichtung weiterer Krebsberatungsstellen könnte ebenfalls eine Verbesserung darstellen.
- Das Onkologiekonzept des Landes Hessen führt ebenso zu Verbesserungen.
- Qualitätszirkel, in denen sich niedergelassene Psychotherapeuten und andere Behandler quartalsweise austauschen, gibt es inzwischen schon, dies stellt ebenfalls eine erhebliche Verbesserung dar.

Aus meiner Sicht wird aus der Diskussion deutlich, dass eine Weiterbildung in Psychoonkologie hilfreich sein kann. Zwar gibt es schon vielfältige psychoonkologische Fortbildungsangebote sowohl für Psychotherapeuten als auch für Mediziner, es gibt aber noch keine kammerrechtliche Weiterbildung in Psychoonkologie in Hessen. Dies führt dazu, dass sich kein Psychologischer Psychotherapeut den Hinweis auf eine psychoonkologische Weiterbildung auf sein Praxisschild schreiben kann. Dies steht sowohl einer Vernetzung als auch einer guten Information von Patienten entgegen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer ringt derzeit um eine Aufnahme verschiedener Fachgebiete in die Musterweiterbildungsordnung. Einige Kollegen befürchten, dass dies zu einer Abwertung der Approbation führen könnte. Aus meiner Sicht ist das Gegenteil der Fall, eine Weiterbildung in Psychoonkologie ermöglicht eine Spezialisierung und führt zu mehr Transparenz für die Patienten.

Else Döring
Vizepräsidentin

„Traumafolgen verstehen und behandeln“ – Fachtagung des Gemeinsamen Beirats

Am 2. und 3. Dezember 2016 fand im Haus am Dom in Frankfurt am Main die Fachtagung „Traumafolgen verstehen und behandeln“ statt, gemeinsam ausgerichtet vom Gemeinsamen Beirat der Psychotherapeutenkammer Hessen und der Landesärztekammer Hessen. Die Aufgabe des Gemeinsamen Beirats liegt in der Abstimmung der psychotherapeutischen Belange zwischen der Landesärztekammer und der Psychotherapeutenkammer.



Die Veranstaltung stieß auf sehr großes Interesse sowohl unserer Mitglieder als auch der Ärzteschaft und war schon kurze Zeit nach der Ankündigung ausgebucht.

Der Vorsitzende Arzt des Gemeinsamen Beirats Dr. Jochen Klauenflügel eröffnete die Veranstaltung und bedankte sich herzlich bei den Mitgliedern



des Gemeinsamen Beirats für die gute Zusammenarbeit und ihr Engagement bei der Organisation der Tagung. Marianne Rauwald, Institut für Traumabearbeitung und Weiterbildung in Frankfurt, sprach anschließend in dem traditionsgemäß öffentlichen Vortrag am Freitagabend über „Flucht und Trauma

bei Kindern und Erwachsenen“. In ihrem vielschichtigen Vortrag schilderte sie sehr lebendig und anhand von eindrucksvollen Fallgeschichten das Erleben von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen. Sie rief dazu auf, nicht nur die basale Grundversorgung von Flüchtlingen nach ihrer Ankunft in Deutschland zu sichern, sondern ein besonderes Augenmerk darauf zu legen, Hilfe zur Selbsthilfe zu geben.

Die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Dr. Heike Winter leitete den zweiten Veranstaltungstag ein.

Prof. Éva Hédervári-Heller, Internationale Psychoanalytische Universität in Ber-



Prof. Éva Hédervári-Heller

lin, sprach anhand von Videoausschnitten aus ihrer Praxis über „Frühkindliche Traumata und ihre Behandlung“.

Prof. Johannes Kruse, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, schilderte, wie sich in zirkulären Prozessen chronische körperliche Erkrankungen als



Prof. Johannes Kruse

„Psychosomatische Folgen extremer Traumatisierung“ entwickeln können.

PD Dr. Regina Steil, Goethe Universität Frankfurt, stellte verschiedene verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze und Studien zu ihrer Wirksamkeit vor.



PD Dr. Regina Steil

Dabei zeigte sich, dass die *Cognitive Processing Therapy (CPT)* die höchsten Effektstärken erzielte. Der Vormittag schloss mit dem Vortrag von Franz Ebner zum Zusammenhang von „Trauma und Psychose“. Für den Nachmittag konnten die Teilnehmer wählen, ob sie den Inhalt eines dieser Vorträge inner-



halb eines Workshops vertiefen wollten oder den Workshop von Dr. Barbara Wolff, Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil (FATRA e. V.) zu „Beratung und Behandlung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen“ besuchen wollten.

Das Feedback der Teilnehmer und das Engagement der Referenten zeigten, dass die Fachtagung auch in diesem Jahr ein großer Erfolg war.

Delegiertenversammlung 02/IV.

Am 26. November 2016 tagte im Hotel Oranien die zweite Delegiertenversammlung (DV) der IV. Wahlperiode der Psychotherapeutenkammer Hessen, in deren Mittelpunkt die Ausschusswahlen standen. Beschlossen wurden außerdem eine Änderung der Aufwandsentschädigungsordnung sowie der Haushalt 2017. Die Delegierten beschäftigten sich dann unter dem Stichwort „Spiegelbildlichkeit“ mit der Frage, wie sich die Fraktionsgröße innerhalb der DV in der Zusammensetzung der Ausschüsse widerspiegeln kann.

Ausschusswahlen

Die Delegierten wählten die Mitglieder der einzelnen Ausschüsse, die wie folgt besetzt wurden. Sofern die Ausschüsse bereits eine/n stellvertretenden Vorsitzende/n bestimmt haben, wurde das kenntlich gemacht:

Finanzausschuss

- Alfred Krieger (Vorsitzender)
- Hans Bauer (stv. Vorsitzender)
- Petra Platner

Ausschuss Beschwerde und Schlichtung

- Prof. Dr. Rudolf Stark (Vorsitzender)
- Marlies Lübber-Hagmann
- Sarah Fanter
- Karin Tilli
- Stefan Baier
- Barbara Venema
- Ina Preußner
- Dr. Maria Weigel

Satzungsausschuss

- Wilfried Schaab (Vorsitzender)
- Helga Planz
- Hans Bauer

Ausschuss für Qualitätssicherung

- Jörg Wollstädt (Vorsitzender)
- Sarah Fanter
- Petra Bühler
- Barbara Feldmann-Schmidt
- Yvonne Winter
- Barbara Heipt-Schädel
- Jan Freudenberger

Ausschuss für ethische Fragen und Berufsordnung

- Hans Bauer (Vorsitzender)
- Dr. Jona Iffland
- Uta Cramer-Düncher
- Petra Platner
- Prof. Dr. Ulrich Müller
- Eva-Martina Bohn
- Ariadne Sartorius

Ausschuss Psychotherapie in Institutionen

- Britta Mai (Vorsitzende)
- Gabriele Fock (stv. Vorsitzende)
- Renate Maurer-Hein
- Lorenz Bock
- Simone Stöckert
- Karina Messi Ebanda
- Jonas Göbel
- Matthias Heitmann

Ausschuss Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

- Mathias Schuch (Vorsitzender)
- Martina Kühnemund
- Renate Maurer-Hein
- Dr. Sylvia Eimecke
- Annette Gümbel
- Mathias Heitmann

Ausschuss für Wissenschaft und Forschung

- Silke Leifheit (Vorsitzende)
- Dr. Neele Reiß
- Marc Wedjelek

Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Dr. Gaby Bleichhardt (Vorsitzende)
- Jörg Wollstadt (stv. Vorsitzender)
- Tobias Günther
- Dr. Kurt Quaschner
- Barbara Feldmann-Schmidt
- Prof. Dr. Hanna Christiansen
- Birgit Pechmann
- Sven Baumbach
- Stuart Massey Skatulla
- Alfred Krieger
- Dr. Charlotte Weißlau

Geänderte Aufwandsentschädigungsordnung

Die Delegiertenversammlung beschloss einstimmig und auf Antrag des Vorstands, die Aufwandsentschädigungen für Kammertätigkeiten entsprechend der Inflationsrate ab dem 1.1.2017 zu erhöhen.

Haushalt 2017

Der Finanzbericht 2016 zeigt, dass die Zahl der Psychotherapeut/-innen in Hessen weiter steigt, zuletzt zählte die Psychotherapeutenkammer Hessen 5.105 Mitglieder mit einem Durchschnittsbeitrag von 377,- € (297,- € mit PiA). Die zu erwartende (steigende) Mitgliederzahl und der Durchschnittsbeitrag werden als Grundlage für die Berechnungen der voraussichtlichen Beitragseinnahmen in 2017 verwendet. Die Delegiertenversammlung stimmte dem vorgelegten Haushalt ohne Gegenstimmen zu.

Diskutiert wurde auch der Beschluss des DPT, nach dem die Landeskammern ab 2018 BPtK-Beiträge auch für ihre PiA zahlen müssen, wenn diese bei der Berechnung der Zahl der DPT-Delegierten mitberücksichtigt werden sollen. Für die hessische Kammer entstehen dadurch zusätzliche Kosten an BPtK-Mitgliedsbeiträgen von ca. 70.000 Euro jährlich. Der Vorstand befürwortet dennoch die Meldung der PiA für den DPT. Sie sollen als Pflichtmitglieder, auch wenn sie beitragsfrei gestellt sind, über dieselben Rechte verfügen wie alle anderen Mitglieder.

Antrag auf Abbildung der politischen Kräfteverhältnisse in den Ausschüssen

Es wurde ein Antrag auf Satzungsänderung der folgenden Listen eingereicht: Psychodynamische Liste, psychodynamische KJP, Integrative Liste, KJP Hessen. Die Satzung solle dahingehend verändert werden, dass in den Ausschüssen der Proporz der Listen bzw. das Kräfteverhältnis in der DV in Analo-

gie zum Deutschen Bundestag abzubilden sei.

Der Vorstand begrüßte den Antrag ausdrücklich, wies jedoch die Analogie zum Bundestag zurück, da gemäß Hessischem Heilberufsgesetz in der DV selbst, und nicht in den Ausschüssen, die wesentlichen Arbeiten und Aufgaben erledigt werden. Das Hessische

Heilberufsgesetz trifft keine Regelungen über Ausschüsse und die Satzung der Kammer schreibt nur die Bildung festgelegter Ausschüsse vor. Weder Gesetz noch Satzung treffen weitere Regelungen, mit Ausnahme der Regelung, dass beide Berufe (PP und KJP) vertreten sein sollen und der Finanzausschuss aus mindestens drei Mitgliedern bestehen muss. Der Kammervorstand

wies darauf hin, dass es in der Vergangenheit immer gelungen sei, alle Listen in die Ausschüsse einzubinden, und dass davon bei den jetzigen Ausschusswahlen nicht abgewichen worden sei.

Der Antrag wurde zur Überprüfung an den Satzungsausschuss weitergeleitet und soll auf der kommenden Delegiertenversammlung wieder vorgelegt werden.

Verabschiedung Johann Rautschka-Rücker

Am 21. Dezember 2016 verabschiedete die Kammer ihren langjährigen Geschäftsführer und Justitiar Johann Rautschka-Rücker mit einem besonderen Empfang, an dem auch viele



Johann Rautschka-Rücker

ehemalige Vorstandsmitglieder und Vertreter des Sozialministeriums teilnahmen. Dr. Hölz, Leiter Abteilung Gesundheit, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, betonte in seiner Rede die konstruktive und freundliche Zusammenarbeit der Psychotherapeutenkammer mit seiner Abteilung und strich insbesondere die kompetente und verbindliche Arbeit Herrn Rautschka-Rückers hervor. In seiner eigenen Rede ließ Herr Rautschka-Rücker seine 14-jährige Tätigkeit in der Psychotherapeutenkammer Hessen Revue passieren. Er bedankte sich bei den Delegierten, den Mitgliedern der Ausschüsse und AGen, den Vorständen und vor allem bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle. Zwei Aufgaben legte er den Ehrenamtlichen besonders ans Herz: zum einen, das zukünftige Weiterbildungsrecht bundeseinheitlich zu gestalten und ein föderales Auseinanderdriften der Länder zu vermeiden,

zum anderen die Aufgabe der konsensualen Zusammenarbeit der Verfahren. Nach seiner Erfahrung stünden viel zu oft das Trennende und die Betonung der Unterschiede im Vordergrund. Wichtiger als das Bemühen, dem jeweils anderen Verfahren das eigene zu erklären, sei die Bereitschaft, verstehen zu wollen.

