

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

4/2014

16. Dezember 2014 (S. 355-462)

- **Die therapeutische Haltung – Vorschlag eines Arbeitsbegriffes**
- **Theoriewissen und Kompetenz zur Fallkonzeption von Psychotherapeuten in Ausbildung**
- **Reform der Psychotherapeutenausbildung – Fortsetzung der Diskussion**
- **Psychotherapie in der stationären Jugendhilfe**
- **Boys` Day – mehr Psychotherapeuten braucht das Land!**
- **Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland**
- **S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Zwangsstörungen**

Liebe Leserinnen und Leser,

wir wünschen Ihnen geruhsame und genussvolle Feiertage,
einen friedlichen Jahresausklang und einen guten Start ins
neue Jahr!

Und lassen Sie sich überraschen:

Auch das Psychotherapeutenjournal wird 2015 Altes ablegen...

Doch mehr möchten wir noch nicht verraten – seien Sie
gespannt!

Mit guten Wünschen

die Redaktion des Psychotherapeutenjournals
und der medhochzwei Verlag

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eigentlich sollte das Editorial wie üblich einen anregenden Ausblick auf das neue Heft bieten. In diesen Tagen kam jedoch der Referentenentwurf für das neue Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf den Tisch. Neben manchen durchaus interessanten Neuregelungen (z. B. Psychotherapeutische Sprechstunden) enthält er u. a. Vorgaben zum Abbau sogenannter Überversorgung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, die ohne Einschränkungen auch die psychotherapeutische Versorgung betreffen. Nach Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) könnte damit mittelfristig eine Reduzierung der jetzigen Anzahl an psychotherapeutischen Praxen um ein Drittel bewirkt werden – nahezu ein Kahlschlag, der im eklatanten Widerspruch zum tatsächlichen Bedarf steht. Initiativen von Kammern und Verbänden in der Beratungsphase zum Gesetzentwurf haben jetzt zum Ziel, dass diese Regelung zurückgenommen wird – so wie dies auch der Sachverständigenrat Gesundheit des BMG fordert. Darüber hinaus besteht dringend gesetzlicher Regelungsbedarf in diversen weiteren Belangen unserer Berufsausübung, deren Berücksichtigung im Gesetz jetzt von Kammern und Verbänden noch gefordert werden wird.

Vom 25. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT), der im November in München stattfand, haben viele berufspolitisch engagierte Kolleginnen und Kollegen eine Positionierung zur zukünftigen Gestaltung der Psychotherapeutenausbildung erwartet. Das Ergebnis der Beratungen und Abstimmungen soll in der kommenden Zeit insbesondere den anstehenden Beratungen mit dem BMG über die Reform des Psychotherapeutengesetzes und der dort geregelten Psychotherapeutenausbildung zugrunde gelegt werden. Die BPTK berichtet auf den Mitteilungsseiten über die Ergebnisse des DPT.

Im ersten Teil dieser Ausgabe lassen sich die Beiträge dem Thema „Psychotherapeuten-

ausbildung und -ausbildungsreform“ zuordnen.

Hans Preß und Markus Gmelch beschäftigen sich mit dem Begriff der „therapeutischen Haltung“. Sie greifen ein Konzept auf, welches in der Psychotherapie schon sehr lange als zentral für psychotherapeutisches Handeln beschrieben wird, aber aus ihrer Sicht häufig unscharf definiert ist und einer näheren Eingrenzung bedarf.

Birgit Proll und Kolleginnen stellen sodann die interessanten Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zu Zusammenhängen zwischen der Fähigkeit zu Fallkonzeption und Theoriewissen einerseits und praktischer Tätigkeit („Psychiatriejahr“) und Länge der Ausbildungszeit andererseits bei psychotherapeutischen Ausbildungsteilnehmern und Ausbildungsteilnehmerinnen vor.

Es folgen drei teils sehr persönliche Kommentare und Hinweise zur laufenden Ausbildungsdiskussion, die uns entsprechend unserem Aufruf aus dem letzten Heft erreicht haben. Die Diskussion um die Neugestaltung der Psychotherapeutenausbildung wird in der Profession im neuen Jahr – auch durch Artikel im Psychotherapeutenjournal – sicher fortgesetzt werden.

Der Beitrag von Norbert Beck über psychotherapeutisches Arbeiten in der stationären Jugendhilfe gibt einerseits einen anschaulichen Einblick in dieses spannende Tätigkeitsfeld. Er zeigt andererseits aber auch die Schwierigkeit einer Abgrenzung von Versorgungsaufgaben (Jugendhilfe und Krankenversorgung bzw. SGB V und SGB VIII) auf, die in vielen Fällen nicht getrennt werden können.

Immer weniger männliche Studienabsolventen interessieren sich für die psychotherapeutischen Berufe. Diese auch kritisch gesehene Entwicklung wird von Wolfram Dormann und Kolleg(inn)en aufgegriffen. Sie beschreiben einen kreativen Beitrag zur Lösung dieses Problems: die Mitwirkung am „Boys' Day“, einem bun-

desweiten Aktionstag zur Förderung beruflicher Interessen bei Jungen.

Rüdiger Nübling und Kolleg(inn)en befassen sich mit Ergebnissen der Versorgungsforschung zur Psychotherapie. Aktuelle Daten zu Bedarf und Versorgungsgrad, zu Wirksamkeit und Nutzen bzw. Wirtschaftlichkeit der Versorgung werden systematisch zusammengetragen. Sie weisen auf die erheblichen Potenziale einer ausgebauten, bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung hin und bieten damit eine wichtige Grundlage für die weiteren Fachdiskussionen, die von uns nicht zuletzt auch den Mitarbeiter(inne)n im Bundesgesundheitsministerium mit Blick auf die Überarbeitung des bereits erwähnten Versorgungsstrukturgesetzentwurfes zur Lektüre empfohlen wird.

Hans Reinecker berichtet schließlich im letzten redaktionellen Beitrag über die gerade veröffentlichte S3-Leitlinie zu Zwangsstörungen. Da das Thema Leitlinien für die weitere Ausgestaltung der Psychotherapie von hoher Bedeutung ist, aber häufig auch sehr kontrovers diskutiert wird, werden wir für eines der nächsten Hefte dazu einen breiteren Schwerpunkt vorsehen.

Wir wünschen angenehme Lektüre und freuen uns – wie immer – über Beiträge, Leser(innen)briefe und Rückmeldungen aller Art!



Nikolaus Melcop, Heiner Vogel (Bayern), Mitglieder des Redaktionsbeirates

Inhalt

Editorial	355
Originalia	
<i>Hans Preß & Markus Gmelch</i> Die „therapeutische Haltung“ – Vorschlag eines Arbeitsbegriffs und einer klientenorientierten Variante	358
Die „therapeutische Haltung“ ist ein im psychosozialen Bereich weit verbreitetes Konzept, dessen Verwendungspraxis durch begriffliche Unschärfe und Mehrdeutigkeit gekennzeichnet ist. Mit der Entwicklung eines allgemeinen Arbeitsbegriffs und dessen Illustration anhand einer spezifischen, klientenorientierten Variante soll ein Beitrag zur Klärung und sinnvollen Nutzung des Begriffs in Praxis, Ausbildung und Forschung geleistet werden.	
<i>Birgit Proll, Wiebke Hanke, Jennifer Klasen, Heidi Möller & Svenja Taubner</i> Theoriewissen und Kompetenz zur Fallkonzeption von Psychotherapeuten in Ausbildung.	366
182 Psychotherapeuten in Ausbildung werden hinsichtlich ihres Theoriewissens und ihrer Kompetenz zur Fallkonzeption untersucht. Es zeigt sich, dass beide Kompetenzbereiche weder durch die Ausbildungslänge noch die therapeutische Orientierung beeinflusst werden. Unterschiede zeigen sich in Abhängigkeit zur praktischen Tätigkeit, sodass frühe Patientenkontakte diese Kompetenzen zu steigern scheinen.	
<i>Zuschriften von: Annette Boeger / Frank-Dietrich Müller / Anni Michelmann u. a.</i> Kommentare zur Diskussion um die Reform der Psychotherapeutenausbildung	374
<i>Norbert Beck</i> Psychotherapie in der stationären Jugendhilfe	378
Nationale und internationale Studien verdeutlichen eine Rate von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen im Setting der stationären Jugendhilfemaßnahmen von circa 60 Prozent. Daraus resultiert auch ein hoher psychotherapeutischer Versorgungsbedarf dieser Klientel. Es werden der sozialrechtliche Rahmen zur Psychotherapie in der Jugendhilfe sowie spezifische psychotherapeutische Aufgabenstellungen unter der besonderen Berücksichtigung des Settings skizziert.	
<i>Wolfram Dormmann, Michael Elsner, Christine Kirin, Anna Matthey, Rixa Meyer, Andreas Rose, Sebastian Scheler, Sonja Scott, Nick Stieglitz & Stefan Zeh</i> Der jährlich stattfindende Boys' Day – Eine Möglichkeit, den Beruf des Psychotherapeuten mehr in die Öffentlichkeit zu bringen	384
Die schon immer niedrige Anzahl an männlichen Psychotherapeuten wird zukünftig noch weiter sinken. Ausgehend von einem Bericht über die Durchführung eines sogenannten Boys' Day werden weitere Ideen vorgestellt, wie die Kammern, Hochschulen, Ausbildungsinstitute, Berufsverbände und wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbst hier entgegenwirken können.	
<i>Rüdiger Nübling, Thomas Bär, Karin Jeschke, Matthias Ochs, Nina Sarubin & Jürgen Schmidt</i> Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie	389
Der Beitrag befasst sich mit der Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland, vor allem dem Bedarf und der Inanspruchnahme sowie der Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. Ausgehend von der Epidemiologie psychischer Erkrankungen werden die durch psychische Erkrankungen entstehenden versorgungsbezogenen sowie volkswirtschaftlichen Kosten skizziert.	
<i>Hans Reinecker</i> S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Zwangsstörungen	397
Der Beitrag gibt einen knappen Überblick über die kürzlich veröffentlichte S3-Leitlinie zu Zwangsstörungen.	
Artikelverzeichnis 2014	400

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer	402
Baden-Württemberg	409
Bayern	413
Berlin	418
Bremen	422
Hamburg	426
Hessen	430
Niedersachsen	436
Nordrhein-Westfalen	440
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	444
Rheinland-Pfalz	447
Saarland	450
Schleswig-Holstein	455
Impressum Psychotherapeutenjournal	461
Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages	A1
Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages	A19

Hinweis:

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

Den Teilausgaben der folgenden Länder sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigelegt bzw. beigelegt:

- NRW: Änderung der Weiterbildungsordnung & Änderung der Berufsordnung der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen
- Niedersachsen: Bekanntmachung und Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz: Satzung des Psychotherapeutenversorgungswerks (PWW)

Die „therapeutische Haltung“ –

Vorschlag eines Arbeitsbegriffs und einer klientenorientierten Variante

Hans Preß & Markus Gmelch

Zusammenfassung: Die *therapeutische Haltung* ist ein im psychosozialen Bereich weit verbreitetes Konzept. Viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹ schätzen sie als bedeutsames *Personenmerkmal* ein und vermuten Auswirkungen der Haltung auf die Qualität des psychotherapeutischen Angebots sowie die Entwicklung psychotherapeutischer Identität. In Praxis und Fachliteratur ist die Verwendung des Begriffs jedoch von *sprachlicher Unschärfe und Mehrdeutigkeit* gekennzeichnet, was die wissenschaftliche Erforschung der Haltung ebenso erschwert wie die Förderung ihrer Entwicklung im Ausbildungskontext. Um einen Beitrag zur Klärung und sinnvollen Nutzung des Konzepts zu leisten, wird im vorliegenden Artikel ein *allgemeiner Arbeitsbegriff* der psychotherapeutischen Haltung entwickelt und anhand zentraler Komponenten, Eigenschaften und begrifflicher Beziehungen näher bestimmt. Um das allgemeine Konzept zu veranschaulichen, wird zudem eine *klientenorientierte Haltung* als spezifische Variante vorgestellt.

Einleitung – „Auf die Haltung kommt es an!“

Diese Aussage scheint die Meinung vieler Praktiker – gefragt nach dem zentralen Merkmal effektiver Psychotherapeuten – widerzuspiegeln.² Die therapeutische Haltung wird als Psychotherapeutenmerkmal mit breiter Wirkung auf Klienten, Psychotherapeuten selbst und auf den psychotherapeutischen Prozess angesehen. Aber was ist eigentlich eine „therapeutische Haltung“?

Viele Leser werden bei dieser Frage zunächst an die Grundbedingungen auf Psychotherapeutenseite denken, die von Carl Rogers als notwendig und hinreichend für psychotherapeutische (Persönlichkeits-)Veränderung angesehen wurden: *Kongruenz, Wertschätzung bzw. bedingungsfreie Anerkennung* und *Empathie* (vgl. Rogers 1957/2007; Eckert & Kriz, 2012). Wenn auch nicht einheitlich, so werden eben diese Aspekte des klientenzentrierten Be-

ziehungsangebots oft als „therapeutische Grundhaltungen“ bezeichnet (vgl. Eckert, 2009, S. 252). Psychodynamisch orientierte Kollegen mögen eher Konzepte wie *gleichschwebende Aufmerksamkeit* und *Abstinenz* mit dem Begriff der Haltung verbinden (vgl. Dantlgraber, 2008). Aus systemischer Perspektive dürften *Allparteilichkeit, Ressourcen-* oder auch *Kundenorientierung* Schlagworte sein, die mit der Beschreibung einer adäquaten Haltung verbunden werden (vgl. Schweitzer, 2012). Verhaltenstherapeuten denken vielleicht auch an Vorschläge aus spezifischen Psychotherapieansätzen, wie etwa den von Bohus und Kollegen (2013), die die Grundhaltung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) beschreiben als eine „Mischung aus Engagement, Durchhaltevermögen und Demut“ (S. 106).

Hypothesen darüber, welche konkrete Haltung hilfreich für erfolgreiche Psychotherapie sein könnte, lassen sich zur Genüge finden. Überlegungen zu der Frage danach, was eine „therapeutische Haltung“

im Allgemeinen ist, finden sich allerdings weniger. Die Fachliteratur hält hierzu leider keine befriedigenden Antworten bereit, nur wenige Veröffentlichungen befassen sich explizit mit der therapeutischen Haltung als allgemeinem Konzept (vgl. z. B. Jakobitsch, Kronenburg & Streb, 2000) und schreiben diesem zudem unterschiedliche Bedeutungen zu.

Die therapeutische Haltung erleidet damit ein ähnliches Schicksal wie andere grundlegende Begriffe der Psychotherapie: So werden viel diskutierte Konzepte, wie etwa *therapeutische Beziehung* und *psychotherapeutische Kompetenz*, erst in jüngerer Zeit mehr oder weniger konsensfähig definiert (vgl. Hermer & Röhrle, 2008; Weck, 2013) oder aber, wie der Begriff des *Wirkfaktors*, anhaltend uneinheitlich verwendet (vgl. Pfammatter & Tschacher, 2012). In der Alltagspraxis ließe sich eine derartige begriffliche Unschärfe vielleicht noch verschmerzen, spätestens im Kontext der Psychotherapieforschung wird sie aber zum handfesten Problem: Die Operationalisierung vager Konzepte ist kaum möglich, die Verständigung zwischen Forschern, die an verschiedenen Orten arbeitsteilig die gleichen Fragen zu beantworten suchen, misslingt.

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die jeweilige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

2 Sofern im Text Behauptungen bezüglich „verbreiteter Meinungen“ oder „Ansichten“ von Psychotherapeuten aufgestellt werden, basieren diese auf einer Interviewstudie inkl. systematischer Literaturübersicht zur Bedeutung des Begriffs der therapeutischen Haltung (vgl. Preß, 2014).

Dabei könnte die therapeutische Haltung als Konzept u. a. zur Erklärung der enormen Relevanz der *Person des Psychotherapeuten* für den Therapieerfolg hilfreich sein (vgl. Baldwin & Imel, 2013; Willutzki, Reinke-Kappenstein & Hermer, 2013). *Theoretisch* interessant wäre ein allgemeines Konzept auch, da sich damit die oben angesprochenen konkreten Haltungsvorschläge unterschiedlicher Psychotherapieansätze vergleichen ließen. Sollte sich die Haltung auch empirisch als *das* wichtige Psychotherapeutenmerkmal erweisen, für welches es oft gehalten wird, ließen sich *praxisorientierte* Überlegungen anschließen, wie etwa zu einer geeigneten Entwicklungsförderung der therapeutischen Haltung im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung (vgl. Grünbaum, 2005; Hermer, 2012) oder zur Selbstfürsorge bei Psychotherapeuten (vgl. z. B. Hoffmann & Hofmann, 2012).

Wir möchten zu einer gewinnbringenden Nutzung des Konzeptes beitragen, indem wir zunächst einen *allgemeinen Arbeitsbegriff* der therapeutischen Haltung entwickeln. Da „therapeutische Haltung“, wie oben angedeutet, ein gängiger Begriff ist, sollte dessen geklärte Version die zentralen Bedeutungsaspekte des bisherigen Gebrauchs aufgreifen (vgl. Westermann, 2000). Um gleichzeitig von wissenschaftlichem Nutzen zu sein, sollte diese Version aber auch wissenschaftstheoretischen Ansprüchen genügen, was die Vermeidung alltagspraktischer Mehrdeutigkeit und Vagheit erfordert (vgl. Löffler, 2008).

Als passendes Verfahren der Begriffsklärung gilt hier die *Explikation*, die zwei Schritte vorsieht (vgl. Pawłowski, 1980): Die *Bedeutungsanalyse* widmet sich der Rekonstruktion der Bedeutung eines Begriffs aus dessen Gebrauch; im Rahmen der darauf folgenden *Präzisierung* wird der Begriff eindeutig gefasst und in etablierte wissenschaftliche Sprachsysteme eingebettet. Um den Praxisbezug zu erleichtern, lassen wir im Folgenden der eher theoretischen allgemeinen Begriffsklärung („Vorschlag eines Arbeitsbegriffs der ‚therapeutischen Haltung‘“) den Vorschlag einer *spezifischen Haltung* folgen („Illustration: Vorschlag einer ‚klientenorientierten‘ Haltung“). Dazu werden wir eine „klientenori-

entiertere“ Haltung beschreiben, welche die Orientierung an Wahrnehmungen, Zielen und Ressourcen der Klienten in den Fokus rückt.³

Mit dem abstrakten allgemeinen Konzept versuchen wir also zunächst Theoretiker wie Praktiker aller psychotherapeutischen Traditionen „ins Boot“ zu holen. Der folgende Vorschlag einer spezifischen Haltung zielt dann v. a. auf *Veranschaulichung* ab, wobei es dort dementsprechend nicht mehr um Konsensfähigkeit geht.⁴ In einem anschließenden Fazit fassen wir die wesentlichen Inhalte des Artikels zusammen und weisen abschließend auf *praktische Konsequenzen* hin, die sich aus unseren Überlegungen ergeben könnten.

Vorschlag eines Arbeitsbegriffs der „therapeutischen Haltung“

Wie eben beschrieben, beginnen wir die Entwicklung eines Konzepts der therapeutischen Haltung mit der *Bedeutungsanalyse*, basierend auf Interviews mit Praktikern, ergänzt um Anregungen aus der Fachliteratur. Im Rahmen der folgenden *Präzisierung* stellen wir unseren Arbeitsbegriff vor und erläutern diesen. Im Anschluss gehen wir auf *Konsistenz* als wichtiges Merkmal der therapeutischen Haltung ein, um das Konzept abschließend im *Kontext* „persönlicher Philosophie“, empirischer Forschung und reflektierter Praxis zu verorten.

Bedeutungsanalyse: Anregungen zur Begriffsklärung aus Interviews und Fachliteratur

Bedeutungsanalysen zielen darauf ab, die *gängige Verwendung* eines Begriffs zu erfassen. Die nun folgenden Aussagen zu dieser Verwendungspraxis basieren auf Ergebnissen einer eigenen empirischen Studie, in deren Rahmen halbstrukturierte Interviews mit Psychotherapeuten durchgeführt wurden (vgl. Preß, 2014).⁵ Diese wurden anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet, um Vermutungen darüber zu formulieren, welche Bedeutung dem Begriff „therapeutische Haltung“ von seinen „Nutzern“ beigemessen wird. Die für die später folgende Präzisierung relevanten Er-

gebnisse der Befragung fassen wir an dieser Stelle knapp zusammen.

Die Befragten scheinen die therapeutische Haltung als *zeitlich relativ stabiles Merkmal* anzusehen, ähnlich einer Persönlichkeitseigenschaft. In welchem Verhältnis diese zu begrifflich nahestehenden Konzepten wie „Grundannahme“, „Einstellung“ oder „Identität“ steht, in welche semantische Relationen die Haltung einzubetten ist (Unter- und Oberbegriffe, Teil-Ganzes-Beziehungen), bleibt teils unklar, teils lassen sich nur widersprüchliche Annahmen finden: So wird z. B. „Einstellung“ mal als Oberbegriff, mal als Teil der Haltung, mal als Synonym verwendet.

Zur Beschreibung individueller Haltungen, d. h. zu deren inhaltlicher Charakterisierung, verwenden die Befragten eine breite Palette *dimensionaler Eigenschaften*, wie etwa das Ausmaß an Empathie und Interesse gegenüber Klienten („empathische Haltung“) oder das im Prozess angestrebte Ausmaß an Kooperation („kooperative Haltung“) und Individualisierung des Vorgehens. Allerdings besteht kaum Einigkeit

3 Die Bezeichnung der vorgeschlagenen Haltung als „klientenorientiert“ wurde v. a. aus o. g. inhaltlichen Gründen gewählt. Aber auch die begriffliche Nähe zur „klientenzentrierten“ Psychotherapie nach Rogers, zum Ansatz der „klientengesteuerten“ Therapie nach Duncan, Miller und Kollegen sowie zur Idee des „Klienten als Experten“ im Sinne der Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer ist beabsichtigt. Damit möchten wir den wesentlichen Einfluss dieser Ansätze auf unseren Vorschlag einer Haltung kennzeichnen.

4 Zwar streben wir persönlich eine „klientenorientierte“ Haltung in unserer beruflichen Praxis an, sind uns aber natürlich bewusst, dass eine Vielzahl anderer, in sich stimmiger Haltungen eingenommen und vertreten werden kann.