Abschließend würdigten die Vorstandsmitglieder in persönlichen Worten die Leistungen, vor allem aber die fachkundige und zugleich freundliche und von persönlicher Zugewandtheit gekennzeichnete Zusammenarbeit. Jürgen Hardt, Präsident der ersten und zweiten Legislaturperiode, brachte dies auf den

sehr unterschiedlicher Sprachen: der juristischen und der psychotherapeutischen. Dafür verdient er unseren besonderen Dank.“

Herr Rautschka-Rücker hatte sein Amt am 1. März 2003 angetreten und half der damals noch jungen Kammer, sich auf dem glatten Parkett der Politik zu bewegen, die Interessen des Berufsstands zu vertreten und viele Herausforderungen zu meistern. Zahlreiche sehr gute fachliche Beiträge im Psychotherapeutenjournal, z. B. zum Facharztstandard, zur rechtlichen Organisation der Praktischen Ausbildung, zur Aufbewahrungsfrist oder zu Rechtsfragen bei Missbrauchsverdacht wurden von



Punkt: „Herr Rautschka-Rücker hat immer wieder in nüchterner Weise, ohne uns zu entmutigen und den Elan, der notwendig war, um die neue Institution zum Leben zu bringen, allzu sehr zu bremsen, an die Erfordernisse der Realität gemahnt. Die Zusammenarbeit mit ihm ist ein Beispiel der gelungenen und fruchtbaren Übersetzungsarbeit zweier

ihm veröffentlicht und halfen, die juristische Perspektive zu verstehen. Die Suchmaschine des Psychotherapeutenjournals listet nicht weniger als 39 Einträge unter dem Stichwort „Rautschka-Rücker“. Neben seiner fachlichen Expertise waren es aber vor allem seine freundliche Gelassenheit und Geduld, die die Zusammenarbeit so prägte. Sein

wunderbarer Humor besänftigte nicht selten die durch große Diskussionsfreude erhitzten Gemüter der Delegierten oder Vorstandsmitglieder. Der stehen-

de Applaus der letzten Delegiertenversammlung in der Amtszeit Herrn Rautschka-Rückers brachte dies berührend zum Ausdruck.

Wir bedanken uns sehr herzlich und wünschen Glück und Gesundheit für den dritten Lebensabschnitt.

Heike Winter
Präsidentin

Unterstützung einer Studie zur internetgestützten Psychotherapie – „blended therapy“

Die Psychotherapeutenkammer Hessen unterstützt eine gemeinsame Studie der Universität Ulm und der Psychotherapeutenkammer Baden Württemberg zu Internet- und mobilbasierten Interventionen und bittet um aktive Teilnahme.

Die Arbeitsgruppe um Professor Dr. Harald Baumeister, Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie und Pädagogik, hat gemeinsam mit der Kammer Baden Württemberg einen Fragebogen zur Einstellung von Psycho-

therapeutinnen und Psychotherapeuten zu internetbasierter Psychotherapie und Vorstellungen zu möglichem Nutzen entwickelt.

Unter „blended therapy“ versteht man die Integration von internetbasierten Interventionen in eine klassische Psychotherapie, die als Ergänzung des Behandlungsangebotes verstanden werden kann. Die Ergebnisse dieser Studie sollen dazu beitragen, die zukünftige Entwicklung von „blended therapy“ aktiv mitzugestalten.

Eine Bedarfserhebung und Erfassung der Ansichten und Einstellungen zu diesem Bereich sind Voraussetzung dafür, dass in die derzeit stattfindende Entwicklung auch die Vorstellungen praktisch tätiger Psychotherapeuten einfließen können.

Der Fragebogen findet sich auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Hessen und direkt unter www.unipark.de/uc/blendedtherapy/.

9. Hessischer Psychotherapeutentag: GEFÜHLSSACHE – Emotionen in der Psychotherapie

Freitagnachmittag: Vorveranstaltungen

- Treffen der Hessischen Psychotherapeut/-innen in Ausbildung
- Perspektiven nach der Approbation
- Round Table für angestellte Psychotherapeut/-innen

Freitagabend: Festvortrag

Prof. Dr. Heinz Bude: Die Chancen der Politik in einer Gesellschaft der Angst

Samstagvormittag Hauptvorträge

- Prof. Dr. Matthias Berking: Defizite in der Emotionsregulation – ein transdiagnostischer Faktor und Ansatzpunkt in der Therapie psychischer Störungen
- PD Dr. Fernanda Pedrina: Frühe Entwicklung von Emotionen und Affektregulation im Kontext fördernder oder belastender Beziehungen
- Dr. Ernst Kern: Personenzentrierte Körperpsychotherapie – Humanistische Perspektive

- Prof. Dr. Maria Borcsa: Emotionen in der systemischen Theorie und Praxis – alles nur eine Frage der Regulation?

Samstagnachmittag: vertiefende Workshops

21. und 22. April 2017, Goethe Universität Frankfurt; Freitag kostenfrei, Tageskarte Samstag: 90,- €; PiA/Studierende kostenfrei

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Harald Stange, Melsungen
Dr. Houshang Khoshrouy Sefat,
Frankfurt

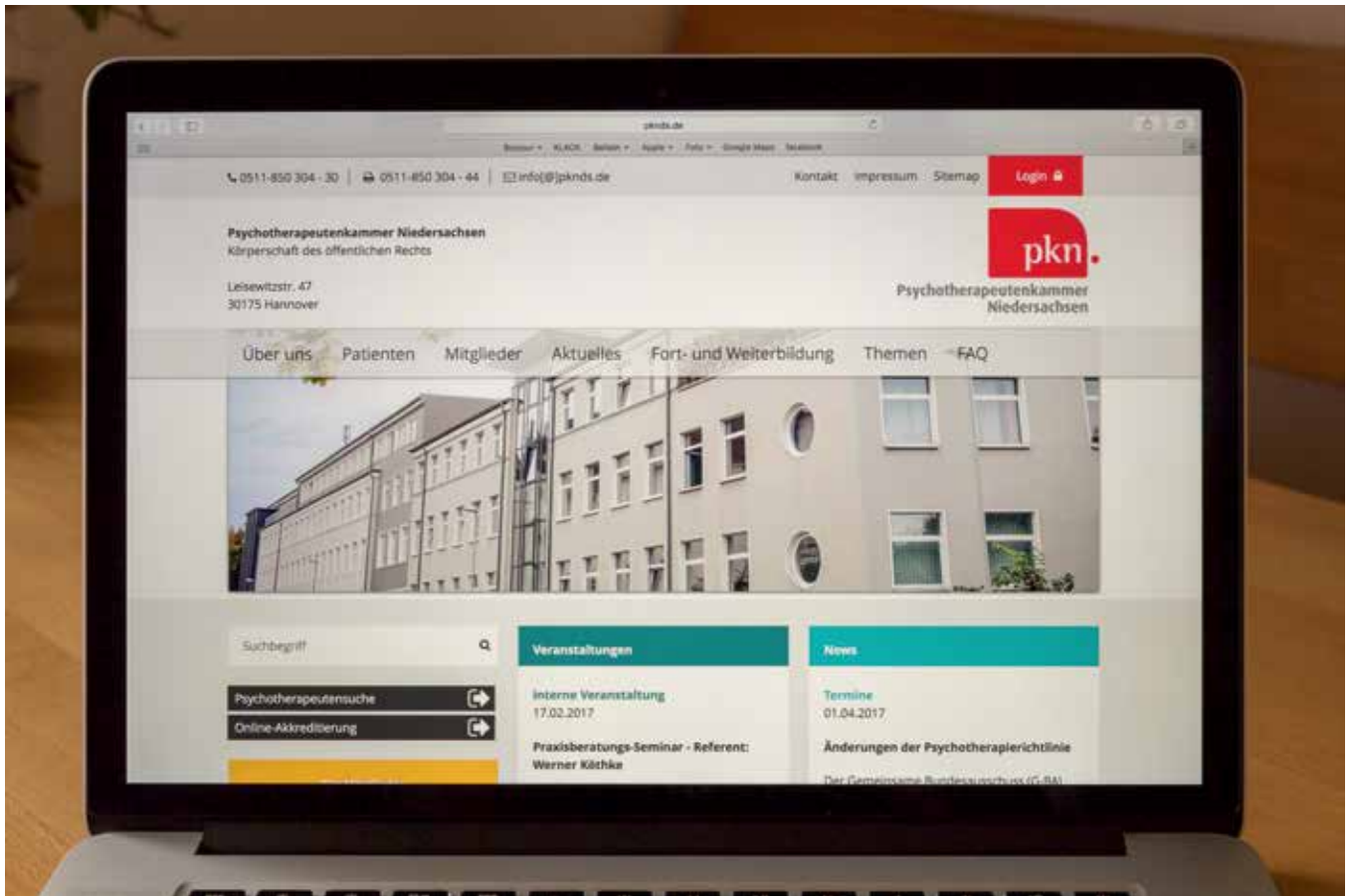
Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring,
Dr. Wiebke Broicher

Geschäftsstelle

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0
Fax: 0611/53168-29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

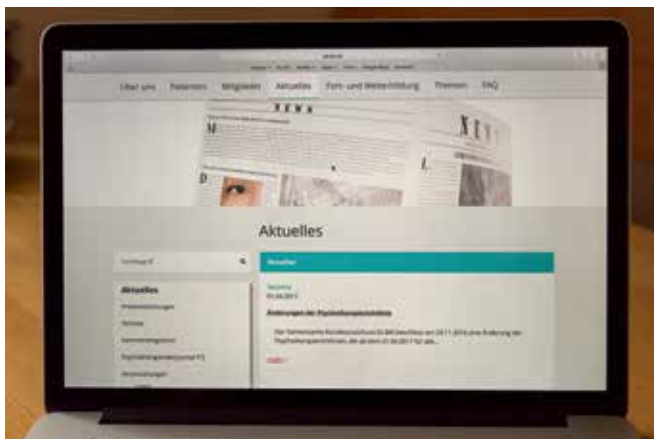
Relaunch der PKN-Homepage



Am 01. Februar 2017 war es endlich so weit. Unsere Homepage www.pknds.de ging in neuem, modernisiertem und für alle Endgeräte tauglichem Design online.

Neben einem modernen Design stand vor allem die Darstellung der Inhalte im Fokus der Neugestaltung. Aufgaben, Themen und Interessen der

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen werden hervorgehoben und ermöglichen unseren Mitgliedern, Patienten und Interessierten bei einem



virtuellen Besuch einen umfassenden Überblick.

Ob Pressemitteilungen oder Kammertelegramm, auf der neuen Startseite erscheinen immer die aktuellen News. Mit unserem neuen Veranstaltungskalender werden keine Termine mehr verpasst.

Um möglichst viele Fragen unserer Mitglieder beantworten zu können, haben

wir einen FAQ-Bereich mit den häufigsten Fragen zu verschiedenen Themen erstellt.

Wir danken den Kammermitgliedern aus der „AG Öffentlichkeitsarbeit“, dem „AG-Team Homepage“ aus der PKN-Geschäftsstelle und unserem Dienstleister „b-it“ für die grundlegende Neugestaltung unserer Internetrepräsentanz.

Nun stellen wir uns der kontinuierlichen Weiterentwicklung und nehmen Ihre Anregungen und Kritik dankend unter info@pknds.de entgegen.

Viel Spaß beim Stöbern!

Andreas Kretschmar, Vorstand der PKN
Claudia Sieb, Qualitätsmanagement

Autismus und medizinische Versorgung (k)ein Problem

3. Interdisziplinäre Fachtagung in Hannover

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sind chronisch und treten mit einer Prävalenz von ca. 1% häufiger auf als lange angenommen, ungefähr so häufig wie Menschen mit roten Haaren. Die LVG AFS (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin)

hatte am 3. September 2016 zum 3. Autismus-Fachtag eingeladen.

Als Ehrengäste wurden Dr. Manfred Koller vom Nds. Sozialministerium, Dr. Gisbert Voigt von der Ärztekammer und Götz Schwoppe (KJP) als Vorstandsmitglied der Nds. Psychotherapeutenkammer von Thomas Lörich und Jürgen Isernhagen eingeladen.

der zentralen Frage: Wie gut ist die aktuelle medizinische und psychotherapeutische Versorgung für Menschen mit ASS.

Dr. Gisbert Voigt beschrieb dazu in seinem Grußwort die aktuelle medizinische Versorgung von Kindern mit ASS im Bereich der Kinderärzte als „kenntnisreich gut versorgt“. Sorgen bereite ihm allerdings der Erwachsenenbereich, insbesondere an der Schnittstelle vom Jugendlichen zum Erwachsenenalter. Viele Betroffene fänden im Anschluss kaum Haus- bzw. Fachärzte mit spezifischen Kenntnissen im Umgang mit Menschen mit ASS. Aus einer Studie wurde bekannt, dass Haus- bzw. Fachärzte über nicht mehr Fachwissen verfügen als die Allgemeinbevölkerung. In diesem Feld müsste mehr Fort- und Weiterbildung angeboten werden.

In einem Fachvortrag gab Frau Dr. H. Heiling dann einen Einblick in die Arbeit



(v. rechts:) J. Isernhagen, T. Lörich, G. Voigt, M. Koller, G. Schwoppe



Silke Lipinski



(v. rechts:) G. Schwoppe, T. Sappok, S. Lipinski, M. Koller

eines speziellen Medizinisches Behandlungszentrums (MZEB) für erwachsene Menschen mit Behinderung, in dem „Barrierefreiheit im Gesundheitssystem“ u. a. für Menschen mit Autismus konsequent umgesetzt wurde, sodass Betroffene und deren Angehörige einen niederschweligen Zugang finden, der neben einer medizinischen Versorgung auch eine soziale und psychotherapeutische Hilfe ermögliche.