5 Befragt wurden 40 approbierte Psychotherapeuten mit Kassensitz (Alter Ø 53 Jahre; Praxiserfahrung Ø 20 Jahre) in Telefoninterviews und zehn Psychotherapie-Ausbildungsteilnehmer (PP, VT; Alter Ø 33 Jahre; praktische Tätigkeit Ø 3 Jahre) in Face-to-face-Interviews (Interviewdauer Ø 44 Minuten). Die Stichprobe der 40 Approbierten setzte sich wie folgt zusammen: 20 Frauen vs. 20 Männer, 22 PP vs. 18 AP, 20 TFP/PA vs. 20 VT. Die Stichprobe der zehn Ausbildungsteilnehmer setzte sich wie folgt zusammen: fünf Frauen vs. fünf Männer. Betrachtungen auf Einzelfallebene finden sich in den Arbeiten von Hümmer & Kuraszkiewicz (2012); Mohr & Kohler (2012) und Sauer (2012).

über *zentrale* Dimensionen, anhand welcher sich unterschiedliche Haltungen vergleichend beschreiben ließen. Als bester Indikator für Rückschlüsse auf individuelle Haltungen wird meist das *beobachtbare Verhalten* der Psychotherapeuten (verbal wie nonverbal) genannt.

Die Fachliteratur zum Thema bietet keine konsensfähigen Definitionen (vgl. Preß, 2014), eine systematische Forschungstradition hat sich noch nicht etabliert, auch wenn erste Ansätze zu erkennen sind (vgl. Sandell, 2007; Klug et al., 2008; Taubner et al., 2014). Dennoch lassen sich Annahmen finden, die mit den dargestellten Interviewergebnissen übereinstimmen und so deren Generalisierbarkeit nahelegen, ebenso wie Ergänzungen, die wir in der späteren Präzisierung aufgreifen möchten.

Wie bei den interviewten Personen scheint auch in der Literatur die Annahme verbreitet, dass es sich bei der Haltung um ein *zeitlich stabiles Merkmal* der Person handelt (z. B. Hoffmann & Hofmann, 2012). Ergänzend wird teilweise eine Art *hierarchische Struktur* der Haltungen angenommen. Dabei wird z. B. eine *konstante*, von lebensgeschichtlich entwickelten Werten und Überzeugungen abhängige, einer *inkonstanten Haltung*, welche sich nur situationsabhängig zeige, übergeordnet (vgl. Dantlgraber, 2008). Ebenfalls im Sinne einer übergeordneten Haltung schlägt Pelzer (2011) die „Balancekompetenz“ (S. 43) vor, womit die *flexible Anpassung* untergeordneter Haltungen an die Anforderungen des psychotherapeutischen Prozesses gemeint ist.

Einen für die Präzisierung relevanten Aspekt der Haltung, auf den im Abschnitt „Illustration: Vorschlag einer ‚klientenorientierten‘ Haltung“ noch genauer eingegangen wird, bemerkt Schweitzer (2012). Er definiert die therapeutische Haltung als „*Schnittstelle* zwischen systemtheoretischen und erkenntnistheoretischen Grundlagen einerseits und dem konkreten therapietechnischen Vorgehen andererseits“ (ebd., S. 247). Die Haltung wird hier also im Wesentlichen als eine *Relation* beschrieben, mit der die Art und Weise der Beziehung zwischen Theorie und praktischem Handeln angesprochen wird.

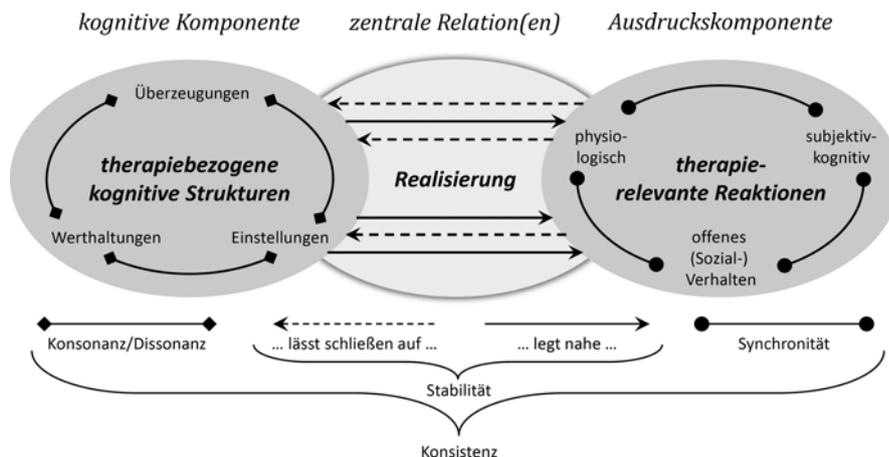


Abbildung 1: Graphische Darstellung des Konzepts der therapeutischen Haltung

In der psychodynamisch orientierten Literatur wird u. a. über den Stellenwert der *Bewusstheit* einer Haltung diskutiert (vgl. Dantlgraber, 1989). Meist werden dabei *Bewusstmachung und Reflexion* der eigenen Haltung als förderlich für den psychotherapeutischen Prozess angesehen (vgl. Mertens, 1993; Klüwer, 2003). Insgesamt wird der Haltungsbegriff auch in der Fachliteratur begrifflich unscharf und mehrdeutig genutzt.

Präzisierung: Entwicklung eines Arbeitsbegriffs der „therapeutischen Haltung“

Um den etablierten Gebrauch des Begriffs, die Anregungen aus der Fachliteratur sowie wissenschaftstheoretische Ansprüche zu berücksichtigen, schlagen wir folgenden Arbeitsbegriff vor:

Unter therapeutischer Haltung lässt sich die Realisierung therapiebezogener kognitiver Strukturen von Therapeuten in deren therapie relevanten Reaktionen verstehen.

Diese Explikation spricht drei wesentliche Bestimmungsstücke des Begriffs an: eine *kognitive Komponente* („therapiebezogene kognitive Strukturen“), eine *Ausdrucks Komponente* („therapie relevante Reaktionen“) und eine *zentrale Relation* („Realisierung“). Die postulierten Komponenten und Zusammenhänge, veranschaulicht in Abbildung 1, möchten wir nun genauer erläutern.

Um die **kognitive Komponente** der Haltung näher zu bestimmen (s. Abbildung 1,

links), greifen wir auf das Konzept der *kognitiven Strukturen* zurück, das in der klinischen Psychologie genutzt wird, um überdauernde Muster der Informationsverarbeitung, wie Schemata oder subjektive Theorien, zusammenzufassen (vgl. Hilbert, Röhrle & Ehring, 2008). Die hier ausgewählten Beispiele (Überzeugungen, Einstellungen, Werthaltungen; siehe Abbildung 1) sind etablierte Konzepte der Psychologie (vgl. z. B. Asendorpf, 2007; Kanning, 2011). Kognitive Strukturen werden als *relativ stabil* angesehen, d. h. nur langsam veränderbar und situationsübergreifend aktiv. Der Zusatz „therapiebezogen“ schränkt den Bezugsbereich auf beteiligte Personen (Klienten, Psychotherapeuten) sowie Aspekte des Psychotherapiegeschehens ein (Veränderungsprozesse und Wirkfaktoren, Beziehungsgestaltung und Methoden).

Die zwischen Überzeugungen, Werthaltungen und Einstellungen bestehenden Relationen lassen sich mit dem Merkmal der *Konsonanz/Dissonanz* beschreiben (vgl. Cooper, 2011), d. h., sie können „harmonieren“ oder sich widersprechen (siehe Abbildung 1, Verbindungen mit rautenförmigen Endungen). So lässt sich die Werthaltung „die Begegnung auf Augenhöhe ist positiv wertzuschätzen“ gut mit der Überzeugung „Transparenz fördert die Qualität der Therapiebeziehung“ verbinden (Konsonanz), aber weniger gut mit einer positiven Einstellung gegenüber „impliziter Persönlichkeitsdiagnostik“ (Dissonanz). Was wir hier als „kognitive Komponente“ der Haltung bezeichnen, dürfte sich weitgehend damit decken, was im alltäglichen Gebrauch unter „Therapieverständnis“

oder „Therapieprinzipien“ beschrieben wird (siehe auch weiter unten im Abschnitt „Illustration: ...“).

Um die **Ausdruckskomponente** der Haltung näher zu bestimmen (siehe Abbildung 1, rechts), greifen wir auf das Konzept der *Verhaltensreaktion* zurück und auf deren Beschreibung auf verschiedenen Ebenen, z. B. auf subjektiv-kognitiver, physiologischer sowie der Ebene offenen Verhaltens (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). Die Eigenschaft der Beziehungen zwischen den Reaktionsebenen lässt sich als *Synchronität* bezeichnen (siehe Abbildung 1, Verbindungen mit kreisförmigen Endungen). Damit soll das Ausmaß charakterisiert werden, in welchem sich gleichzeitig ablaufende Reaktionen auch *gleichsinnig*, d. h. als Ausdruck identischer Einstellungen oder Überzeugungen interpretieren lassen.

Für die Beschreibung unterschiedlicher Reaktionen bietet sich der Rückgriff auf Konzepte an wie z. B. „Empathie“, „Neutralität“ oder „Transparenz“, die im psychotherapeutischen Jargon etabliert sind. Die Charakterisierung einer konkreten Handlung z. B. als „empathisch“ hängt dabei u. a. von der wahrgenommenen Synchronität der Reaktionsebenen ab.

Besondere Bedeutung hat das Element der **Realisierung**, das die *Beziehungen* zwischen kognitiver und Ausdruckskomponente umfasst (siehe Abbildung 1, Mitte). Vereinfacht ausgedrückt legen bestimmte kognitive Strukturen situationsabhängig bestimmte Reaktionen nahe (siehe Abbildung 1, durchgezogene Pfeile). Umgekehrt lassen bestimmte situationsbezogene Reaktionen auf entsprechende Strukturen schließen (siehe Abbildung 1, gestrichelte Pfeile). Die Überzeugung „für erfolgreiche Psychotherapie ist eine genaue Störungsdiagnose wichtig“ legt z. B. nahe, dass der Psychotherapeut viel Zeit mit der Exploration und diagnostischen Einordnung von Symptomen verbringt. Gleichzeitig lässt ein solches Vorgehen den Rückschluss auf das Vorliegen eben dieser Überzeugung zu.

Mit der Betonung des relationalen Elements nehmen wir Bezug zur von Schweit-

zer (2012) vorgeschlagenen Charakterisierung der Haltung als „Schnittstelle“ (S. 247; s. o.) zwischen Theorie und Praxis. Über die Realisierungskomponente kommt eine Eigenschaft der Haltung zum Tragen, die als *zeitliche Stabilität* bezeichnet werden kann, womit ein in alltäglichem Gebrauch und Fachliteratur häufig genanntes Merkmal aufgegriffen wird (s. o.). Hohe Stabilität wird dann zugeschrieben, wenn sich das Verhalten eines Psychotherapeuten über verschiedene therapierelevante Situationen hinweg im Sinne der gleichen Überzeugungen, Werthaltungen und Einstellungen *interpretieren* lässt.

Etwas praxisnäher ausgedrückt wird die therapeutische Haltung als die *Art und Weise* definiert, auf welche sich *grundlegende Annahmen über Psychotherapie*, im *Verhalten von Psychotherapeuten* zeigen bzw. als Art und Weise, auf welche *Therapieverständnis und therapeutische Prinzipien verkörpert* werden.