Silke Lipinski (M. A. von der Humboldt Universität in Berlin) berichtete in ihrem sehr beeindruckenden Vortrag über „Wissen und Nichtwissen über Autismus im Gesundheits- und Sozialwesen.“ Ausgehend von ihrer eigenen Erfahrung als Betroffene von ASS hat sie an der Humboldt Universität in Berlin die Gelegenheit gehabt, an einem Studienprojekt als Promotionsstipendiatin teilzunehmen und Forschung zum Thema „Autismus in der medizinischen Versorgung“ zu betreiben. Im Anschluss beschrieb Frau Dr. Ch. Preißmann in ihrem

Vortrag, wie man Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen für Selbsthilfe, Ehrenamt, aber auch als Fachkräfte für das Gesundheitswesen gewinnen kann, und berichtete über ihre eigenen Erfahrungen als ASS-Betroffene im ärztlichen Berufsalltag.

In der sich anschließenden Podiumsdiskussion ging es um Konzepte und Weiterbildungsbedarfe im Gesundheitswesen.

Götz Schwoppe berichtete über seine zehnjährige Erfahrung als Sozialpädagoge im Therapiezentrum für autistische Kinder in Hannover und seine anschließende 17-jährige Erfahrung als niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit ASS; zum einen im Bereich von Stellungnahmen (§35a SGB VIII) und zum anderen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die Zuweisung zum KJP erfolgte häufig über die

Kindergärten, Frühförderung, Schulen, Kinderärzte und Jugendämter. Wenn eine ausreichende Motivation aufseiten der Kinder- bzw. Jugendlichen bestehe, können komorbide Störungen wie z. B. Ängste, Zwänge und Depression gut behandelt werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der psychotherapeutischen Begleitung der Eltern und Geschwister.

Götz Schwoppe

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten:
Mo, Di, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Mail-Anschrift: info@pknds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“: Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Bekanntmachungen

Feststellung des Haushaltsplans der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für das Haushaltsjahr 2017

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 05.11.2016 den Haushaltsplan für das Jahr 2017 in Höhe von 2,28 Millionen Euro genehmigt. Im Mai 2017 wird der Haushaltsplan auf der Homepage der PKN bekannt gemacht.

Hannover, den 13.02.2017

Roman Rudyk
– Präsident –

Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2017

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung am 29.11.2016 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2017 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiermit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301),

zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.09.2016 (Nds. GVBl. S. 192), i. V. m. § 25 Nr. 7 HKG i. V. m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i. V. m. dem Vertrag über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA) vom 22.12.2005 (niedersächsisches ärzteblatt 2/2006 S. 68 ff., Einhefter für Niedersachsen im Psychotherapeutenjournal 1/2006 S. 7 f.,

ZKN Mitteilungen 2/2006 S. 126 f.), zuletzt geändert am 21.10.2014 (niedersächsisches ärzteblatt 12/2014 S. 34, Psychotherapeutenjournal 4/2014, Einhefter S. 3, ZKN Mitteilungen 11/2014 S. 512), bekannt gemacht.

Hannover, den 13.12.2016

Dr. med. Martina Wenker
– Vorsitzende der Verbandsversammlung –

Tag der Neuapprobierten in Dortmund am 4. Februar 2017

Mit rund 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmern war der „Tag der Neuapprobierten“ der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) am 4. Februar 2017 in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in Dortmund vollständig ausgebucht. Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, gratulierte den Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen im Namen des Vorstandes und der Geschäftsstelle herzlich zu ihrer Approbation und begrüßte sie als neue Mitglieder der Kammer. „Den heutigen Tag möchten wir nutzen, um Ihnen die Psychotherapeutenkammer NRW vorzustellen – als Organ der beruflichen Selbstverwaltung, aber auch als ‚Ihre Kammer‘, die mit Ihnen ins Gespräch kommen möchte und Sie einläßt, sich in gesundheitspolitische Prozesse aktiv einzubringen. Weiterhin möchten wir Ihnen hilfreiche Informationen für den Start in unsere beiden spannenden Berufe mitgeben und Ihnen verschiedene Arbeitsfelder vorstellen, auch als denkbare Alternativen zur Niederlassung.“

Exkurs in die Berufsethik

„Autonomie respektieren“, „Schaden vermeiden“, „Nutzen mehr“ und „Gerechtigkeit anstreben“ – zu Beginn seiner Ausführungen kam Gerd Höhner auf die berufsethischen Prinzipien der Profession zu sprechen und ordnete die Besinnung darauf als Kernstück therapeutischen Handelns ein. „Diese vier Prinzipien stehen für eine Grundauffassung, mit der wir Patienten begegnen sollten, um sie gut behandeln zu können“, konstatierte er. Die Autonomie zu respektieren, bedeute zum Beispiel, Folgendes zu berücksichtigen: Es können nicht alle Menschen nach einem 08/15-Schema therapiert werden. „Vielmehr liegt ein wichtiges Gut unserer Profession darin, dass wir über den Konformitätsdruck der Gesellschaft hinaus sagen: Im Kern ist der Mensch selbstbestimmt.“ Ein solches Denken spiele beispielsweise auch in der Flüchtlingsversorgung eine Rolle. Anfangs hätten viele Stimmen laut nach schneller Hilfe gerufen. Seitens der Kammer hätte man aber von Beginn



Gerd Höhner

an darauf hingewiesen, dass sich nicht ein Programm über verschiedene Menschen mit unterschiedlichen Problemen und Kulturen stülpen ließe. Vielmehr sei vorab fachlich zu klären, welcher Bedarf jeweils bestünde und wie die passende Unterstützung gestaltet werden könne. „Mittlerweile sind wir auf diesem steinigem Weg viele Schritte vorangekommen“, bilanziert Gerd Höhner. „In Düsseldorf arbeiten wir beispielsweise eng mit dem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge zusammen. Gemeinsam konnten wir ein System aufbauen, in dem auch Niedergelassene Versorgungsangebote machen können.“

Vielfältige Kammeraufgaben

Des Weiteren stellte der Präsident die PTK NRW als fachliches und berufsrechtliches Organ der Selbstverwaltung vor und skizzierte die Bandbreite der gesundheitspolitischen Aufgaben. „Als Kammer spielen wir eine bedeutende Rolle in der Gesundheitspolitik unseres Landes. Wir sind aktiv gefordert, etwa wenn Konzepte zur psychotherapeuti-



Neuapprobierte in Dortmund

schen Versorgung erarbeitet werden. Entsprechend waren die Vorstandsmitglieder der Kammer beispielsweise in allen Arbeitsgruppen vertreten, die an einer Neufassung des Landespsychiatrieplans NRW mitgewirkt haben.“

Mit Blick auf das Engagement der PTK NRW auf Bundesebene führte Gerd Höhner neben drängenden Themen wie der Ausbildungsreform und der Bedarfsplanung die Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungsangebote als zentrale Aufgabe ins Feld. „Studien zufolge ist in den nächsten 20 Jahren mit zunehmenden psychotherapeutischen Behandlungs- und Hilfebedarfen zu rechnen. Wir müssen daher jetzt darüber nachdenken, wie wir uns für die Zukunft gut aufstellen können. Dazu gehört auch, Angebote für spezielle Bedarfe zu schaffen, etwa für Menschen mit Krebs, Diabetes oder chronischen Schmerzerkrankungen.“

Absicherung und Zulassung

Einen Überblick über den Aufbau und die Angebote des Versorgungswerks der PTK NRW und die soziale Absicherung als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut gab Jens Mittmann vom Versorgungswerk. Anhand vieler Beispiele erläuterte er die Begründung der Mitgliedschaft und die Grundsätze der Versicherungsmathematik. Nachfragen aus dem Plenum bezogen sich



Jens Mittmann

unter anderem auf beitragspflichtige Tätigkeiten und die Sonderregelung für Existenzgründer.

Hinsichtlich der „Voraussetzungen und Bedingungen der Zulassung als VertragspsychotherapeutIn“ erläuterte Daniela Krajka von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe die Zulassungsvarianten und die derzeitigen Möglichkeiten in Nordrhein-Westfalen. Dr. Horst Bartels von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein stellte verschiedene Möglichkeiten der Berufsausübung vor. Einen Schwerpunkt legte er auf die Praxisabgabe durch ein Nachfolgeverfahren.

Arbeitsfelder und Perspektiven

Hinsichtlich der Frage, wie neuapprobierete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen Einstieg in den Beruf finden, erläuterte Barbara Lubisch aus dem Vorstand der PTK NRW die Möglichkeiten der Berufstätigkeit in Anstellung und in Niederlassung. Sie informierte zu Verdienstmöglichkeiten, skizzierte das Prinzip der Kostenerstattung und empfahl, sich in die Psychotherapeutesuche auf der Homepage der PTK NRW (www.ptk-nrw.de) einzutragen.

Wolfgang Schreck, Mitglied im Vorstand der PTK NRW und der Bundespsychotherapeutenkammer, stellte die Jugendhilfe als vielfältigen Arbeitsbereich vor. „Ob in der Prävention oder der Diagnostik, im Rahmen von Inklusionsbestrebungen oder mit Blick auf Leitungsverantwortung – unsere Kompetenzen als Psychotherapeuten sind hier enorm gefragt“, betonte er, als Leiter des Referates Erziehung und Bildung der Stadt Gelsenkirchen selbst in diesem Bereich zu Hause. „Akut herrscht jedoch ein Fachkräftemangel und es ist mittlerweile durchaus möglich, über Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten zu sprechen.“ Für Berufsstarter sei es ein weiterer Vorteil, in den Strukturen der Jugendhilfe in Teams zu arbeiten, von erfahrenen Kollegen zu lernen und daraus Nutzen für die eigene Kompetenzbiografie zu ziehen.

Abschließend schilderte Gerd Höhner Perspektiven in Anstellung in der Psych-



oben: Daniela Krajka
unten: Dr. Horst Bartels

iatrie und im Maßregelvollzug. Er stellte heraus, dass hier die früher den Ärzten zugewiesenen Aufgaben nun teilweise von Psychotherapeuten übernommen werden können. „Ich gehe davon aus, dass zukünftig regelhaft auch Stationsleitungen mit Psychotherapeuten besetzt werden.“ Als Einsatzgebiete für Psychotherapeuten nannte er neben Bereichen wie Diagnostik und Krisenintervention auch die Entwicklung von Spezialangeboten, mit denen Kliniken ihr Profil schärfen wollen, beispielsweise einer Depressionsstation. Mit Blick auf Tätigkeiten im Maßregelvollzug betonte Gerd Höhner auch die Möglichkeiten damit verbundener Weiterentwicklungen. „Psychotherapeuten können sich mit dem Fachbereich Prognostik befassen und viel für eine mögliche Gutachtertä-

tigkeit mitnehmen – und es besteht ein großer Bedarf.“

Zwischen den Vorträgen nutzen viele Neuapprobierte die Gelegenheit, mit den anwesenden Vorstandsmitgliedern der Kammer zu sprechen, die Beratungsstände aufzusuchen und sich untereinander auszutauschen. Die Präsentationen der Referenten sind über eine Meldung zum „Tag der Neuapprobierten“ unter www.ptk-nrw.de als Download zugänglich.

Neuapprobierte im Gespräch

Was macht das Arbeitsfeld Psychotherapie reizvoll? Welche Ziele verfolgen Berufsanfänger, welche Chancen sehen sie und wo erleben sie Hürden? Die PTK NRW nutzte den „Tag der Neuapprobierten“, um mit neuen Mitgliedern darüber zu sprechen.

Viele Neuapprobierte beschrieben ihren Beruf als vielfältiges, impulsgebendes Tätigkeitsfeld. „Ich finde es reizvoll, dass ich bei der Arbeit mit Kindern auch Eltern und weitere Bezugspersonen einbeziehen und mit dem ganzen System arbeiten kann“, sagte die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Carolin Allewelt (33 Jahre). Dagmar Grönweg (38 Jahre), ebenfalls Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, betonte die Möglichkeiten, mit Kindern sehr unterschiedlich arbeiten zu können: „Man spielt auch mit ihnen, nutzt verschiedene Medien, geht vielleicht gemeinsam nach draußen – es ist sehr abwechslungsreich.“ Positiv hervorgehoben wurde auch die Möglichkeit, sich in einem facettenreichen Berufsfeld spezialisieren zu können. So setzt der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Boris Fahrion (37 Jahre) seit Kurzem in eigener Privatpraxis und



Die Vorstandsmitglieder Andreas Pichler, Barbara Lubisch, Gerd Höhner, Wolfgang Schreck, Cornelia Beeking (v. l. n. r.) beim Tag der Neuapprobierten

Kostenerstattung in Dortmund sein Vorhaben um, als Schwerpunkt Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderung anzubieten.

Hinsichtlich der Frage, welche Hindernisse ihren Plänen im Weg stehen könnten, sprachen mehrere Neuapprobierte die Probleme der Zulassung an. „Ob ich den Traum einer eigenen Praxis verwirklichen kann, hängt vor allem davon ab, ob es einen Sitz gibt, noch dazu in einer so begehrten Region wie Düsseldorf, und ob ich das Geld dafür habe“, überlegte Dagmar Grönweg. Carolin Allewelt fügte hinzu: „Nach der Ausbildung ist man finanziell ausgeblutet, sodass man erst einmal wieder nach vorne kommen muss, bevor man das Fernziel ‚eigene Praxis‘ ansteuern kann.“ Andere äußerten den Wunsch, sich innerhalb eines Systems leichter verändern zu können. „Ich bin in Düsseldorf im Justizvollzug angestellt und halte die Aussichten grundsätzlich für gut“, erklärte die Psychologische Psychotherapeutin

Lisa Nowoczin (33 Jahre). „Zu meinem Berufsalltag gehört derzeit aufgrund meiner befristeten Stelle viel Diagnostik. Perspektivisch würde ich gerne etwas mehr therapeutisch tätig werden.“

Als Pluspunkte für einen erfolgreichen Berufsstart kristallisierten sich Qualifikation und Vernetzung heraus. „Für förderlich halte ich meine gute Ausbildung, Fortbildungen und die wachsenden Möglichkeiten, sich zu vernetzen“, fasste Boris Fahrion zusammen. Auch Benedikt Liesbrock (29), der sich als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Düsseldorf niederlassen möchte, sieht im Schulterschluss mit Kolleginnen und Kollegen wertvolle Potenziale. „Es ist hilfreich, wenn man nicht alles alleine stemmen muss und im Idealfall von erfahrenen Kollegen lernen kann.“

Die Einschätzung, ob sie als Zugehörige des Berufsstandes die PTK NRW als eine Heimat für sich sehen könnten, war



Dagmar Grönweg (l.) und Carolin Allewelt



Boris Fahrion



Lisa Nowoczin (l.) und Benedikt Liesbrock

vielfach positiv. „Ich bin gespannt, wie ich Teil des Ganzen werden kann, vielleicht mitwirken kann und was mir die

Kammer im Umkehrschluss als Heimat anzubieten hat“, fasste Boris Fahrion

zusammen und sprach damit für viele seiner neuen Berufskollegen.

Kammerengagement in der Landesgesundheitskonferenz 2017

Die Landesgesundheitskonferenz von Nordrhein-Westfalen (LGK NRW) hat sich für 2017 die Aufgabe gestellt, eine neue Fassung des Landespräventionskonzepts NRW zu erarbeiten. Dafür sollen in einem gemeinsamen Verständnis die Gesundheitsziele NRW und die Handlungskonzepte der angeschlossenen Landesinitiativen übereinandergelegt werden, in der Absicht, konkrete und messbare Ziele zu formulieren. Im Sommer soll die neue Konzeptversion des Landespräventionsgesetzes verabschiedet werden. Dem Beratungsprozess liegt die 2009 aktualisierte Handlungsgrundlage des Landespräventionskonzepts von 2006 zugrunde, an dessen Ausarbeitung die Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) von Beginn an beteiligt war.

In Vorbereitung der LGK NRW 2017 tagen die vier Unterarbeitsgruppen „Aufwachsen“, „Leben(sstil/Erwerbstätigkeit)“, „Altern“ und „Querschnittsthemen“. Erstmals kamen die Arbeitsgrup-

pen im Januar und Februar zusammen. Der Vorstand der PTK NRW ist in allen vier Unterarbeitsgruppen sowie im vorbereitenden Ausschuss beteiligt.

Psychotherapeutisches Denken präventiv nutzen

„Wir möchten das Thema psychotherapeutische Leistungen im Landespräventionskonzept verankern“, erläutert Gerd Höhner. „Dazu müssen wir die Relevanz psychischer Faktoren in allen Bereichen der Prävention aufzeigen. Denn Prävention hat vielfach eine psychische Komponente. Das gilt für jeden Altersbereich.“ Generell sei das Verständnis von Psychotherapie zwar ein nachlaufendes. Dennoch sei es spannend zu schauen, wo psychotherapeutische Kompetenzen präventiv genutzt werden und psychotherapeutisches Denken und psychotherapeutische Konzepte dazu beitragen können, maligne Entwicklungen zu verhindern. „Das

Fach Psychotherapie hat eine Menge Beiträge, um Entwicklungen entgegenzuwirken, die letztlich zu Krankheiten oder Störungen führen“, betont der Präsident. „Unser Ziel ist, diese Ansätze in die Neufassung des Präventionskonzepts NRW einzubringen.“

Die LGK NRW ist ein gemeinsames gesundheitspolitisches Instrument aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen. Den Vorsitz hält das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) inne. Zu den wichtigsten Aufgaben der Konferenz gehört der regelmäßige Austausch zwischen allen Beteiligten über gesundheitspolitische Themen von grundsätzlicher landespolitischer, aber auch bundespolitischer Bedeutung. Nordrhein-Westfalen hat die LGK NRW als innovatives politisches Forum im Jahr 1991 als Anstoß zu einer neuen Kultur gemeinsamen Handelns im Gesundheitswesen ins Leben gerufen.

Ausbildungsreform – es geht weiter!

Auch wenn die Reform der Psychotherapeutenausbildung in dieser Legislaturperiode nicht mehr kommt, wird das Thema die Neuwahl der Bundesregierung überstehen. „Das Bundesgesundheitsministerium sendet deutliche Signale und lässt keinen Zweifel daran, dass es das Gesetz für ein Studium zur Ausbildung der Psychotherapeuten mit der Approbation als Abschluss will“, berichtet Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW). Ziel sei dabei unter anderem, ein Psychotherapiestudium zu konzipieren, das die Mängel der aktuell bestehenden Ausbildung beseitigt. Diese Aufgabe verstehe das Bundesgesundheitsministerium als einen fachlichen sowie auch rechtlichen Auftrag, betont Gerd Höhner. „Man ist sich bewusst, dass die aktuelle Konstruktion, in der eine Berufsausbildung die

Voraussetzung für eine zweite Berufsausbildung darstellt, im Bildungsrecht indiskutabel ist.“ Positiv sei zu vermerken, dass die Vertreter der Bundesärztekammer sich den Entwicklungen nicht entgegenstellen würden, sondern diesen Schritt mittlerweile für richtig befinden.

Fragen zur Weiterbildung klären

Die PTK NRW bleibt daher beim Thema Reform der Psychotherapeutenausbildung in Bewegung. Auf Landesebene ist sie weiterhin im Gespräch mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) und dem Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung. „Als vorrangiges Thema beschäftigt uns die Gestaltung der nach der Approbation erforderlichen Weiterbildung, die in Landeshand liegt“,

so Gerd Höhner. „Unter anderem müssen wir zeitliche Umfänge und fachliche Inhalte definieren. Konkret müssen wir uns auch mit der Frage befassen, wie aus den jetzigen Ausbildungsinstituten in Zukunft Weiterbildungsinstitute werden können.“ Darüber hinaus seien im Prozess Fragen zu Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten im Bereich der ambulanten und der stationären Weiterbildung zu klären. Hierzu würden zeitnah Modellrechnungen vorliegen.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/52 28 47-0
Fax 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de // www.ptk-nr

Zehn Jahre OPK: Eine Kammer blickt auf ihre Geschichte und entwirft ihre Zukunftsvisionen

Zehn Jahre sind im Leben eines Menschen ein bedeutender Zeitraum, historisch betrachtet ist es ein Wimpernschlag. Gleichwohl, wie man diesen Zeitraum bemisst, haben die Vorstandsmitglieder in diesen zehn Jahren ihr Engagement und ihr Herzblut für die Gründung und das Großwerden der Kammer gegeben. Begleitet und unterstützt haben den Vorstand dabei viele mutige, kluge Kolleginnen und Kollegen in den fünf ostdeutschen Bundesländern, denen die Idee einer länderübergreifenden Kammer nicht zu abwegig, zu unrealistisch, sondern absolut sinnvoll erschien.

Die Kammer – das sind ebenso viele Kolleginnen und Kollegen, die sich ehrenamtlich für den Berufsstand einsetzen, das sind zahlreiche engagierte Mitarbeiterinnen und Kooperationspartner. Und so ist die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer das, was sie heute ist – die erste und einzige länderübergreifende Heilberufekammer Deutschlands.

Allen aktiven Mitstreiterinnen und Mitstreitern möchten wir an dieser Stelle herzlich danken, aber auch all jenen Mitgliedern, die uns in dieser Zeit freundlich begleiteten.

Öffentlichen Diskurs fördern

Zehn Jahre sind ein geeigneter Zeitraum, um eine erste Bilanz zu ziehen, um Intendiertes mit Erreichtem abzugleichen, aber auch um Zukunftsvisionen zu entwerfen, die eine starke, motivierende Kraft freisetzen. All dies wird die Kammer im März in zwei Festveranstaltungen – zum einen für Weggefährten und Partner aus Politik und Gesundheitsbereichen und zum anderen für die Gründungsmitglieder und berufspolitisch aktiven Mitglieder – tun.

In ihrem Festjahr wird die Kammer den oftmals nur unscharfen Vorstellungen in der Öffentlichkeit darüber, wer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

eigentlich sind, welche Ausbildung sie haben und was sie tun, Sichtschärfe und Konturen geben. Das gewachsene Ansehen zweier Berufe, die aus der Patientenversorgung nicht mehr wegzudenken sind, gehen in einen öffentlichen Diskurs darüber, was Psychotherapie heute leisten kann. Dies wird zum Beispiel durch eine außergewöhnliche Ausstellung im Oktober dieses Jahres geschehen. Die OPK holt die Ausstellung „Dämonen und Neuronen. Psychiatrie Gestern – Heute – Morgen. Eine Wanderausstellung der Salus gGmbH“ nach Leipzig ins Neue Rathaus. Die Ausstellung widmet sich der Geschichte, Gegenwart und Zukunft psychischer Erkrankungen. Mit Schrifttafeln und Multimedia-Anwendungen erlebt der Besucher die 5.000-jährige Geschichte dieser Erkrankungen und den jeweiligen gesellschaftlichen Umgang damit beinahe hautnah. Die OPK möchte damit den öffentlichen Diskurs zu psychischen Erkrankungen und deren Stigmatisierung bis heute fördern.

Das Potenzial von Gruppenpsychotherapien: Workshop zum 3. OPT fokussiert die Rahmenbedingungen, eine gute Vorbereitung der Gruppenteilnehmer sowie gruppendynamische Prozesse

Der Ostdeutsche Psychotherapeutentag lädt am 17. und 18. März dieses Jahres wieder nach Leipzig ein. Mit noch mehr praxisnahen Workshops, Vorträgen und auch Filmvorführungen geht dieses erfolgreiche Veranstaltungsformat in die dritte Runde.

Einer der Referenten des Symposiums ist Professor Dr. Bernhard Strauß, der die Möglichkeiten und das Potenzial von Gruppenpsychotherapie fokussiert. Gruppentherapie ist ein hoch wirksames Verfahren, das für eine

Vielzahl von psychischen Störungen und Zielstellungen geeignet ist. Viele Patienten fürchten, dass eine Gruppentherapie weniger wirksam ist, da man sozusagen den Therapeuten mit vielen Patienten zu teilen hätte. Diese nachvollziehbare Befürchtung trifft nicht zu. Wie Professor Dr. Bernhard Strauß in seinem Workshop darstellen wird, liegt ein Großteil des Erfolges in der Organisation und Vorbereitung der Gruppentherapie.

Herr Professor Dr. Strauß, was ist

das Potenzial von Gruppenpsychotherapien?

Professor Dr. Bernhard Strauß: Zunächst wissen wir schon lange, dass Gruppen weitergehende Behandlungsmöglichkeiten bieten als Einzeltherapien, aufgrund der Tatsache, dass sich Patienten einfach mit anderen vergleichen und von anderen lernen können und außerdem ein vielfältigeres Feedback bekommen. Und wir wissen auch aus der Forschung, dass die Wirksamkeit von Gruppenbehandlungen sehr ähnlich, wenn nicht identisch ist mit der



Die Hygieia (griechisch „Gesundheit“) von Gustav Klimt ist das optische Erkennungsbild zum Ostdeutschen Psychotherapeutentag.

Wirksamkeit von Einzeltherapien. Und das zusammengenommen – dass man neue Erfahrungen in Gruppen machen kann und trotzdem gute Wirkungen erzielt – ist ein großes Potenzial.

Und auch, mehr Patienten gleichzeitig behandeln zu können?

Das ist im aktuellen gesundheitspolitischen Kontext ein wichtiger Punkt, dass man in der Tat in weniger Zeit mehr Patienten helfen kann. Und diese Patienten nicht Gefahr laufen, dass sie schlechter behandelt werden.

Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe, dass relativ wenige Gruppentherapien angeboten werden?