Konsistenz der Haltung und therapeutische Kompetenzen

Oben wurden Konsonanz/Dissonanz, Synchronität und Stabilität als Eigenschaften der *einzelnen* Komponenten der Haltung genannt (siehe Abbildung 1). Es stellt sich die Frage, ob es auch eine Qualität gibt, die der Haltung *als Ganzer* zukommt. Für das entsprechende Maß schlagen wir den Begriff „**Konsistenz**“ vor. Damit lässt sich eine Art Metaeigenschaft der Haltung beschreiben, welche die Eigenschaften der einzelnen Komponenten zueinander in Beziehung setzt: Bilden sich miteinander vereinbare (*konsonante*) Überzeugungen, Werthaltungen und Einstellungen eines Psychotherapeuten über viele Situationen hinweg (*stabil*) in dessen psychotherapiebezogenen Reaktionen gleichsinnig (*synchron*) ab, wird dies vom Gegenüber vermutlich als „stimmig“, „verlässlich“ oder „eindeutig“ (*konsistent*) empfunden und positiv gewertet. Konsistenz stellt eine *formale* Eigenschaft dar, da eine Haltung unabhängig von deren sonstiger inhaltlicher Charakterisierung mehr oder weniger konsistent sein kann.

Psychotherapeutische Kompetenzen spielen bei der Realisierung eine Art „Vermitt-

lerrolle“: Sie ermöglichen Flexibilität, d. h. die Fähigkeit, eine Haltung konsistent zu vermitteln, trotz sich wandelnder Anforderungen (im Sinne der „Balancekompetenz“ nach Pelzer, 2011). Um die Überzeugung „die Ressourcen des Klienten sollten aktiviert werden“ (kognitiver Aspekt einer möglichen Haltung) über viele verschiedene Psychotherapiesituationen hinweg realisieren zu können, bedarf es z. B. einer *geschulten Wahrnehmung* für potenzielle Ressourcen sowie der *Verfügbarkeit adäquater „Methoden“* (spezifische Fragen, psychotherapeutische Angebote).

Dies betrifft ebenso die Realisierung theoretischer Annahmen bezüglich einer psychotherapeutisch sinnvollen Beziehungsgestaltung, die *soziale und emotionale Kompetenzen* des Psychotherapeuten erfordert. So kann eine hilfreiche Fähigkeit hinsichtlich der Annahme „Verantwortungsübergabe ist wichtig“ u. a. darin bestehen, Schweigen von Klienten nach schwierigen Fragen auszuhalten, wozu eigene Impulse, schnell nachzufragen oder Antworten vorzugeben, bemerkt und beherrscht werden müssen.

Erscheint die Haltung eines Psychotherapeuten aus der Beobachtungsperspektive als inkonsistent, so muss dies also nicht unbedingt an der Widersprüchlichkeit der Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen liegen, sondern könnte auch schlicht auf einen *Mangel an bestimmten therapeutischen „Skills“* zurückführbar sein. Die hier nur angedeuteten Zusammenhänge mit psychotherapeutischen Kompetenzen (vgl. Weck, 2013) bedürfen sicherlich noch eingehender Betrachtung und könnten zu einer weiteren Präzisierung des Haltungsbegriffs beitragen.

Die Haltung im Kontext theoretischer Grundannahmen und reflektierter Praxis

Akzeptiert man unseren Arbeitsbegriff, so lässt sich die kognitive Seite der therapeutischen Haltung als eingebettet in umfassendere Grundannahmen ihres „Trägers“ verstehen. Sie existiert nicht „im luftleeren Raum“, sondern steht in einem *Rechtfertigungszusammenhang*, sowohl mit Menschenbild, Ethik und erkenntnistheoreti-

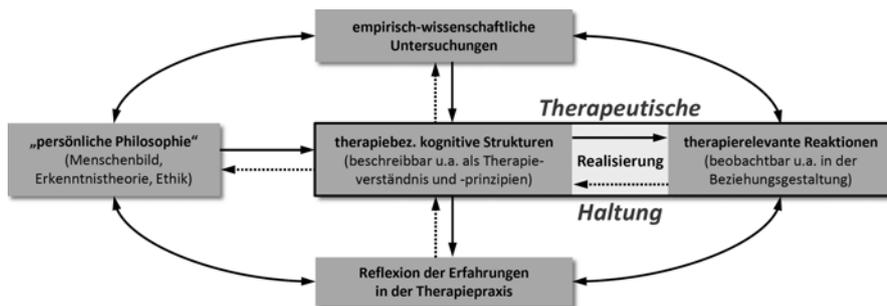


Abbildung 2: Die therapeutische Haltung im Kontext persönlicher Philosophie und reflektierter Praxis

schen Annahmen des Psychotherapeuten, d. h. der *persönlichen Philosophie* (Bertolino, 2010, S. 8), als auch mit seiner subjektiven *Interpretation verfügbarer Empirie*. Unter Bezug auf Abbildung 2, in der die Haltung in diesem Kontext dargestellt wird, gehen wir auf einige ausgewählte Zusammenhänge ein.

So legen anthropologische, erkenntnistheoretische und moralische *Grundannahmen* spezifische therapiebezogene Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen nahe (siehe Abbildung 2, links ↔ Mitte). Beispielsweise wird die allgemeine positive Wertung eines „Pluralismus der Lebensentwürfe“ nicht vor dem psychotherapeutischen Kontext haltmachen, sondern sich in einer ebenfalls positiven Wertung individueller Lösungswege von Klienten fortsetzen. Umgekehrt lässt sich von Psychotherapieverständnis und psychotherapeutischen Prinzipien auf allgemeinere philosophische Annahmen rückschließen.

Eine ähnliche Beziehung lässt sich zwischen verfügbarer *therapiebezogener Forschung* und deren Interpretation postulieren, die sich in Überzeugungen zu psychotherapeutischen Wirkfaktoren niederschlagen kann (im Sinne psychotherapiebezogener kognitiver Strukturen, siehe Abbildung 2, oben ↔ Mitte). So mag mancher Psychotherapeut aus den verfügbaren Studien zur Effektivität der „motivierenden Gesprächsführung“ schließen, dass die ausgewogene Betrachtung beider Seiten ambivalenter Motivation für den Veränderungsprozess förderlich sei. Auch die *Reflexion der Erfahrungen*, welche ein Psychotherapeut mit der von ihm realisierten Haltung in der Praxis macht, kann die psycho-

therapiebezogenen kognitiven Strukturen infrage stellen oder bestätigen (siehe Abbildung 2, unten ↔ Mitte).

Die Haltung erscheint also *in allgemeinere kognitive Strukturen eingebettet*. Daher kann es auch hier zu kognitiver Dissonanz kommen, die sich letztlich in widersprüchlichem Verhalten und auch subjektivem Unwohlsein des Psychotherapeuten zeigen dürfte (vgl. Peus, Frey & Braun, 2011). Nicht zuletzt kann die „persönliche Philosophie“ als eine Art *kognitiver Rahmen* verstanden werden, der die Entwicklung einer individuellen Haltung ermöglicht, aber auch begrenzt. Wie in Abbildung 2 angedeutet, lassen sich noch weitere Überlegungen hinsichtlich der Kontextualisierung der Haltung anstellen, auf die wir an anderer Stelle ausführlicher eingehen (vgl. Preß & Gmelch, 2014).

Illustration: Vorschlag einer „klientenorientierten“ Haltung

Wie könnte eine *spezifische*, in sich stimmige (konsistente) Haltung im Sinn des oben entwickelten allgemeinen Begriffs aussehen? Dies versuchen wir nun anhand der Beschreibung einer Haltung zu illustrieren, die uns persönlich zur Orientierung dient. Wie bereits in der Einleitung bemerkt, geht es dabei nicht um eine Haltung, die allgemeinen Zuspruch finden soll.

Da wir die Haltung eines Psychotherapeuten als in dessen *persönliche Philosophie* und *Interpretation wissenschaftlicher Erkenntnisse* eingebettet verstehen, skizzieren wir zunächst diese beiden Hintergrün-

de. Als inhaltliche Zusammenfassung der kognitiven Haltungskomponente beschreiben wir danach unser *Verständnis von Psychotherapie* sowie entsprechende psychotherapeutische Prinzipien. Ausdrucks- und Realisierungskomponente illustrieren wir schließlich anhand einer Reihe grober *Handlungsregeln*.⁶

Persönliche Philosophie und Annahmen über psychotherapeutische Wirkfaktoren

Wir gehen davon aus, dass Menschen danach streben, ihren Wahrnehmungen Bedeutung zu verleihen und diese „Sinngewinnung“ *aktiv, aus sich heraus* betreiben (vgl. Sommer, Baumeister & Stillman, 2012). Dieses und weitere Bedürfnisse (z. B. nach Affiliation, Kompetenz, ...) suchen wir zu befriedigen, indem wir unser Handeln an *antizipierten Situationen* orientieren, die wir anstreben oder vermeiden („Annäherungs- vs. Vermeidungsziele“; vgl. Grawe, 1998). In diesem Prozess der Bedeutungs-, Ziel- und Handlungskonstruktion kommt der *Sprache* eine zentrale Rolle zu: Mittels Sprache werden Entscheidungen im Fluss des Erlebens getroffen, die Auswirkungen auf Wahrnehmung und Verhalten haben (vgl. Hampe, 2011).

Wir führen unser Leben im Rahmen *biopsychosozioökultureller Bedingungen*, deren komplexes Zusammenspiel für beständigen Wandel und ständig neue Herausforderungen sorgt (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). In anhaltender Auseinandersetzung mit diesen entwickeln wir ein breites Repertoire unterschiedlichster Bewältigungsmöglichkeiten bzw. „*Ressour-*

⁶ In diesem Abschnitt erweitern/überarbeiten wir Ideen, die wir andernorts ausführlicher behandelt haben (vgl. Gmelch & Preß, 2012; Preß & Gmelch, 2014). Wir greifen dabei Annahmen und Handlungsvorschläge verschiedener Psychotherapieansätze auf, v. a. lösungs- und ressourcenorientierter Ansätze der systemischen und verhaltenstherapeutischen Tradition (u. a. De Jong & Berg, 2008; O’Hanlon, 2011; Willutzki & Teismann, 2013; Bannink, 2014), der Selbstmanagement-Therapie (vgl. Kanfer et al., 2012), des Motivational Interviewing (vgl. Miller & Rollnick, 2013), der Emotionsfokussierten Therapie (vgl. Greenberg, 2011) sowie diverser explizit integrativer bzw. pluralistischer Ansätze (u. a. Duncan, Miller & Sparks, 2004; Engle & Arkowitz, 2006; Bertolino, 2010; Cooper & McLeod, 2011).

cen“ (vgl. Groß, Stemmler & de Zwaan, 2012; Schaller & Schemmel, 2013; Willutzki & Teismann, 2013).

Wir vertreten eine erkenntnistheoretische Position, in welcher der Erkenntnisvorgang selbst als *konstruktiv* verstanden wird. „Wahrheit“ scheidet damit als Gütekriterium für gewonnene Überzeugungen, die wir als „Wissen“ bezeichnen, aus (vgl. Neimeyer, 2009; Kaimer, 2011). Annahmen und Theorien, die wir aus Erfahrung oder wissenschaftlichem Vorgehen entwickeln, können als Heuristiken *nützlich* für unser Handeln sein (vgl. Dörner, 2003), bleiben aber immer vorläufig.

Als zentrale moralische Werte erkennen wir *Selbstbestimmung* und *eigensinnige Lebensgestaltung* in sozialer Verantwortung an, die auch in der Psychotherapie gefördert und respektiert werden sollten (vgl. Kaimer, 2009). Ebenso möchten wir *optimale Unterstützung* bieten, was u. a. die kontinuierliche selbstkritische Reflexion unseres Handelns verlangt (vgl. Birnbacher & Kottje-Birnbacher, 2011).