Die Gründe sind vielfältig. Das eine ist, dass viele Therapeuten vor Gruppen noch großen Respekt haben. Es ist noch nicht wirklich Bestandteil der Ausbildung und viele, die in den letzten Jahren nach dem gültigen Psychotherapeutengesetz ihre Ausbildung gemacht haben, sind vor allem in ihrer Zeit als PiA mit Gruppen in Kontakt gekommen, vorrangig in Kliniken. Da weiß ich aus vielen Weiterbildungskontexten, dass

sie oftmals ohne jegliche Anleitung, ohne jede Supervision in Gruppen gesetzt wurden. Und dabei haben sie so negative Erlebnisse gemacht, dass sie die Lust verloren haben, sich später mit Gruppen zu beschäftigen. Das ist sicher ein wichtiger Grund. Das heißt mangelnde Anleitung, mangelnde Ausbildung. Es ist immer noch so, dass Gruppen organisiert werden müssen, es gibt bürokratische Hindernisse. Man muss für viele Patienten auf einen Schlag viele Anträge stellen. Man muss eine Gruppe erstmal zusammenstellen. Das ist auch organisatorisch nicht ganz einfach, auch weil einige Patienten dann warten müssen. Die Politik will das ja nun verbessern und ist auch schon dabei. Wir können seit wenigen Monaten problemloser Einzel- und Gruppentherapien kombinieren und mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie sollen Gruppen auch leichter durch fachkompetente Gutachter auf den Weg gebracht werden. Die bürokratischen Hindernisse, die auch sehr mächtig waren, werden sicher mit der Zeit ausgeräumt. Ein dritter Aspekt ist, dass Patienten wenig Wissen über Gruppen haben und auch

nicht aufgeklärt sind, dass Gruppen eine echte Alternative zur Einzeltherapie darstellen.

Wie ist die Patientensicht, in einer Gruppe die Probleme zu besprechen und sich preiszugeben? Wird es als hilfreich oder befremdend empfunden?

Man muss das zweigleisig sehen: Wenn man naive Patienten fragt, sagen diese erstmal nein, ich will lieber eine Einzeltherapie. Wenn man aber Patienten gründlich aufklärt über das Potenzial von Gruppen und die Tatsache bespricht, dass sie dort Patienten treffen, die ähnliche Probleme haben, was per se schon eine große Erleichterung darstellt, und wenn sie dann gut vorbereitet werden, was in Gruppen wirklich passiert, dann sind sie sehr bereit, sich an Gruppen zu beteiligen, und verlieren schnell die Angst. Es gibt Studien, die zeigen, dass, wenn Patienten erstmal in Gruppen sind, die Akzeptanz genau so gut ist wie in der Einzeltherapie. Nur muss man diese Akzeptanz erst einmal herstellen durch Aufklärung und Information.

Also ist die Abbrecherquote bei Patienten nicht höher?

Das ist auch ein alter Mythos. Wir haben gerade eine Metaanalyse veröffentlicht zum Vergleich von Einzel- und Gruppentherapie und dabei sind die Abbruchraten und die Akzeptanz identisch.

Welche Art von Gruppen würden Sie gern in der Praxis sehen?

Das hängt vom Therapieverfahren ab. Es gibt in den Richtlinienverfahren eine Vielzahl guter Ansätze. Gemischte Gruppen hätten in der ambulanten Therapie einen guten Platz. Wichtige Voraussetzungen sind, dass man diese Gruppen gut fokussiert, das heißt, dass man klare Ziele mit den Gruppenmitgliedern ausarbeitet, bevor man beginnt. Die Gruppenmitglieder müssen wissen, was auf sie zukommt. Dann haben Gruppen ein hohes Potenzial. Ich habe in den letzten Jahren festgestellt, dass niedergelassene Psychotherapeuten sich auf Gruppen spezialisiert haben, weil es eine angenehme Arbeit ist und die Vergütung auch gut ist. Eine Praxis



Prof. Dr. Bernhard Strauß

mit Gruppenfokussierung kann mittlerweile gut überleben.

Wer kann etwas dazu beitragen, damit mehr Gruppentherapien stattfinden?

Das fängt mit der Gesundheitspolitik an. Die Absicht der Bundesregierung, Gruppentherapien zu fördern, ist sogar im Koalitionsvertrag verankert. Man wird sehen, ob die jetzt initiierten Reformen schon helfen. Wichtig ist eine Entbürokratisierung. Als Zweites muss es mehr Informationen für Patienten zur Gruppenpsychotherapie geben. Hilfreich wären gut gemachte Patientenbroschüren. Und ganz wichtig ist die Ausbildung von Psychotherapeuten. Angehende Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten sollten möglichst früh mit Gruppen unter wirklich guter Supervision und Einführung in Kontakt kommen. Dann stellt sich auch die Lust ein, das später weiter zu betreiben. Wenn sie eher abgeschreckt werden, ohne Anleitung mit dem schwierigen Phänomen

Gruppe agieren zu müssen, dann geht das nicht gut aus. Die Ausbildung ist eine zentrale Schnittstelle.

Was ist Ihr Ansatz im Workshop zur Gruppentherapie zum OPT in Leipzig?

Ich werde darauf fokussieren, was für Rahmenbedingungen wichtig sind und wie man Gruppenmitglieder vorbereitet, aufklärt. Außerdem zeige ich, wie man ihnen die Angst vor Gruppen nimmt. Ein zweiter großer Schwerpunkt wird sein, neben dem komplexen Wissen über psychotherapeutische Prozesse ein gutes, basales Wissen über gruppendynamische Prozesse zu erhalten. Das ist ganz unabhängig von dem Verfahren, in dem man arbeitet, Phänomene von Gruppen zu verstehen. Formatierung, Rahmung und Aufklärung und die Gruppendynamik werden die zentralen Themen in unserer Diskussion werden.

Gesellschaftsabend führt die Gäste in das Museum der bildenden Künste – Wechselausstellung „Nolde und die Brücke“ ist exklusiv zu sehen

Im Zusammenspiel von Kunst und Architektur bietet das Museum der bildenden Künste Leipzig eine einzigartige Atmosphäre und den perfekten Rahmen für den Gesellschaftsabend des 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentages. Als Highlight ist die Wechselausstellung „Nolde und die Brücke“ exklusiv für Gäste geöffnet. Sachkundige Scouts beantworten gerne alle Fragen zur Ausstellung.

Museum der bildenden Künste

Im gläsernen Kubus des 2004 eingeweihten Museumsneubaus begegnen sich Geschichte und Moderne, Kunst und Bürgersinn. Das hat Tradition: Bereits um 1858 haben Leipziger Kaufleute, Verleger, Händler und Bankiers das Museum der bildenden Künste Leipzig gegründet. Zahlreiche Sammler sind seither ihrem Vorbild gefolgt und haben das Haus mit Schenkungen und Stiftungen bedacht: Maximilian Speck von Sternburg, einer der großen Kunstliebhaber des 19. Jahrhunderts, Marion Bühler-Brockhaus, die mit ihrem Mann eine bedeutende Sammlung französischer Malerei des 19. Jahrhunderts zusammentrug, oder Harald

Falckenberg, der zu den profiliertesten Sammlern der Gegenwart zählt.

Der Museumsneubau entstand nach Plänen der Berliner Architekten Hufnagel, Pütz und Rafaelian. Von außen sichtbare Höfe und Terrassen öffnen das Museum zur Stadt hin. Einmalig ist die Weite im Inneren, vielfältige Sichtachsen erschließen Bezüge zur Stadtlandschaft. Zeitgenössische Werke und raumbezogene Installationen werden auf den Terrassen, in den Höfen und Treppenhäusern präsentiert – hier begegnen sich Kunst und Architektur auf ganz besondere Weise.

„Nolde und die Brücke“

Emil Nolde gehört zu den herausragenden Künstlern des 20. Jahrhunderts. Die Künstlergruppe „Brücke“, die 1905 in Dresden von Fritz Bleyl, Erich Heckel, Ernst Ludwig Kirchner und Karl Schmidt-Rottluff gegründet wurde, zählt zu den wichtigsten Vertretern des Expressionismus. Diese Anfang-20-Jährigen waren von den „Farbenstürmen“ des fast eine Generation älteren Noldes begeistert und boten ihm im Februar 1906 die

Mitgliedschaft an. Es kam zum künstlerischen Austausch. Die Malerei der „Brücke“ wurde durch Nolde inspiriert und dieser wiederum ließ sich anregen vom Holzschnitt, einer Domäne der „Brücke“-Künstler. Ihre fast zwei Jahre anhaltende Zusammenarbeit leitete den Beginn der modernen Kunst in Deutschland ein. Doch Nolde, der „die Flügel ja so gern frei haben will“, trennte sich von den „Brücke“-Künstlern bereits im November 1907. Das künstlerische Echo der gemeinsamen Zeit hielt allerdings für alle beteiligten Künstler noch Jahre an.

Erstmals zeigen das Museum der bildenden Künste Leipzig und die Kunsthalle zu Kiel in einer gemeinsam konzipierten Ausstellung dieses aufregende Kapitel deutscher Kunstgeschichte.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
www.opk-info.de
info@opk-info.de

Neue Vertreterversammlung wählte Vorstand, Ausschüsse und Delegierte – Peter Brettle ist neuer Präsident der LPK RLP

Bei ihrer konstituierenden Sitzung am 4. Februar 2017 hat die im Herbst gewählte Vertreterversammlung der LPK einen neuen Vorstand, die Mitglieder verschiedener Ausschüsse sowie die Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag gewählt. Neuer Präsident der Kammer wurde mit 24 von 25 Stimmen Herr **Peter Brettle**. Der 54-jährige Psychologische Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist in Wittlich niedergelassen. Neben der selbstständigen Tätigkeit in seiner Praxis sowie als Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter, hat Herr Brettle auch viele Jahre im Angestelltenverhältnis Berufserfahrung gesammelt. Seit 2012 ist er Mitglied der Vertreterversammlung und Vorsitzender des Finanzausschusses der LPK. Für seine Amtszeit als Präsident wünscht Peter Brettle sich eine vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit der verschiedenen LPK-Gremien. Er möchte Ansprechpartner für alle sein und sich mit seiner Arbeit für Transparenz, Dienstleistungsorientierung und eine solide finanzielle Basis einsetzen. Ein weiteres Anliegen ist ihm die Förderung guter Arbeitsbedingungen für Psychotherapeuten, die sowohl den Patienten



Der neue Vorstand v. l. n. r.: Sabine Maur, Peter Brettle, Peter Andreas Staub und Dr. Andrea Benecke

als auch den Behandelnden zugutekommen sollen. Vizepräsidentin der LPK ist wie schon in der letzten Amtsperiode die Psychologische Psychotherapeutin Frau **Dr. Andrea Benecke**, angestellte wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Mainz und Leiterin der dortigen

Ausbildungsambulanz. Erste Beisitzerin ist Frau **Sabine Maur**, niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation KJP, zweiter Beisitzender ist Herr **Peter Andreas Staub**, niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

Geschäftsstelle der LPK ist im Herzen der Landeshauptstadt angekommen

Am 12. und 13. Dezember 2016 ist die Geschäftsstelle der LPK RLP umgezogen. Sie ist nun in der Diether-von-Isenburg-Straße in der Mainzer Innenstadt, direkt neben dem Schloss, zu finden.

Die Geschäftsstelle liegt also in unmittelbarer Nähe des Landtages, der Landesministerien und vieler anderer Kammern. Die neuen Räume sind hell, freundlich und zweckmäßig. Im Erdgeschoss sind



Unzählige Kisten wurden ausgepackt.

ein großer und ein kleiner Sitzungsraum sowie das Präsidentenbüro und die Küche untergebracht. Im ersten Stock befinden sich die Geschäftsführung und die Büros der Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle.

Am letzten Feinschliff wird noch gearbeitet, alle Umzugskisten sind jedoch ausgepackt und die Geschäftsstelle ist längst wieder im geregelten Arbeitsalltag angekommen.

Achtung! Ein wichtiger Hinweis für unsere Mitglieder: Wenn Sie auf der Homepage Ihrer Praxis im Impressum

die LPK RLP als Aufsichtsbehörde nennen, geben Sie bitte die neue Adresse

an: **Diether-von-Isenburg-Str. 9-11, 55116 Mainz.**

Abschlussveranstaltung zum erfolgreichen LPK-Modellprojekt „Der Depression Beine machen!“

Ein Jahr nach dem Start des Modellprojekts „Der Depression Beine machen“ war es am 23. November 2016 an der Zeit, Bilanz zu ziehen: Daher luden die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) und die LPK RLP sowie ihre Projektpartner zur abschließenden Fachveranstaltung in das ZDF-Konferenzzentrum ein.

Seit Herbst 2015 wurden an den drei Standorten Koblenz, Mainz und Landau Laufgruppen für Menschen mit Depression erprobt. Jede Gruppe wurde von einer sportfachlichen und einer psychotherapeutischen Begleitperson unterstützt, die Teilnahme war kostenlos. Das Projekt wurde vom Zentrum für empirische pädagogische Forschung an der Universität Koblenz-Landau wissenschaftlich begleitet und evaluiert, die Ergebnisse bei der Abschlussveranstaltung vorgestellt.

Mit dem Modellprojekt wurde in Rheinland-Pfalz etwas völlig Neues gewagt: Dass Bewegung großes Potenzial hat, Erkrankungsverläufe positiv zu beeinflussen, war bereits bekannt – ob es allerdings gelingen würde, Menschen mit Depression zu motivieren, ein ambulantes Bewegungsangebot anzunehmen, war zu Beginn des Projekts noch nicht abzusehen. Dass das Projekt dennoch ein großer Erfolg war, machte die Evaluation deutlich:



Die Abschlussveranstaltung war gut besucht.