In Psychotherapieverständnis und psychotherapeutischen Prinzipien spiegeln sich allerdings nicht nur persönliche Philosophie, sondern auch *Annahmen über psychotherapeutische Wirkfaktoren* wider (siehe Abbildung 2 sowie Abschnitt „Vorschlag eines Arbeitsbegriffs der ‚therapeutischen Haltung‘“). Welche Annahmen vertreten werden, bleibt dabei nicht folgenlos, sondern wirkt sich darauf aus, wie in Psychotherapien gehandelt und psychotherapeutische (Miss-)Erfolge „gedeutet“ werden. Damit besteht die Gefahr, sich in einmal gebildeten Überzeugungen „einzunisten“ und gegenüber alternativen, vielleicht hilfreicherer psychotherapeutischen Ideen abzuschotten. Um dem zu entgehen, scheint es sinnvoll, persönliche Annahmen über psychotherapeutische Wirkfaktoren kritisch zu reflektieren. Damit ließe sich gleichzeitig dem oben genannten ethischen Prinzip der *optimalen Unterstützung* nachkommen (vgl. Birnbacher & Kottje-Birnbacher, 2011).

Einen möglichen Hintergrund für eine solche kontinuierliche, kritische Reflexion bieten u. a. die Ergebnisse der Psychothera-

pieforschung. Unseren gegenwärtigen Stand der Auseinandersetzung mit dieser Disziplin möchten wir kurz zusammenfassen. Dabei folgen wir der Einschätzung renommierter Autoren verschiedener psychotherapeutischer Traditionen, dass Psychotherapie dann wirkt, wenn es gelingt, eine *kooperative Psychotherapiebeziehung* zu etablieren, in der an den *Zielen der Klienten* mit deren *aktiver Beteiligung* unter Nutzung von Mitteln gearbeitet wird, die mit den *Veränderungstheorien der Klienten* korrespondieren.⁷

Wichtig scheint die *individuelle Anpassung* der therapeutischen „Methodik“ an Sprache, kulturelle Kontexte und motivationale Prozesse der Klienten zu sein, vor dem Hintergrund einer *empathisch* und *wertschätzend* gestalteten Beziehung. Wenn diese Anpassung der Methoden und Beziehungsgestaltung gelingt, scheinen Abbruch- und Misserfolgsraten zu sinken sowie die Erfolgswahrscheinlichkeit zu steigen.

Von großer Bedeutung erweist sich dabei auch die Nutzung *kontinuierlicher Rückmeldungen* der Klienten, sowohl zu Veränderungen des Wohlbefindens (Ergebnisfeedback) als auch zur Qualität der psychotherapeutischen Beziehung (Prozessfeedback). Ein derartig gestalteter interpersoneller Kontext fördert die Umsetzung grundlegender *Veränderungsprinzipien*, wie z. B. korrektive Erfahrungen, Klärung, Ressourcenaktivierung oder die Aneignung neuer Problemlösefertigkeiten.

Kognitive Komponente: Psychotherapieverständnis und psychotherapeutische Prinzipien

Aus den vorigen Überlegungen erschließt sich die *kognitive Seite* einer klientenorientierten Haltung und kann gebündelt in folgendem Psychotherapieverständnis beschrieben werden:

Unter Psychotherapie verstehen wir die systematische Erkundung individueller Veränderungswünsche sowie Anregung, diese im Rahmen einer professionellen Unterstützungsbeziehung, die Eigenaktivität und die Nutzung von Ressourcen fördert, zu realisieren.

Im Kern verstehen wir Psychotherapie also als Angebot einer bestimmten *Form der zwischenmenschlichen Beziehung*, in der sich Klienten von Beginn an und über den gesamten Prozess hinweg als aktive Gestalter und kompetente Experten ihres Lebens (*wieder-)erleben* können. Von anderen psychosozialen Angeboten, wie etwa Beratung oder Coaching, lässt sich Psychotherapie graduell abgrenzen, indem auf aktuell nicht eigenständig überwindbar scheinende psychosoziale Probleme, die zu *erheblichem Leid* führen, als typische Psychotherapieanlässe verwiesen wird (vgl. Bamberger, 2010).

Psychotherapeutische Prinzipien differenzieren dieses Psychotherapieverständnis und stellen die „regulativen Ideen“ zur Reflexion praktischen Handelns dar. Als solche bieten sie Orientierung u. a. bei der *Strukturierung des Psychotherapieprozesses* (beschreibbar z. B. als Prozessphasenmodell, vgl. Gmelch & Preß, 2012) und in der konkreten *psychotherapeutischen Interaktion*. Folgende Prinzipien scheinen uns besonders relevant (vgl. ausführlich in Preß & Gmelch, 2014):

- **Zielorientierung:** Der Psychotherapieprozess orientiert sich schon sehr früh an positiv formulierten Zielen („Annäherungsziele“) der Klienten (vgl. De Jong & Berg, 2008). Diese dienen als *kommunikativer Bezugspunkt* in der gemeinsamen Organisation und Strukturierung des Veränderungsprozesses, müssen aber weder vollständig erreicht, noch im Lauf der Psychotherapie zwingend beibehalten werden.
- **Lösungsorientierung:** Die Entwicklung, Durchführung und Evaluation zielorientierter Schritte werden als *zentrale Aufgaben* in der Psychotherapie verstanden. Aufgaben im Sinne der Intensionsveränderung (vgl. Grawe, 1998), wie etwa die Klärung ambivalenter Motivation oder die funktionale Analyse problematischer Reaktionen, werden *bei Bedarf* angegangen (s. u. „Prozessorientierung“).

⁷ Diese und die folgenden Annahmen und Aussagen basieren v. a. auf Beiträgen in bzw. von Wampold (2001), Norcross, Beutler & Levant (2006); Duncan et al. (2010); Norcross (2011) und Lambert (2013).

- **Ressourcenorientierung:** Die *gesamte Person* des Klienten mit ihren biographischen und systemischen Bezügen wird unter Ressourcenperspektive betrachtet. Sowohl für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung als auch im Rahmen der Konstruktion zielorientierter Schritte bilden aktivierbare Ressourcen den *Ausgangspunkt* (vgl. Kaimer, 1995).
- **Prozessorientierung:** Um der Komplexität und Dynamik psychischen Geschehens gerecht zu werden, orientiert sich das psychotherapeutische Angebot von Moment zu Moment an *emotional-motivationalen Prozessen* der Klienten. Wird z. B. bestimmtes Verhalten („Widerstand“) als Hinweis für das Vorliegen ambivalenter Motivation gedeutet (vgl. Miller & Rollnick, 2013), kann von der übergeordneten Arbeit an zielorientierten Schritten abgerückt und in eine *zeitlich begrenzte Phase* der motivationalen Klärung übergegangen werden.
- **Feedbackorientierung:** Die „Feinsteuerung“ der Therapie im Sinne der Ausrichtung der Beziehungsgestaltung und des Angebots psychotherapeutischer Ideen orientiert sich an der *subjektiven Wahrnehmung der Klienten*. Von Relevanz sind dabei deren Rückmeldungen zu Qualität der Psychotherapiebeziehung, zielbezogenem Fortschritt und Auswirkungen auf zentrale Lebensbereiche (vgl. Duncan, 2014).
- **Kooperation:** Klient und Psychotherapeut arbeiten an den *gemeinsam formulierten*, vom Klienten inhaltlich bestimmten Zielen mit psychotherapeutischen Mitteln, über deren Auswahl und Nutzung Einigkeit besteht (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). Klienten übernehmen als „*Experten*“ ihrer *Erfahrungen*, d. h. ihrer Wahrnehmungen, Bedeutungskonstruktionen und Wünsche, die Verantwortung für die *inhaltliche Gestaltung* (Ziele, Themen, Entscheidungen). Als „*Experten*“ für *veränderungsförderliche Rahmenbedingungen* fühlen sich Psychotherapeuten verantwortlich für die Gestaltung des Psychotherapieprozesses, wozu auch die Förderung eines *respektvollen Umgangs* beider Interaktionspartner miteinander gehört sowie das Achten auf

eine gute *Balance zwischen Unterstützung und Fordern* (vgl. Gmelch, 2011, 2013).

Realisierung und Ausdruck: „Klientenorientierte Psychotherapeutenpläne“

Um das Beispiel einer klientenorientierten Haltung zu vervollständigen, beschreiben wir einige *allgemeine Reaktionsmuster*, die als „Umsetzung“ oder „Verkörperung“ der eben beschriebenen Prinzipien gesehen werden können. Aufgrund deren konzeptueller Nähe zu „Plänen“ (im Sinne der Plananalyse) formulieren wir sie als Aufforderung (vgl. Caspar, 2007). Folgende Auswahl von „Psychotherapeutenplänen“ illustriert damit die Ausdruckskomponente einer klientenorientierten Haltung (vgl. ausführlich in Preß & Gmelch, 2014):

- **Interessiere dich aufrichtig für das Erleben der Klienten!** Aufrichtiges Interesse am Erleben der Klienten zu zeigen heißt u. a., deren Sprache und Wortwahl aufmerksam zu beachten, deren Bilder und Metaphern aufzugreifen und den individuellen Bedeutungskontext zu explorieren, in dem Erlebnisse angesiedelt werden (vgl. Anderson, 1999). Um die subjektive Perspektive der Klienten zu privilegieren, bemühen sich Psychotherapeuten um ein empathisches Verstehen (vgl. Rogers, 1982) und kontinuierliches Rückversichern bezüglich der Stimmigkeit ihres Verständnisses der Probleme, Ziele, Veränderungen und Fortschritte der Klienten. Dies kann z. B. durch die kontinuierliche Nutzung einfacher Feedbackinstrumente unterstützt werden (vgl. Duncan, Miller & Sparks, 2004).
- **Sei offen für Eigensinnigkeit!** Offenheit können Psychotherapeuten zeigen, indem sie sich bei zunächst nicht nachvollziehbar oder gar „dysfunktional“ erscheinenden Lebensentwürfen und Lösungsideen *vorschneller Wertungen enthalten* und stattdessen mit *Verwunderung, Erstaunen und wohlwollender Neugier* reagieren. Ebenso werden „eigensinnige“ Ziele der Klienten als Psychotherapieziele akzeptiert, exploriert und mitgetragen, sofern nicht das Prinzip der sozialen Verantwortung, z. B. bei

Selbst- oder Fremdgefährdung, dem der Selbstbestimmung übergeordnet werden muss.

- **Vermittle Vertrauen in Ressourcen!** Vertrauen in Bewältigungskompetenzen, hilfreiche Fähigkeiten und Fertigkeiten der Klienten lässt sich vermitteln, indem Psychotherapeuten ihr aufrichtiges Interesse *auf Ressourcen fokussieren* (vgl. Willutzki & Teismann, 2013). Dies kann z. B. über Fragen nach Ausnahmen vom Problem, bisherigen Bewältigungserfolgen oder dem, was im Leben der Klienten funktioniert, umgesetzt werden (vgl. De Jong & Berg, 2008). Die Verfügbarkeit von Ressourcen kann auch unterstellt und das Vertrauen in diese gezeigt werden, indem Psychotherapeuten spezifische Methoden, Deutungen, oder „Erklärungsmodelle“ als *Angebote* einführen und die Klienten dazu einladen, diese zu *prüfen und für sich anzupassen* (in diesem Sinne Kaimer, 1995).
- **Sei wertschätzend!** Erleben Klienten aufrichtiges Interesse, Respekt vor Eigensinnigkeit und entgegengebrachtes Vertrauen in die Ressourcen, fühlen sie sich bereits positiv wertgeschätzt. Geäußerte Gefühle und Bedürfnisse explizit anzuerkennen und zu validieren (Bertolino, 2010) sowie weniger dominanten „Anteilen“ der Person eine Stimme zu verleihen (vgl. Greenberg, 2011), vermittelt ebenfalls positive Wertschätzung.
- **Übernimm Verantwortung für die Prozessgestaltung!** Das Kooperationsprinzip verlangt vom Psychotherapeuten, seiner Verantwortung als „Experte“ für die Prozessbegleitung gerecht zu werden. Dies bedeutet u. a., Klienten immer wieder Verantwortung für inhaltliche Entscheidungen zuzumuten, sich diesbezüglich selbst zurückzuhalten und v. a. auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse in der Psychotherapie zu verzichten (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). Dort, wo Klienten auf Basis verfügbarer Ressourcen nicht weiterkommen, kann der Psychotherapeut unterstützend einspringen, indem er psychotherapeutische Angebote macht (z. B. bei anhaltender Ambivalenz die Idee der Arbeit mit Anteilen und die

Methode des 2-Stuhl-Dialogs vorstellt; vgl. Engle & Arkowitz, 2006).

- **Verhalte dich konsistent!** Dieser Anspruch bezieht sich direkt auf die zentrale formale Eigenschaft der Haltung und ist damit eigentlich nicht spezifisch für deren klientenorientierte Variante. Es geht darum, *verbal wie nonverbal die gleiche Botschaft* zu senden (ähnlich „Kongruenz“, vgl. Rogers, 1982) und so die Psychotherapiesituation „berechenbar“ zu gestalten, was Klienten gerade in der oft von Orientierungslosigkeit und Instabilität gekennzeichneten Ausgangssituation Sicherheit vermitteln kann. Konsistenz im psychotherapeutischen Handeln erfordert dessen kontinuierliche Überprüfung vor dem Hintergrund des persönlich vertretenen Psychotherapieverständnisses. Deswegen stellt *konstruktiv-kritische Selbstreflexion*, u. a. im Rahmen kollegialen Austauschs (Team, Intervision, Supervision) und der Berücksichtigung von Rückmeldungen der Klienten, eine Bedingung der Entwicklung einer konsistenten Haltung dar (siehe unten).

Fazit

Im vorliegenden Artikel haben wir die *therapeutische Haltung* als Art und Weise der Realisierung psychotherapiebezogener Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen von Psychotherapeuten in psychotherapielevanten Reaktionen definiert. Eine *konsistente*, d. h. „klare“ oder „stimmige“ Haltung zu haben, bedeutet, miteinander zu vereinbarende Überzeugungen, Werthaltungen und Einstellungen über viele Situationen hinweg in gleichsinnigen Reaktionen realisieren bzw. „verkörpern“ zu können. Wie eine derart konsistente Haltung aussehen könnte, haben wir am Beispiel einer *klientenorientierten Variante* veranschaulicht.

Wir sehen die therapeutische Haltung als *das zentrale Therapeutenmerkmal* an, da es die Organisation therapiebezogener Denk-, Bewertungs- und Gefühlsmuster in Beziehung setzt zu therapierelevantem Verhalten, persönlicher Philosophie und therapeutischen Kompetenzen. Eine sol-

che Perspektive legt nahe, dass sich die Art und „Qualität“ der Haltung (z. B. im Sinne deren Konsistenz) auf die *Effektivität* des psychotherapeutischen Angebots auswirkt. Die Klärung dieses vermuteten Zusammenhangs zwischen individuellen Haltungen und psychotherapeutischen Ergebnissen dürfte eine interessante Aufgabe zukünftiger Psychotherapieforschung sein. Ebenso bietet ein allgemeines Konzept der Haltung die Möglichkeit, spezifische Haltungen, die von den unterschiedlichen Psychotherapieverfahren vorgeschlagen werden, zu vergleichen.⁸

Aber auch für den Praxisalltag könnte es sich lohnen, der eigenen therapeutischen Haltung Aufmerksamkeit zu widmen. Schließlich dürfte eine konsistente Haltung die Entscheidungsfindung im komplexen Psychotherapiegeschehen vereinfachen: Ein im Licht der Praxiserfahrung explizit reflektiertes Psychotherapieverständnis (die „kognitive Komponente“ der Haltung) erleichtert die Routinisierung psychotherapeutischen Handelns. Damit werden an anderen Stellen Kapazitäten frei, sich mit neuen Herausforderungen auseinanderzusetzen.

Für die Psychohygiene dürfte eine konsistente Haltung zudem von Bedeutung sein (vgl. dazu auch Hoffmann & Hofmann, 2012), da kognitive Dissonanz, ein Merkmal einer inkonsistenten Haltung, wohl als anhaltend unangenehm empfunden wird (vgl. Peus, Frey & Braun, 2011). Seine Haltung zu reflektieren und zu klären, könnte zu einer Dissonanzreduktion beitragen und damit sowohl zu subjektivem Wohlbefinden als auch größerer Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit. Die Voraussetzung für eine solche Klärung der eigenen Haltung sehen wir vor allem in der Bereitschaft, Zeit in eine bewusste, konstruktiv-kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Tätigkeit zu investieren. Viele Praktiker tun dies ohnehin schon, insbesondere zu Beginn ihrer Berufslaufbahn, z. B. im Rahmen von Super- und Intervision oder auch informell im Rahmen des kollegialen Austauschs.

Im Kontext der Ausbildung könnte eine kontinuierliche Thematisierung der therapeutischen Haltung einen Beitrag zur Reduktion der *Verunsicherung* leisten, die

viele Ausbildungsteilnehmer zu Beginn ihrer Praxistätigkeit erleben (vgl. Skovholt & Rønnestad, 2012). Sich die eigenen Grundannahmen bezüglich Psychotherapie (kognitive Komponente) zu vergegenwärtigen, böte die Möglichkeit eines bewussten Maßstabes, vor dessen Hintergrund die vielfältigen Praxiserfahrungen ebenso wie die theoretischen Inhalte aus Kursen und Workshops bewertet und integriert werden könnten.

Dafür bedarf es „förderlicher Umweltbedingungen“ (Hermer, 2012, S. 831), die Reflexionsmöglichkeiten, soziale Unterstützung und „sich Zeit nehmen“ als zentrale Werte für eigene Entwicklung beinhalten (vgl. Kade et al., 2003; Grünbaum, 2005). Bildet allerdings die Vermittlung störungsdiagnostischer und methodischer Fertigkeiten in Psychotherapieausbildungen den Schwerpunkt – zumal unter Rahmenbedingungen wie Zeitdruck, finanzieller Unsicherheit und unzureichend Reflexionsmöglichkeiten –, droht eine *Vernachlässigung wichtiger Entwicklungsbereiche* psychotherapeutischer Expertise (vgl. Skovholt & Starkey, 2010).

U. a. wird übersehen, dass Psychotherapeuten ihr Verhalten nur in geringem Maße bewusst „kontrollieren“ können. Ein großer Anteil des Verhaltens gegenüber Klienten läuft automatisiert ab, wobei Art und Qualität der Haltung eine wichtige Rolle spielen dürften (s. o.). Außerdem könnte dadurch – beabsichtigt oder unbeabsichtigt – die Entwicklung einer Haltung begünstigt werden, die die Wahrnehmungen des Psychotherapeuten über die des Klienten erhebt und Ersterem die Bürde alleiniger Verantwortung und psychotherapeutischer „Allmacht“ überträgt.

Wir hoffen mit der Entwicklung und ausführlichen Beschreibung unseres Arbeitsbegriffs der therapeutischen Haltung einen fruchtbaren Beitrag zu deren begrifflicher Präzisierung und Berücksichtigung in empirisch-wissenschaftlichen sowie ausbil-

⁸ Ansatzweise werden solche Vergleiche bereits gezogen, v. a. ausgehend von Arbeiten der Gruppe um den psychodynamisch orientierten Forscher Sandell (vgl. Sandell, 2007; Klug et al., 2008; Taubner et al., 2014).

dungs- und praxisbezogenen Diskursen zu leisten.

Literatur

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



Dr. phil. Hans Preß, Dipl.-Psych., arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Lehrstuhls für Klinische Psychologie/Psychotherapie der Otto-Friedrich-Universität Bamberg und ist approbierter Psychotherapeut (Schwerpunkt VT, CiP-Bamberg)



Dr. phil. Markus Gmelch, Dipl.-Psych., arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Lehrstuhls für Klinische Psychologie/Psychotherapie der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, als Psychologischer Psychotherapeut und Leiter einer Ausbil-

dungsambulanz. Seine Interessenschwerpunkte sind u. a. Integration in der Psychotherapie, Lösungs- und Ressourcenorientierung, gemeinsame Wirkfaktoren (insb. Beziehungsgestaltung und Änderungsmotivation), Selbstmanagement-Ansatz in der KVT.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Dipl.-Psych. Hans Preß

Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Fakultät Humanwissenschaften/Lehrstuhl
für Klinische Psychologie/Psychotherapie/
Psychotherapeutische Ambulanz/
Forschungsstelle
Markusplatz 3
96047 Bamberg
hans.press@uni-bamberg.de

Theoriewissen und Kompetenz zur Fallkonzeption von Psychotherapeuten in Ausbildung

Birgit Proll, Wiebke Hanke, Jennifer Klasen, Heidi Möller & Svenja Taubner

Zusammenfassung: Im Hinblick auf die Gestaltung der Psychotherapeutenausbildung wird untersucht, ob Unterschiede zwischen Ausbildungsteilnehmern in den Bereichen Theoriewissen und Kompetenz zur Fallkonzeption bereits vor Beginn der ambulanten Behandlungen bestehen und wie diese zusammenhängen. 182 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung¹ (PiA) der drei Richtlinienverfahren werden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ($N = 35$) querschnittlich untersucht. Sie schreiben eine Klausur in Anlehnung an die schriftliche Approbationsprüfung und verfassen einen Fallbericht auf der Grundlage eines Patienteninterviews. Im Theoriewissen zeigen diejenigen PiA bessere Werte, die mindestens mit der praktischen Tätigkeit begonnen haben. Die Kompetenz zur Fallkonzeption ist hinsichtlich der Differenziertheit des Fallberichts bei denjenigen PiA am höchsten, die ihre praktische Tätigkeit bereits beendet haben. Sowohl Kompetenz zur Fallkonzeption als auch Theoriewissen scheinen nicht durch eine längere Ausbildungszeit, sondern durch den Kontakt mit Patienten gefördert zu werden.