Die Befragungsergebnisse zeigten, dass die Teilnehmer sich nach dem Laufen statistisch signifikant besser fühlten und fast alle berichteten über erfüllte Erwartungen an das Projekt. Die Schulnoten, die die Teilnehmer für Übungsleiter, Laufstrecke, den Trainingsablauf etc. vergeben konnten, bewegten sich zwischen 1 und 2. Insgesamt wurde dem Projekt eine Durchschnittsnote von 1,7 gegeben. Alle Teilnehmer der Abschlussveranstaltung waren sich einig: Nachdem das Modellprojekt nun gezeigt hat, dass auch im

ambulanten Bereich Bewegungsangebote von Menschen mit Depression gut angenommen werden und sehr positive Effekte haben, muss die Finanzierung sichergestellt werden. Wünschenswert wäre eine Übernahme in die Regelversorgung.

Über das LPK-Projekt berichteten auch die Ärztezeitung und die Allgemeine Zeitung. Beide Artikel und weitere Informationen zum Projekt finden Sie auf unserer Homepage: www.lpk-rlp.de/news/termine.html.

Per Online-Anmeldung zu LPK-Veranstaltungen

Die LPK RLP bietet einen neuen Service: **Ab sofort können Sie sich für unsere Veranstaltungen online über unsere Homepage (www.lpk-rlp.de) anmelden.** Unter dem Reiter „Aktuelles“ finden Sie die Rubrik „Veranstaltungen“. Dort sind zu jeder Veranstaltung eine kurze Inhaltsangabe, alle wichtigen Daten und ein Anmeldeformular hinterlegt. Wenn Sie das Anmeldeformular ausgefüllt und abgeschickt haben, erhalten Sie eine Bestätigungsmail mit Ihren Anmeldedaten und den Zahlungsinformationen. Wir freuen uns, wenn Sie von diesem neuen Anmeldeweg Gebrauch machen!

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

Bekanntmachungen der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz

Die Beitragsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 25. November 2015 (veröffentlicht im Direktversand an die Mitglieder am 14. Januar 2016) erhält folgende Änderung:

Erste Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 25. November 2015

Auf Grundlage von § 15 Absätze 1 und 4 Nr. 2 sowie § 16 des Heilberufsgesetzes (HeilBG) Rheinland-Pfalz vom 19. Dezember 2014 (GVBl. 2014, 302) hat die Vertreterversammlung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (Kammer) in ihrer Sitzung am 29. Oktober 2016 die nachfolgende Erste Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 25. November 2015 (veröffentlicht durch Direktversand an die Mitglieder am 14. Januar 2016) beschlossen:

§ 1

§ 5 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

Der Beitrag kann gestundet oder höchstens bis zum 50 vom Hundert der Beitragsklasse 5 (BK 5) ermäßigt werden bei

- a) vorübergehender Unterbrechung der Berufstätigkeit von mindestens drei Monaten, z. B. wegen Arbeitslosigkeit, Elternzeit, Pflege eines nächsten Angehörigen oder Krankheit,
- b) einer Reduzierung der Einkünfte im Beitragsjahr um mindestens 50 vom Hundert bezogen auf das Bemessungsjahr, wobei dann die Eingruppierung in die Beitragsklassen aufgrund der gesamten im Bei-

tragsjahr erwirtschafteten Einkünfte erfolgt,

- c) Vorliegen besonderer wirtschaftlicher Notlage.

§ 2

Ermächtigung und Neubekanntmachung

Präsident/in bzw. Vizepräsident/in und Geschäftsführer/in werden ermächtigt, den Wortlaut der Beitragsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz in der zum Zeitpunkt der Bekanntmachung geltenden Fassung mit neuer Paragraphenfolge bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

§ 3

In-Kraft-Treten

Die vorstehende Satzung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Die vorstehende Erste Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie vom 28.11.2016, Az. 652-01-723-5.4 hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Mainz, den 06.12.2016

Dr. Andrea Benecke
Vizepräsidentin

Die Entschädigungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 14. November 2012 (Psychotherapeutenjournal 4/2012, Einhefter Seite 14-15) erhält folgende Änderung:

Erste Satzung zur Änderung der Entschädigungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 14. November 2012

Auf Grundlage von § 15 Absatz 1 des Heilberufsgesetzes (HeilBG) Rheinland-Pfalz vom 19. Dezember 2014 (GVBl. 2014, 302) hat die Vertreterversammlung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (Kammer) in ihrer Sitzung am 29. Oktober 2016 die nachfolgende Erste Satzung zur Änderung der Entschädigungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 14. November 2012 (Psychotherapeutenjournal 4/2012, Einhefter Seite 14-15) beschlossen:

§ 1

§ 1 werden folgende Sätze 5, 6 und 7 angefügt:

⁵Forderungen gegenüber der Kammer sind spätestens zum Ende des auf den Entstehungszeitpunkt folgenden Monats geltend zu machen. ⁶Nachgewiesene Sitzungsteilnahme wird von der Geschäftsstelle nach rechnerischer und sachlicher Prüfung und Freizeichnung erstattet. ⁷Doppelabrechnungen für Veranstaltungen, die im Interesse mehrerer

Organisationen wahrgenommen wurden, sind unstatthaft.

§ 2

§ 2 Absatz 1 und Absatz 2 erhalten folgende Fassung:

(1) ¹Bei Reisen mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln werden die notwendigen Fahrtkosten bis zur Höhe der 2. Klasse erstattet. ²Für Bahnfahrten von mindestens dreistündiger Dauer zu einem Geschäftsort außerhalb des Landes werden die entstandenen

Fahrtkosten bis zur Höhe der 1. Klasse erstattet. ³Ist zur Durchführung der Reise nur die Benutzung eines Flugzeuges zumutbar, werden nur die Flugkosten der niedrigsten Klasse erstattet.

(2) ¹Fahr- und Flugpreisermäßigungen und sonstige Vergünstigungen sind zu berücksichtigen. ²Fahr- und Flugkosten werden nicht erstattet, wenn das regelmäßig verkehrende Beförderungsmittel oder ein anderes Beförderungsmittel unentgeltlich benutzt werden kann. ³Abweichend von Absatz 1 werden die

Kosten einer höheren Klasse erstattet, wenn Reisende sie aus triftigen Gründen benutzen mussten.

Der bisherige Absatz (2) wird zu Absatz (3) in der folgenden Fassung:

(3) ¹Bei Reisen per PKW beträgt bis zu einer Entfernung von 300 km die pauschale Entschädigung pro angefangenem Kilometer 0,35 € ab Wohnung/Praxis/Arbeitsstätte. ²Bei Reisen von einem anderen Ort oder weiterer Entfernung kann die Entschädigung der Reise mit dem PKW nur nach Genehmigung durch den Vorstand erfolgen.

§ 3

§ 7 wird folgender Absatz 4 angefügt:

(4) Ist es einem Vorstandsmitglied über eine Dauer von mehr als sechs Wochen nicht

möglich, sein Amt auszuführen, so entfällt der Anspruch auf Zahlung der pauschalen Aufwandsentschädigung sowie der monatlichen Bürokostenpauschalen für jeden vollen Kalendermonat, in dem das Vorstandsmitglied nicht tätig ist.

§ 4 Ermächtigung und Neubekanntmachung

Präsident/in bzw. Vizepräsident/in und Geschäftsführer/in werden ermächtigt, den Wortlaut der Entschädigungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz in der zum Zeitpunkt der Bekanntmachung geltenden Fassung mit neuer Paragraphenfolge bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

§ 5 In-Kraft-Treten

Die vorstehende Satzung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Die vorstehende Erste Satzung zur Änderung der Entschädigungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie vom 12.12.2016, Az. 652-01-723-2.8 hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Mainz, den 16.12.2016

Dr. Andrea Benecke
Vizepräsidentin

Die Wahlordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 11. Mai 2016 (Psychotherapeutenjournal 2/2016, Einhefter S. 1 ff.) erhält folgende Änderung:

Erste Satzung zur Änderung der Wahlordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 11. Mai 2016

Auf Grundlage von § 15 Absätze 1 und 4 Nr. 1 sowie § 9 Absatz 1 des Heilberufsgesetzes (HeilBG) Rheinland-Pfalz vom 19. Dezember 2014 (GVBl. 2014, 302) hat die Vertreterversammlung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (Kammer) in ihrer Sitzung am 29. Oktober 2016 die nachfolgende Erste Satzung zur Änderung der Wahlordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz vom 11. Mai 2016 (Psychotherapeutenjournal 2/2016, Einhefter S. 1 ff.) beschlossen:

§ 1

§ 6 Absatz 1 und Absatz 2 erhalten folgende Fassung:

(1) ¹Die Kammer erstellt vor jeder Wahl ein Verzeichnis der Wahlberechtigten (Wählerverzeichnis). ²In das Wählerverzeichnis werden die Wahlberechtigten in alphabetischer Reihenfolge unter fortlaufender Nummerierung mit Familienname, Vornamen, Geburtsdatum, derzeitige Anschrift und Berufsgruppenzugehörigkeit eingetragen. ³Es enthält je eine Spalte für Vermerke über die Stimmabgabe und Bemerkungen.

(2) ¹Der Vorstand gibt vier Monate vor Versenden der Wahlunterlagen durch besonderes Schreiben jeder/jedem Wahlberechtigten bekannt wo, ab welchem und bis zu welchem Tag und zu welchen Tagesstunden die Einsichtnahme in das Wählerverzeichnis möglich ist; ebenso veröffentlicht er die Namen der Mitglieder des Wahlausschusses und ihrer Stellvertreter. ²Die Auslegungsfrist des Wählerverzeichnisses beträgt zwei Wochen. ³Der Vorstand gibt außerdem die Wahlzeit sowie den letzten Wahltag bekannt.

§ 2

§ 7 erhält folgende Fassung:

§ 7 Wahlzeit

¹Der Vorstand legt den Zeitpunkt und die Dauer der Wahlzeit fest. ²Die Wahlzeit be-

ginnt mit der Absendung der Wahlunterlagen an die Wahlberechtigten und muss mindestens 14 Tage betragen.

§ 3

§ 9 erhält folgende Fassung:

§ 9 Benachrichtigung und Zahl der zu wählenden Mitglieder

¹Die Wahlleiterin/der Wahlleiter erläutert nach der Unterrichtung gem. § 6 Absatz 9 über das Wählerverzeichnis unverzüglich durch eigenes Rundschreiben die Art und Weise der Wahldurchführung. ²Er gibt insbesondere bekannt

- a) die Zahl der zu wählenden Mitglieder der Vertreterversammlung (§ 3),
- b) den Tag, bis zu dem Wahlvorschläge einzureichen sind (§ 10),
- c) die Voraussetzungen für die Zulassung der Wahlvorschläge (§ 12),
- d) die Wahlzeit sowie den letzten Wahltag (§ 7).

§ 4

§ 13 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

(3) ¹Die Wahlleiterin/der Wahlleiter sorgt dafür, dass an jeden Wahlberechtigten unter Mitteilung der Wahlzeit und der Bestimmungen der Stimmabgabe (§§ 14-18) die Wahlun-

terlagen rechtzeitig abgesandt werden. ²Mit deren Absendung beginnt die Wahlzeit. ³Diese beträgt mindestens 14 Tage.

§ 5

Ermächtigung und Neubekanntmachung

Präsident/in bzw. Vizepräsident/in und Geschäftsführer/in werden ermächtigt, den Wortlaut der Wahlordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz in der zum Zeitpunkt der Bekanntmachung geltenden Fassung mit neuer Paragraphenfolge bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

§ 6

In-Kraft-Treten

Die vorstehende Satzung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Die vorstehende Erste Satzung zur Änderung der Wahlordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie vom 28.11.2016, Az. 652-01 723-4.4 hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Mainz, den 06.12.2016

Dr. Andrea Benecke
Vizepräsidentin



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Miteinander statt Nebeneinander

Fachtagung in Kooperation mit dem Landkreis Saarlouis am 17. November 2016



Was passiert mit Kindern, bei denen alle üblichen Hilfesysteme versagen, die trotz aller Bemühungen die Schule nicht besuchen und die auch nicht von Angeboten der Schule, der Jugendhilfe, des Sozial- oder des Gesundheitswesens erreicht werden?

Die Zahl der Schülerinnen und Schüler, auf die dies zutrifft, diejenigen mit psychischen Störungen und sogenanntem komplexen Hilfebedarf, nimmt kontinuierlich zu. Spezielle Angebote für sie und ihre Familien gibt es jedoch kaum. Unsere Fachtagung am 17. November

2016 widmete sich diesem brisanten Thema, und das Interesse daran war – wie erwartet – außerordentlich groß.

Sehr gut besucht, hochspannend und wegweisend, so lässt sich die Fachtagung zur Kooperation der Versorgungs-



Roland Waltner



Dr. Frank Paulus (li.), Dr. Matthias von Aster (re.)