Einleitung

In den gesetzlich festgeschriebenen Bestandteilen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) (Psychotherapeutengesetz, 1999) sind die Kompetenzbereiche Theoriewissen und Kompetenz zur Fallkonzeption fest verankert. Ersterer wird mit wissenschaftlichen und

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die jeweilige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

methodischen Theorieveranstaltungen abgedeckt und letzterer soll während der Ausbildung durch die Beteiligung an und Dokumentation von Behandlungskonzepten verschiedener Patienten im Rahmen der praktischen Tätigkeit erfolgen. Die Kompetenz zur Fallkonzeption soll in der Ausbildung zudem durch Fallbesprechungen eingeübt werden, insbesondere im Kontext der vorgeschriebenen ambulanten Behandlungen und der begleitenden Supervision. Entsprechend enthält die staatliche Approbationsprüfung sowohl einen schriftlichen Teil, der das theoretische Wissen der PiA mittels einer Multiple-Choice-Klausur abfragt, als auch einen mündlichen Teil, in dem die Kompetenz zur Fallkonzeption der PiA unter anderem durch die Abfrage der Diagnose und entsprechender psychotherapeutischer Krankheitsbehandlung anhand mindestens eines Falls Anwendung findet. Der Länderrat und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) unterscheiden in ihrem aktuellen Entwurf der Kompetenzen für den Psychotherapeutenberuf in Studium und Ausbildung zwischen den Kompetenzbereichen 1.) Faktenwissen: Deskriptives Wissen, 2.) Handlungs- und Begründungswissen und 3.) Handlungskompetenz und professionelle Haltung (Länderrat & BPTK, 2014). Das Theoriewissen lässt sich dem Kompetenzbereich Faktenwissen und die Kompetenz zur Fallkonzeption dem Bereich Handlungs- und Begründungswissen zuordnen.

Diese Untersuchung ist eine Teilstudie der DFG-Studie „Kompetenzentwicklung von PsychotherapeutInnen in Ausbildung“ der Universität Kassel und der Alpen-Adria Universität Klagenfurt. Die längsschnittlich angelegte Hauptstudie untersucht Fach-, Methoden-, Sozial- sowie Selbstkompetenz mit der Fragestellung, ob es im Laufe der psychotherapeutischen Ausbildung zu einem Zuwachs in den verschiedenen Kompetenzbereichen kommt. Darüber hinaus hat die Studie zum Ziel, den Zusammenhang dieser Kompetenzen zum Behandlungserfolg zu untersuchen. Die hier vorgestellte Teilstudie greift die querschnittlichen Ergebnisse des Theoriewissens (als Operationalisierung der Fachkompetenz) und der Kompetenz zur Konzeption eines Falles (als Operationalisierung der Metho-

denkompetenz) vor Beginn der ambulanten Behandlungen für eine differenzierte Analyse heraus, um Hinweise für die Ausbildungsgestaltung geben zu können.

Zusammenhang von Theorie-wissen und Kompetenz zur Fallkonzeption

Sinnvoll für die Betrachtung des Zusammenhangs und der Entwicklung von Theoriewissen und Kompetenz zur Fallkonzeption erscheint zunächst eine Differenzierung zwischen „Wissen“ und „Können“, wie Ebner (2012) vorschlägt: Demzufolge lässt sich Theoriewissen dem Bereich des „Faktenwissens“ zuordnen. Bezogen auf die Psychotherapeutenausbildung umfasst dieser Bereich u. a. Kenntnisse über die wichtigsten Diagnosekriterien, Behandlungsverfahren, Lern- und Abwehrprozesse wie auch allgemeines Grundlagenwissen der klinischen Psychologie (Richter, 2009).

Hingegen ist die Kompetenz zur Fallkonzeption dem Handlungswissen, also einer Vorstufe der beruflichen Handlungskompetenz zuzuordnen. Gemäß Ebners (2012) Definition entspricht sie im Sinne eines „Könnens“ einem aufgabenbezogenen, abrufbaren Wissenssystem, das situations- und patientenbezogen abgerufen werden kann, der Generierung wirksamer beruflicher Handlungspläne dient und sich in der Komplexität und Diversität von Fallkonzeptionen ausdrückt.

Im Kontext der Entwicklung psychotherapeutischer Expertise betonen einige Autoren die praktische Anwendung des theoretischen Wissens und somit die wechselseitige Durchdringung von „Wissen“ und „Können“. Sie sprechen sich gegen eine Abgrenzung der Kompetenzen voneinander aus (Huppertz, 2006; Petzold, Hass & Märtens, 1998). Im Sinne einer stärkeren Praxisnähe – auch im Bereich der Theorievermittlung innerhalb der psychotherapeutischen Ausbildung – plädiert Berns (2005) in dieser Hinsicht für eine Verschränkung von theoretischem Wissen und Kompetenz zur Fallkonzeption, indem PiA sowohl lernen, welche Theorien zum impliziten oder expliziten Verständnis genereller Wirkfaktoren beitragen, und erkennen, welche Theorien für ein Gelingen des therapeutischen Prozesses hilfreich sein können. Ziel

der Ausbildung muss es demnach im Sinne einer Aneignung der Heuristik des jeweiligen Verfahrens sein, die spezifischen Symptome der Patienten und die Genese ihrer Störung mittels eines theoretischen Modells erklären zu lernen. Dies ist wiederum handlungsleitend für die Erstellung des Therapieplanes und stellt eine Übersetzungsleistung zwischen den beiden Wissensformen dar (Huppertz, 2006). Studien, die den Zusammenhang zwischen theoretischem Wissen und der Fähigkeit zur Fallkonzeption systematisch untersuchen, liegen nach unserem Kenntnisstand jedoch nicht vor.

Theoriewissen als psychotherapeutische Kernkompetenz

Für die berufliche Entwicklung von PiA scheint ein Zugewinn an Wissen über Theorie und Praxis der Psychotherapie im Verlauf der Ausbildung, einschließlich der (verfahrensspezifischen) Behandlungstechniken, unabdingbar (Wilkins, 2006). Trotz der hohen Relevanz dieser Kompetenz liegen lediglich einige Studien zur Selbstbeurteilung des theoretischen Unterrichts durch PiA vor: In der subjektiven Bewertung von PiA nimmt der Theorieunterricht im Vergleich zu anderen Ausbildungsbestandteilen einen geringen Stellenwert ein. Dabei wird das Training von (störungs-)spezifischen Methoden und Behandlungstechniken gegenüber allgemeinen Theorieseminaren in der Selbstwahrnehmung als bedeutsamer für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen eingestuft (Zimmer & Zimmer, 1998). Eine mögliche Ursache für diese Bewertung ist die hohe Redundanz von Lehrinhalten mit dem Psychologiestudium: Diese wird mit bis zu 216 Stunden und damit mehr als einem Drittel der gesetzlich festgeschriebenen Mindestanzahl von 600 Theoriestunden angegeben (Kröner-Herwig, Fydreich & Tuschen-Caffier, 2001). Psychotherapeutenausbildungsforscher forderten in der Folge eine Reduktion der Stunden sowie eine stärkere Vernetzung zwischen Theorie und Praxis (Bayer, 2007).

Es werden verfahrensspezifische Unterschiede in konzeptuellen Annahmen hinsichtlich des Theoriewissens angeführt. Beispielsweise ist ein zentrales Ziel des Theorieunterrichts in der Ausbildung mit

verhaltenstherapeutischer Vertiefung das Erlernen störungsspezifischer Theorien (Hoyer, 2005). In der psychodynamischen Ausbildung hingegen hat das Erlernen störungsspezifischer Interventionen geringere Bedeutung, da diese sich eher an unitarischen Störungsmodellen mit homogenem störungsübergreifendem therapeutischen Vorgehen orientieren (Linden, Langhoff & Milew, 2007). Ob derartige konzeptuelle Unterschiede zu verfahrensspezifischen Unterschieden im Ausmaß des Theoriewissens führen, ist bislang nicht untersucht worden.

Kompetenz zur Fallkonzeption als psychotherapeutische Kernkompetenz

Eine Fallkonzeption stellt nach Eells (2004, S. 4; Übersetzung Hanke, 2013) „eine Hypothese über die Ursachen und Haupteinflussfaktoren der psychischen, interpersonalen und behavioralen Probleme einer Person dar (...) ein Werkzeug, das helfen kann, komplexe und widersprüchliche Informationen über eine Person zu organisieren“. Ein Fallbericht umfasst demzufolge die schlussfolgernde Konzeption eines Falls verbunden mit einer Therapieplanung, die auf einem theoretisch begründeten Verständnis (der Probleme) des Patienten basieren (Laireiter & Botermans, 2005).

Die Fähigkeit zur Fallkonzeption hat eine hohe Relevanz für den psychotherapeutischen Prozess und wird als eines der Kennzeichen professionellen therapeutischen Handelns benannt (Casper, 2005). Ein positiver Zusammenhang zwischen Kompetenz zur Fallkonzeption und therapeutischer Effektivität konnte bereits in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (vgl. die metaanalytische Untersuchung von 24 Studien von Holloway und Wampold, 1986). Baer (2005) stellte überdies fest, dass der Zusammenhang zwischen der Qualität der Fallkonzeption und des Therapieerfolges bei komplexen Diagnosen besonders hoch ist. Die vorliegenden Studien zeigten außerdem, dass ausgebildete Psychotherapeuten gegenüber Laien (Diplom-Psychologen ohne psychotherapeutische Ausbildung) sowie Experten gegenüber Fortgeschrittenen und

Novizen der Psychotherapie deutlich schneller in der Lage sind, klinische Störungen zu klassifizieren und eine qualitativ bessere sowie therapeutisch relevante Fallkonzeption zu erstellen (Eells, Kendjelic & Lucas, 2005). Die Ergebnisse von Kendjelic und Eells (2007) bestätigen überdies die Notwendigkeit und den Nutzen spezieller Trainings zur Fallberichterstellung: 20 Psychotherapeuten einer psychiatrischen Klinik, die an einem zweistündigen Training zur Fallberichterstellung teilgenommen hatten, zeigten signifikant komplexere, qualitativ bessere und präzisere Fallberichte gegenüber einer Kontrollgruppe ohne Trainingsmaßnahme. Bisherige Studien zeigten beim Vergleich der Kompetenz zur Fallkonzeption keine verfahrensspezifischen Unterschiede (Eells, Kendjelic & Lucas, 2005; Goldfried, Raue & Castonguay, 1998; Wisner & Goldfried, 1998).