Bernhard Morsch



Irmgard Jochum



Landrat Patrick Lauer (li.), Dr. Matthias von Aster (re.)

systeme für Gesundheit, Bildung und Soziales unter dem Titel „Miteinander

statt Nebeneinander“ in drei Schlagworten beschreiben.

„Miteinander und Nebeneinander“ war dennoch das Plädoyer des Hauptreferenten Dr. Matthias von Aster, der die Bedeutung der Eigenständigkeit der Aufgabenbereiche aller drei Versorgungssysteme betonte, der aber auch die Herausforderungen und Probleme an ihren Schnittstellen aus nächster Nähe kennt.

Denn er leitet das Institut für schulische und psychosoziale Rehabilitation (ISPR) in Landshut, ein Institut mit Modellcharakter für das, was im Landkreis Saarlouis gerade im Rahmen von Kommunalem Bildungsmanagement in enger Kooperation zwischen dem Amt für Schule, Kultur und Sport, dem Schulpsychologischen Dienst und Jugendamt des Landkreises Saarlouis, den kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen von Frau Dr. Isabel Klein, Frau Ursula Magin und Herrn Dr. Bernd Janthur in Dillingen und von Herrn Harald Müller-Borhofen in Saarlouis, dem Minis-

terium für Bildung und Kultur und der Landesbeauftragten für den Krankenhaus- und Hausunterricht erprobt wird.

Zahlreiche Akteurinnen und Akteure gilt es dabei zu überzeugen und zu beteiligen. Das spezifische Know-how und die Kooperationsbereitschaft von psychotherapeutischer, fachärztlicher, pädagogischer, sozial-, gesundheits- und bildungspolitischer Seite sind gefragt, wenn auch für diese Kinder und Jugendlichen Inklusion möglich sein soll, wenn also keiner durchs Raster fallen soll.

Die Stabsstelle Bildung im Landkreis Saarlouis hat einen umfangreichen Tagungsband dazu erstellt, der über susanne-backes@kreis-saarlouis.de als pdf-Version bezogen werden kann.

Deshalb finden Sie an dieser Stelle nicht die inhaltliche Wiedergabe einzelner Fachvorträge, sondern lediglich einige Fotos, die Ihre Neugier darauf wecken könnten.

Psychotherapeutenkammer unterstützt Aktionsbündnis Kinderrechte im Grundgesetz

Kinder und Jugendliche sind eigenständige Persönlichkeiten mit speziellen Bedürfnissen und eigenen Rechten. Das hat die Generalversammlung der Vereinten Nationen vor 27 Jahren am 20. November 1989 mit der Verabschiedung der Kinderrechtskonvention verbindlich für nahezu alle Staaten der Welt erklärt. Die Kinderrechtskonvention soll allen Menschen unter 18 Jahren einen besonderen Schutz, bestmögliche Förderung und Beteiligung ermöglichen. Die Kinderrechtskonvention gilt seit knapp 25 Jahren in Deutschland. Dennoch gibt es Probleme mit der Umsetzung. Angesichts ungerecht verteilter Bildungschancen, steigender Kinderarmut, mangelnder Gesundheitsfürsorge und häufigen Fällen von Vernachlässigung und Gewalt ist die Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz weit mehr als ein wichtiges politisches Signal, sondern ein entscheidender, umfassender Schritt zur Stärkung der Kinder und Jugendlichen.

Das Aktionsbündnis Kinderrechte bestehend aus dem Deutschen Kinderhilfswerk, dem Deutschen Kinderschutzbund, UNICEF Deutschland, in Kooperation mit der deutschen Liga für das Kind fordert daher schon lange, die Kinderrechte ins Grundgesetz aufzunehmen und hat bereits 2007 einen Aufruf gestartet, der seither von vielen Fachverbänden und Einzelpersonen und nun auch von der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes unterstützt wird.

Erfreulich ist, dass das Anliegen immer deutlicher in der Politik ankommt. Anlässlich des Jahrestages der UN-Kinderrechtskonvention am 20. November 2016 betonte auch Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig, dass ihr Ziel sei, die Rechte von Kindern zu stärken. Dazu sei eine ausdrückliche Verankerung im Grundgesetz erforderlich.

Die Auswirkungen auf die Lebenssituation von Kindern wären groß. Die

Verankerung von Kinderrechten in der Verfassung hätte zur Folge, dass bei Entscheidungen Politik, Justiz und Verwaltung die Interessen von Kindern und Jugendlichen stärker als bisher anhören und berücksichtigen müssen.

Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.kinderrechte-ins-grundgesetz.de.

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Michael Schwindling, Sonja Werner

Geschäftsstelle

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681-9545556
Fax 0681-9545558
kontakt@ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



das neue Jahr hat recht turbulent begonnen. Die neue Psychotherapie-Richtlinie hat viele KollegInnen verunsichert. Bedeuten die neuen Auflagen und Verfahrensweisen eine Erleichterung und Verbesserung für die Patientenversorgung oder ist das Ganze eher ein Bürokratie-Monster, das unsere tägliche Arbeit erschwert? Die von uns durchgeführte Informationsveranstaltung (eine zweite findet Ende März statt) hat viele Fragen zu den Veränderungen durch die neue Richtlinie klären können und dazu beigetragen, die Angst vor dem Neuen etwas abzubauen.

Vieles ist allerdings noch ungeklärt, z. B. zur Umsetzung der Befugnis-erweiterungen und wie es mit der Psychotherapie im Rahmen der Kos-

tenerstattung weitergeht. Im Laufe der nächsten Monate wird sich erst zeigen, ob die neue Richtlinie eher Fluch oder Segen sein wird.

Im Folgenden informieren wir Sie auch über angedachte Veränderungen im Bereich der Weiterbildung. Auch hier drängt sich die Frage auf, verbessert sich dadurch die Patientenversorgung und eröffnen sich dabei neue Berufsfelder oder führt dies eher zu Restriktionen und zur Abwertung der Approbation.

Wir werden Sie auf jeden Fall stets mit allen aktuellen Informationen versorgen und freuen uns über einen interessanten und anregenden Austausch mit Ihnen bei den weiteren für dieses Jahr geplanten Informations- und Fortbildungsveranstaltungen. Eine Auswahl von Antworten der Kammer auf Mitgliederanfragen aus dem Praxisalltag rundet diese Ausgabe ab.

Dr. Oswald Rogner
 Präsident

Großveranstaltung der Kammer zur Psychotherapie-Richtlinie

Am 24.02.2017 führte die Kammer in den Neumünster Holstenhallen eine mit 200 Teilnehmern sehr gut besuchte Großveranstaltung zur neuen Psychotherapie-Richtlinie durch. Die Veranstaltung war im Vorfeld schon nach wenigen Tagen ausgebucht, was den großen Informationsbedarf der Mitglieder zu diesem Thema deutlich macht.

Als wissenschaftlicher Referent der Bundespsychotherapeutenkammer informierte Timo Harfst über die neue Richtlinie.

Nach der Begrüßung der Mitglieder durch den Präsidenten Dr. Oswald Rogner skizzierte der Referent den politischen Werdegang der Richtlinie vom ersten Koalitionsvertrag im Dezember 2013 bis zum Änderungsbeschluss des G-BA im November 2016. Das Ziel sei, in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten zu reduzieren und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für ein Erstgespräch zu eröffnen. Auf dem Weg dorthin gab es eine Rei-

he von kritischen Diskussionspunkten in den Beratungen und es kam schließlich zu den nun gültigen Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, mit denen sich die Psychothe-

rapeuten ab dem 01.04.2017 zu befassen hätten:

- Telefonische Erreichbarkeit



Referent T. Harfst bei seinem Vortrag

beide Fotos: H. Borchers

- Vorhalten von Psychotherapeutischen Sprechstunden
- Probatorische Sitzungen
- Akutbehandlung
- Rezidivprophylaxe
- Gruppenpsychotherapie
- Antrags- und Gutachterverfahren
- Dokumentation und Formulare.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde und die telefonische Erreichbarkeit warfen eine Reihe von Fragen bei den Mitgliedern auf. Hier gab es bei den Mitgliedern die meisten Missverständnisse, die schnell von Timo Harfst geklärt werden konnten. Kein Therapeut müsse befürchten, dass unzählige Patienten im Wartezimmer säßen. Aber auch zahlreiche Fragen zur Einbeziehung der Psychotherapie in die Vermittlungsangebote der Terminservicestellen der KVen waren von besonderem Interesse. Hier konnte auch auf die am 28.02.2017 und 02.03.2017 geplanten Veranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein mit Dr. Angelika Nierobisch und Heiko Borchers hingewiesen werden.

Die Psychotherapie-Vereinbarung bildete einen zweiten Schwerpunkt im Vortrag von Timo Harfst. Die neue Vereinbarung regelt das Genehmigungs-, das Antrags- und Gutachterverfahren sowie die Verwendung von Formblättern. Alle PTV-Formblätter wurden überarbeitet. Was fällt weg, was kommt neu? Timo Harfst informierte über die Veränderungen und stellte die neuen Formulare,



Die TeilnehmerInnen der sehr gut besuchten Veranstaltung in Neumünster

z. B. für die Akutbehandlung sowie für die Psychotherapeutische Sprechstunde ausführlich vor.

Die zahlreichen Fragen der Mitglieder zur Vergütung der neuen Leistungen konnten zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht vollständig beantwortet werden. Die telefonische Erreichbarkeit werde nicht gesondert vergütet, da sie bereits im EBM mit einkalkuliert sei. Wie hoch die anderen neuen Leistungen, wie die Psychotherapeutische Sprechstunde oder die Akutbehandlung bezahlt würden sei noch offen, da diese Entscheidungen erst Ende März getroffen werden würde.

Hier plant die Kammer am 25. März 2017 eine weitere Veranstaltung zur Psychotherapie-Richtlinie in der hal-

le400 Kiel. Wir freuen uns, dass wir als Referenten Dieter Best gewinnen konnten. Er war die letzten sechs Jahre Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV und dadurch direkt an der Ausarbeitung der neuen Psychotherapie-Richtlinie beteiligt.

Timo Harfst hat zu einer gelungenen Großveranstaltung der Kammer beigetragen, in der viele Sorgen und Befürchtungen der Mitglieder ausgeräumt werden konnten. Wir hoffen, mit der zweiten geplanten Veranstaltung mit Dieter Best ebenfalls unsere Mitglieder umfassend zu informieren, damit jedes Mitglied mit den neuen Regelungen in der psychotherapeutischen Praxis gut zurechtkommen wird.

*Dr. Angelika Nierobisch
Vizepräsidentin*

Führen von Weiterbildungsbezeichnungen

Der Kammervorstand hat sich ausführlich mit der Frage der Übertragbarkeit von Zusatzbezeichnungen, die durch einen anerkannten Weiterbildungsgang in einem anderen Bundesland erworben wurden, beschäftigt. Hintergrund dieser Frage ist, dass es in Schleswig-Holstein nur die anerkannte Weiterbildungsbezeichnung Klinische Neuropsychologie gibt. In anderen Bundesländern, zum Beispiel Rheinland-Pfalz, gibt es durch-

aus Weiterbildungsgänge, die zum Führen auch anderer Zusatzbezeichnungen berechtigen.

Wir haben zu dieser Frage eine juristische Expertise eingeholt, die zu folgendem Ergebnis gekommen ist: Eine in der Bundesrepublik Deutschland ordnungsgemäß erworbene Befugnis, eine Zusatzbezeichnung zu führen, kann als schutzwürdig im Sinne des Art. 12

Abs. 1 des Grundgesetzes betrachtet werden. Die Führung einer ordnungsgemäß erlangten Berufsbezeichnung bedarf somit keiner besonderen Erlaubnis, auch dann nicht, wenn sie im Zuständigkeitsbereich einer Kammer geführt werden soll, die diese Bezeichnung nicht kennt. Es besteht lediglich die Möglichkeit, eine rechtmäßig erworbene Berufsbezeichnung dann zu verbieten, wenn es zu einer Verwechs-

lungsgefahr mit einer anderen im Geltungsbereich der Kammer erworbenen Berufsbezeichnung kommen kann, die keine vergleichbaren Aus- bzw. Weiterbildungsinhalte aufweist.

Diese Rechtsauffassung bedeutet, dass ein in einem anderen Bundesland erworbener Weiterbildungstitel auch dann in Schleswig-Holstein geführt werden darf, wenn es in Schleswig-Holstein für diesen Weiterbildungsgang keine entsprechenden Regelungen gibt. Sollten Sie also in einem anderen Bundesland eine anerkannte Zusatzbezeichnung erworben haben, so dürfen Sie diese auch in Schleswig-Holstein führen, sollten dies allerdings der Kammer gegenüber durch entsprechende Kopien belegen. Bitte verwenden Sie für die Meldung das Formular „Änderungsmitteilung“ (zum Download unter www.pksh.de/fuer-mitglieder/downloads).

Die Frage der Rechtmäßigkeit des Führens von Zusatzbezeichnungen ist auch deshalb von besonderer Bedeutung, weil auf Bundesebene schon seit längerem diskutiert wird, ob die Einführung eines neuen Weiterbildungsganges im

Bereich der Psychodiabetologie sinnvoll ist. Durch die Einführung einer Weiterbildung im Bereich von somatischen Störungsbildern soll die Grundlage zur psychotherapeutischen Mitbehandlung primär körperlicher Krankheiten geschaffen und die Versorgung betroffener Patienten verbessert werden.

Im Rahmen der Weiterbildung sollen spezifische Kenntnisse und Kompetenzen für eine wissenschaftlich begründete psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung bei Diabetes erworben werden. Die psychotherapeutische (Mit-)Behandlung hätte dabei das Ziel, die psychische Gesundheit, die Prävention von Folgekomplikationen, die Erhaltung der Lebensqualität und soziale Integration des Patienten sowie den Umgang mit Akutkomplikationen zu verbessern.

In der Frage, ob hierzu eine strukturierte Weiterbildung notwendig ist oder auch eine curriculare Fortbildung ausreichend wäre, bestehen dazu in der Kammerversammlung der PKS unterschiedliche Auffassungen. Während die einen eine neue Weiterbildung als eine Abwertung der erworbenen Approba-

tion betrachten, sehen andere darin neben einer verbesserten Patientenversorgung auch die Chance, für junge KollegInnen neue Arbeitsfelder sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zu eröffnen. Einigkeit besteht darin, dass die Schnittmenge von psychotherapeutischer und somatischer Behandlung sich in Zukunft eher ausweiten wird.

Wir würden gern mit Ihnen, den Kammermitgliedern, die Chancen und Risiken neuer Weiterbildungsgänge von verschiedenen Seiten aus betrachten und grundlegend diskutieren. Dies lässt sich am besten durchführen, wenn man über die Krankheit Diabetes und deren psychische und somatische Folgeerscheinungen informiert ist. Wir planen daher im Laufe dieses Jahres eine Fortbildungsveranstaltung mit dem Schwerpunktthema neuer Ansätze zur Behandlung der Diabetes durchzuführen, bei der es vor allem um das Zusammenspiel von Psyche und Soma gehen wird. Eine gesonderte Einladung hierzu wird Ihnen rechtzeitig zugehen.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Antworten auf Mitgliederanfragen aus dem Praxisalltag

Patienten mit gesetzlicher Betreuung

Gelegentlich kommt es vor, dass ein Patient einen gesetzlichen Betreuer für die Gesundheitsfürsorge hat. Hierbei stellt sich dann die Frage, wie weit der gesetzliche Betreuer in die Therapie mit eingebunden werden darf oder muss und ob der Patient alleine den Therapieantrag unterzeichnen darf.

In einem solchen Fall ist zunächst zu prüfen, ob ein sogenannter gerichtlich angeordneter Genehmigungsvorbehalt im Rahmen der Betreuung existiert. Dies kann zum Beispiel durch den sogenannten Betreuerausweis geprüft werden. Gibt es keinen Genehmigungsvorbehalt, so ist der Betreuer nicht zwingend einzuschalten und der Patient selbst kann rechtsverbindlich Therapie-

verträge abschließen. Der Therapeut dürfte zwar auch ohne die Zustimmung des Patienten Kontakt zum Betreuer aufnehmen, allerdings ist hierbei auch die Schweigepflicht gegenüber dem Betreuer zu betrachten, sodass grundsätzlich die Frage gestellt werden muss, welche Dinge der Betreuer über den Patienten erfahren soll, die nicht der Schweigepflicht unterliegen. Ein gesetzlicher Betreuer hat lediglich die Aufgabe, notwendige Rahmenbedingungen für die Gesundheitsvorsorge zu schaffen, nicht jedoch sich mit Krankheitsverläufen oder fachlichen Fragen zur Therapie zu beschäftigen.

Umgang mit Bewertungsportalen

Grundsätzlich gilt, dass jede Form der Meinungsäußerung im Rahmen der Meinungsfreiheit gestattet ist. Wertur-

teile bzw. Bewertungen dürfen daher in Bewertungsportalen erfolgen. Werturteile können allerdings dann strafbar sein, wenn sie beleidigenden Charakter beinhalten. PsychotherapeutInnen müssen deshalb hinnehmen, dass sie in Bewertungsportalen genannt werden, allerdings muss ihnen selbst die Möglichkeit eingeräumt werden, zu den Bewertungen Stellung zu nehmen. Der Portalbetreiber darf die Reaktion des Betroffenen dem Bewertenden mitteilen. Das bedeutet, dass die Löschung einer Meinungsäußerung vom Portalbetreiber nicht verlangt werden kann, ohne dass dieser dem Urheber der Meinungsäußerung von der Gegendarstellung keine Kenntnis geben soll.

Von den Werturteilen bzw. Meinungsäußerungen sind sogenannte Tatsachenbehauptungen abzugrenzen. Diese müssen

zutreffend sein, ansonsten macht sich der Äußernde gegebenenfalls strafbar wegen Verbreitung unwahrer Tatsachen.

Verwahrung von Patientenakten nach Praxisaufgabe

Patientenakten dürfen nach einer Praxisaufgabe bzw. -übergabe nicht ohne Weiteres dem Nachfolger überlassen werden. Hierzu bedarf es grundsätzlich des Einverständnisses des jeweiligen (ehemaligen) Patienten. Ohne dieses Einverständnis darf der Praxisaufgebende nicht ohne Weiteres seine Patientendokumentationen seinem Nachfolger überlassen. Er muss vielmehr selbst dafür Sorge tragen, dass „seine“ Patientenakten unzugänglich für Dritte aufbewahrt werden. Außerdem muss er gegebenenfalls dem ehemaligen Patienten Einsicht in seine persönliche Akte geben. Dabei sind auch nach Praxisaufgabe die Aufbewahrungsfristen von Patientenakten (mindestens zehn Jahre) zu beachten.

Ein Spezialfall liegt dann vor, wenn eine Praxis nach dem Tod eines Praxisinhabers gegebenenfalls samt Inventar übernommen wird. Hierbei ist zu beachten, dass die Praxisdokumentation Teil des Nachlasses des Verstorbenen ist. Soweit der Praxisinhaber für den Fall seines Todes nicht besondere Regelungen getroffen hat, gehen die Unterlagen damit in das Eigentum der Erben über, gleich ob es sich um gesetzliche oder testamentarische Erben handelt.

Die Erben haben wie der Behandler selbst die Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag zu wahren. Sie sind also sowohl zur Aufbewahrung der Unterlagen verpflichtet als auch zur Wahrung der Verschwiegenheit. Die gesetzliche Strafandrohung bei Verletzung der Verschwiegenheit trifft auch die Erben.

Die Erben wiederum können mit Praxismachern Vereinbarungen zur Verwahrung der Dokumentation treffen, wobei die berufsrechtlichen und

die patientenrechtlichen Regelungen zu beachten sind. Die Patienten eines verstorbenen Behandlers sind daher zunächst auf die Erben zu verweisen.

Befund Anforderung durch die Bundesagentur für Arbeit

Der ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit fordert häufig einen Befund von behandelnden PsychotherapeutInnen an, verbunden mit dem Hinweis, dass ein Honorar nur dann bezahlt werde, wenn der Befundbericht innerhalb von zehn Tagen bei der Bundesagentur eingehe. Grundsätzlich ist an diesem Vorgehen der Fristsetzung nichts auszusetzen, da im Umkehrschluss davon ausgegangen werden kann, dass die Berichterstattung an die Bundesagentur für Arbeit schlichtweg unterbleiben könne, wenn es dem Therapeuten/der Therapeutin nicht möglich ist, innerhalb der vorgegebenen Zehntagesfrist zu antworten.

Gespräch mit der Aufsichtsbehörde

Im Dezember fand ein Treffen mit Vertretern der Aufsichtsbehörde in den Räumen der Geschäftsstelle der Kammer statt. Dabei ging es u. a. um den Austausch über den aktuellen Stand der Ausbildungsreform für PsychotherapeutInnen und über den Status von Ausbil-

dungsteilnehmerInnen nach erfolgreichem Ablegen ihrer Abschlussprüfung. In dem zeitlichen Zwischenraum zwischen Abschlussprüfung und Erteilung der Approbation durch die Approbationsbehörde entfällt für AusbildungsteilnehmerInnen die Voraussetzung für die Be-

gründung einer Kammermitgliedschaft und somit auch die Möglichkeit der Mitarbeit in Gremien der Kammer. Es wurde vereinbart, diese Lücke zu schließen und bei einer anstehenden Novellierung des Heilberufekammergesetzes eine entsprechende Regelung hierfür zu finden.

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kollegin:

Sabine Mothes, Lübeck
geb. 18.12.1960
verst. 27.01.2017

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg

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

Hamburg

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
Mo, Mi, Do 13.00 – 15.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo 9.00 – 12.30 Uhr und
13.00 – 16.00 Uhr
Die 9.00 – 12.30 Uhr
Mi, Do 13.00 – 16.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Bayern

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

Hessen

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Rheinland-Pfalz

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 14.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Niedersachsen

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Saarland

Scheidterstraße 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Schleswig-Holstein

Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13.00 – 16.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Dr. Heike Winter (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-

Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

16. Jahrgang, Ausgabe 1/2017

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

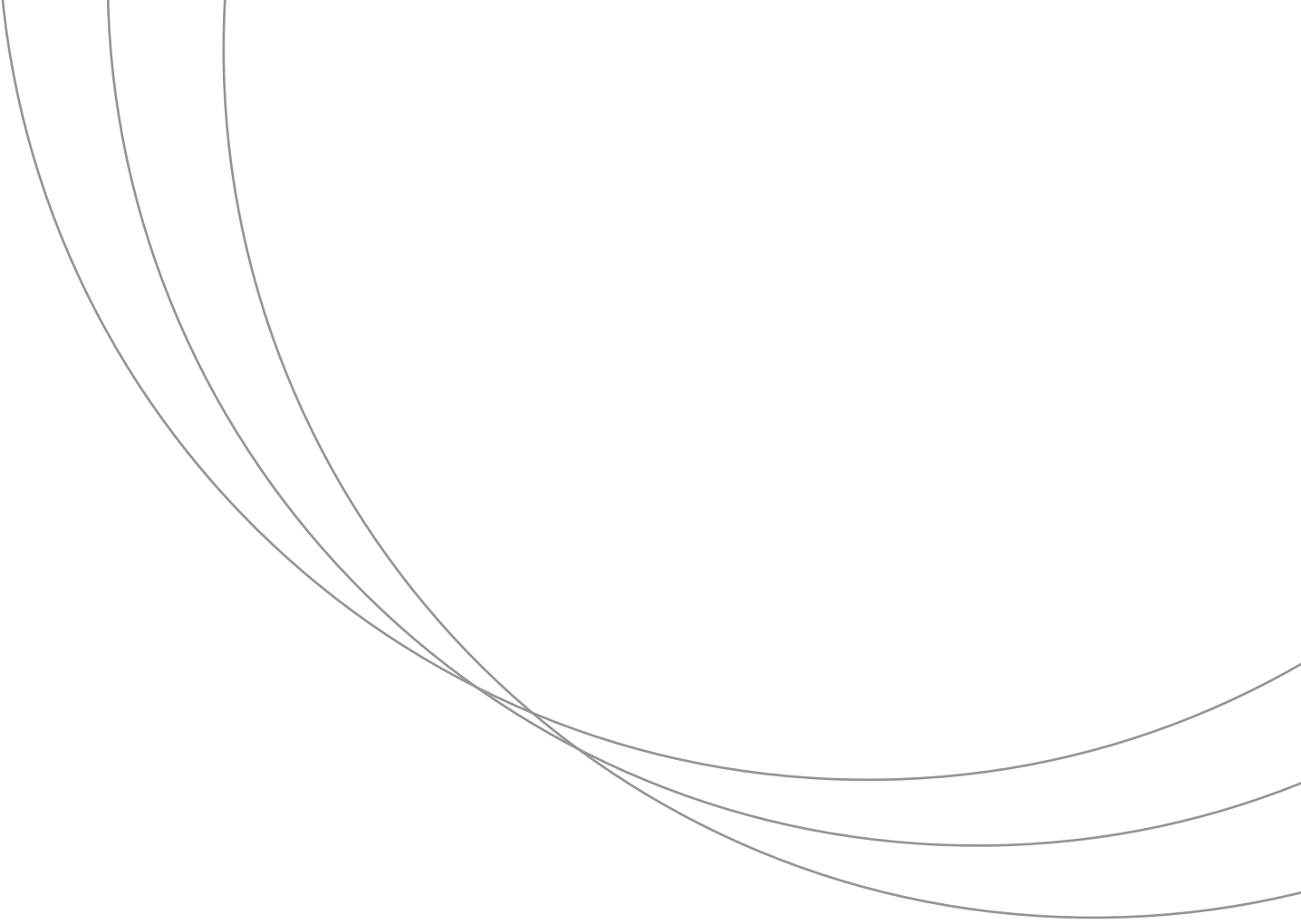
Redaktionsschluss für Ausgabe 2/2017 ist der 21. März 2017, für Ausgabe 3/2017 der 3. Juli 2017 und für Ausgabe 4/2017 der 27. September 2017. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen/-kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt 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