Hypothesen

In der vorliegenden Studie werden angehende Psychotherapeuten in psychotherapeutischer Ausbildung erstmals sowohl hinsichtlich ihres theoretischen Wissens als auch hinsichtlich ihrer Kompetenz zur Fallkonzeption untersucht und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die PiA werden dazu nach folgenden Kriterien unterschieden: Verfahrenszugehörigkeit (Verhaltenstherapie VT, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie TP, analytische Psychotherapie PA) und Ausbildungslänge (Anfänger, Fortgeschrittene). Weiterhin wird unterschieden, ob die PiA zum Erhebungszeitpunkt noch nicht mit ihrer praktischen Tätigkeit begonnen haben, sich in ihrer praktischen Tätigkeit befinden oder diese bereits absolviert haben. Die praktische Tätigkeit umfasst die Arbeit in einer psychiatrischen klinischen Einrichtung bzw. in einer anerkannten Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung unter fachkundiger Anleitung und Aufsicht. Sie ist von der praktischen Ausbildung abzugrenzen, in welcher ambulante Behandlungen unter Supervision stattfinden (siehe PsychTh-APrV). Die praktische Ausbildung hatte zum Erhebungszeitpunkt keiner der PiA bereits begonnen. Auf Basis der dargestellten Forschungslage werden folgende Hypothesen getestet:

1. In Anlehnung an die bisherigen empirischen Ergebnisse erwarten wir keine verfahrensspezifischen Unterschiede (VT, TP und PA) hinsichtlich der Qualität der Kompetenz zur Fallkonzeption (Eells, Kendjelic & Lucas, 2005). Auch in Bezug auf das Theoriewissen vermuten wir keine verfahrensspezifischen Unterschiede.
2. Es wird vermutet, dass sich fortgeschrittene PiA hinsichtlich ihrer Theoriekompetenz aufgrund einer größeren Anzahl abgeleiteter Theorieseminare im Vergleich zu den Anfängern signifikant im Sinne einer Kompetenzsteigerung unterscheiden. Für die Kompetenz zur Fallkonzeption hingegen wird kein Unterschied zwischen Anfängern und Fortgeschrittenen angenommen, da sich alle PiA dieser Stichprobe noch vor ihren ambulanten Behandlungen befinden und Kompetenz zur Fallkonzeption als Handlungswissen definiert wurde.
3. Wir erwarten, dass sich die Gruppe der Anfänger und die der Fortgeschrittenen im Bereich des Theoriewissens und der Kompetenz zur Fallkonzeption sowohl aufgrund ihrer Schwerpunktsetzungen im Studium (eine Ausbildung zum Psychotherapeuten setzt die Wahl des Schwerpunktfaches „Klinische Psychologie“ im Studium voraus) und dem i. d. R. damit einhergehenden klinischen Praktikum während des Studiums als auch aufgrund ihrer Teilnahme an Theorieseminaren signifikant von der Kontrollgruppe unterscheiden.
4. Hinsichtlich der praktischen Tätigkeit erwarten wir, dass die Kompetenz zur Fallkonzeption nach Abschluss der praktischen Tätigkeit höher ist als vor oder während der praktischen Tätigkeit. Diese Annahme ist mit der Definition der Kompetenz zur Fallkonzeption als Handlungswissen zu begründen, die durch praktische Erfahrung mit Patienten und deren Krankheitsverläufen durch das Absolvieren der praktischen Tätigkeit zu einer Steigerung der Kompetenz zur Fallkonzeption führen kann. Da wir das Handlungswissen in Abgrenzung zu Faktenwissen betrachten, erwarten wir für das Theoriewissen keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der praktischen Tätigkeit.

5. Da bisher keine Studien vorliegen, die den Zusammenhang zwischen Theorie- und Kompetenz zur Fallkonzeption empirisch begründen, und konzeptuell sich widersprechende Haltungen (Differenzierung Wissen/Können vs. Verschränkung der beiden Kompetenzen) bestehen, handelt es sich bei der Frage nach dem Zusammenhang zwischen theoretischem Wissen und Kompetenz zur Fallkonzeption um eine explorative Untersuchung und es ist keine Hypothesenbildung möglich.

Methoden

Stichprobe

Die folgende Analyse bezieht sich auf 182 Teilnehmer der Studie „Kompetenzentwicklung von PsychotherapeutInnen in Ausbildung“, die von der Universität Kassel und der Alpen-Adria Universität Klagenfurt durchgeführt wird. Die Teilnehmer befinden sich in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in einem der in Deutschland sozialrechtlich anerkannten Verfahren (TP/PA/VT). Zusätzlich wurde eine Kontrollgruppe (im Folgenden als KG bezeichnet) bestehend aus 35 Teilnehmern, die über einen akademischen Abschluss im Fach Psychologie ohne psychotherapeutische Zusatzqualifikation verfügen, einbezogen.

Die Rekrutierung der PiA erfolgte in Zusammenarbeit mit verschiedenen staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten in Deutschland. Von 29 angefragten Instituten erklärten sich 17 Institute zu einer Kooperation bereit. Die durchschnittliche Teilnehmerzahl pro Institut betrug 10.44 ($S_D = 12.79$). Von den angesprochenen Teilnehmerjahrgängen ($N = 730$) wurden 25.21% erreicht. Es liegen keine Informationen vor, die systematische Verzerrungen in der Teilnahme nahelegen. Die Rekrutierung der KG erfolgte über mehrere Aufrufe über verschiedene universitäre Mailinglisten, mit der Folge, dass sich diese überwiegend aus Doktoranden der Psychologie zusammensetzt.

In Tabelle 1 ist die Gesamtstichprobe ($N = 217$) differenziert nach Verfahrenszugehör-

Tabelle 1: Deskriptive Stichprobenmerkmale

	Verfahren			KG	Total	ANOVA: Unterschiede zwischen den Verfahren p^*
	PA	TP	VT			
N (%)	40 (18.4)	81 (37.3)	61 (28.1)	35 (16.1)	217 (100)	
Geschlecht (%)						0.394
weiblich	31 (77.50)	71 (87.65)	49 (80.33)	27 (77.14)	178 (82.03)	
männlich	9 (22.50)	10 (12.35)	12 (19.67)	8 (22.86)	39 (17.97)	
Alter (M/S_D)^a	33.64 (6.86)	31.69 (7.17)	29.50 (5.40)	28.91 (3.28)	30.98 (6.33)	0.002
Semester (M/S_D)	3.35 (2.35)	2.00 (1.36)	1.9 (1.18)		2.26 (1.67)	0.000
Ausbildungsart (%)^b						0.007
Vollzeit	14 (35.90)	52 (65.80)	36 (60.00)		102 (57.30)	
Teilzeit	25 (64.10)	27 (34.20)	24 (40.00)		76 (42.70)	
praktische Tätigkeit (%)^c						0.063
vor praktischer Tätigkeit	9 (25.71)	23 (32.39)	12 (24.49)		44 (28.40)	
in praktischer Tätigkeit	16 (45.71)	44 (61.97)	33 (67.35)		93 (60.00)	
nach praktischer Tätigkeit	10 (28.57)	4 (5.63)	4 (8.16)		18 (11.60)	

a) Die Altersangaben beziehen sich auf $N = 214$, da drei Personen keine Altersangabe gemacht haben.

b) Die Angaben zur Ausbildungsart beziehen sich auf $N = 178$, da vier Teilnehmerangaben, noch nicht entschieden zu sein.

c) Die Angaben zur praktische Tätigkeit beziehen sich auf $N = 155$, da die Angabe von 27 Teilnehmern fehlt.

* $p < 0,05$

rigkeit aufgegliedert. Im Folgenden werden prägnante Merkmale der Stichprobe sowie sich zwischen den Verfahren unterscheidende Merkmale aufgeführt. Von der Gesamtstichprobe sind 178 (82%) weiblich und 39 (18%) männlich, was repräsentativ für die Ausbildungssituation ist (Strauß et al., 2009). Das durchschnittliche Alter der Stichprobe beträgt 30.98 Jahre, der jüngste Teilnehmer ist 24 und der älteste 55 Jahre alt. Die PA-Teilnehmer sind signifikant älter als die VT-Teilnehmer sowie älter als die KG. Die durchschnittliche Semesterzahl für alle PiA beträgt 2.26 Semester. Die PA-Teilnehmer befinden sich durchschnittlich in einem signifikant höheren Ausbildungssemester als die VT-Teilnehmer und die TP-Teilnehmer. Die PA-Teilnehmer befinden sich außerdem signifikant häufiger in Teilzeitausbildung als die TP-Teilnehmer. Dieses könnte zum Teil die höhere Semes-

terzahl und das höhere Alter der PA-Teilnehmer vor Beginn der Ausbildungsbehandlungen erklären. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Verfahren hinsichtlich der Verteilung in der praktischen Tätigkeit. In Beziehung zur Ausbildungslänge ergibt sich folgendes Bild: Von den Anfänger-PiA im 1. bis 3. Semester befindet sich ein Großteil gerade in ihrer praktischen Tätigkeit (64.8%). 32.8% der Anfänger haben ihre praktische Tätigkeit noch nicht begonnen, während ein kleiner Teil der Anfänger (2.4%) die praktische Tätigkeit bereits absolviert hat. Bei den Fortgeschrittenen-PiA im 4. bis 12. Semester hat bereits die Hälfte ihre praktische Tätigkeit absolviert. 10% der Fortgeschrittenen-PiA haben noch nicht mit der praktischen Tätigkeit begonnen, während 40% sich noch in der praktischen Tätigkeit befinden. Weiterhin hatte noch keiner der

PiA mit den Ausbildungsbehandlungen sowie den begleitenden supervisorischen Sitzungen (praktische Ausbildung) begonnen.

Instrumente

Das **Theoriewissen** der Teilnehmer wurde mittels einer an der schriftlichen staatlichen Approbationsprüfung zum Psychologischen Psychotherapeuten orientierten Multiple-Choice-Klausur erhoben (Fink & Tritschler, 2008). Diese Klausur bestand aus 20 Fragen, welche jeweils mit einer bis zu drei richtigen Antworten zu bearbeiten waren. Die Fragen hatten zum Beispiel die folgende Form: „Welche Ich-Funktionen sind bei einer psychischen Dekompensation am häufigsten beeinträchtigt? Wählen Sie drei Antworten!“ A) Realitätswahrnehmung B) Phantasiefähigkeit C) Impulssteuerung D) Reizschutz E) Regressionsfähigkeit. Um die Rate der zufällig richtigen Antworten zu reduzieren, wurde nur bei komplett richtig angekreuzter Antwort ein Punkt vergeben, sodass in der Klausur maximal 20 Punkte erreicht werden konnten. Für das Ausfüllen des Tests standen den Teilnehmern 30 Minuten unter Aufsicht zur Verfügung. Um einer Verzerrung durch potenzielle Lerneffekte im Rahmen des geplanten Längsschnittdesigns in der Post-Erhebung vorzubeugen, wurden zwei Versionen der Klausur mit identischem Schwierigkeitsgrad konstruiert und in der Prä-Erhebung eingesetzt. Beide Versionen des Tests wurden in einer Vorstudie hinsichtlich Aussagekraft, Verständlichkeit und Vergleichbarkeit an 30 Psychologen und Psychotherapeuten überprüft.

Für die Erhebung der **Kompetenz zur Fallkonzeption** wurde den Teilnehmern eine 30-minütige Videosequenz eines mit der Interviewtechnik der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (OPD) im Rahmen einer Psychotherapiesitzung durchgeführten Erstgesprächs vorgeführt. Die anschließende schriftliche Beantwortung von fünf offenen Fragen bildet die Grundlage des Fallberichts. Die offenen Fragen betreffen a) die Symptomatik, die Beschwerden und zentralen Probleme des Patienten; b) die Diagnose; c) den Anlass für die Psychotherapie; d) die Ideen zu der Störungsgenese und e) das therapeutische Vorgehen und den Therapieplan. Das Format des an-

zufertigenden Fallberichts entspricht dem der Beantragung einer Richtlinien-therapie (Rüger, Dahm & Kallinke, 2008). Den Teilnehmern standen für die Beantwortung der Fragen 30 Minuten zur Verfügung. Sie wurden aufgefordert, die angeführten Fragen in vollständigen Sätzen zu beantworten. Die entstandenen Fallberichte wurden transkribiert und nach der „Case Formulation Content Coding Method“ (CFCCM) von Eells, Kendjelic und Lucas (1998) kodiert. Zur Bewertung der klinischen Fallberichte (Case Formulations) wurden die in den Fallberichten enthaltenen Informationen verfahrensübergreifend und reliabel kategorisiert. In der vorliegenden Studie erfolgte das Rating durch zwei unabhängige und hinsichtlich der theoretischen Orientierung sowie der Ausbildungslänge der PiA verblindete Coder. Diese Coder wurden zuvor systematisch anhand eines von der Projektleitung ausgearbeiteten und übersetzten Manuals geschult. Zudem führten die Coder Vorab-Ratings durch, um eine hinreichende Übereinstimmung zu erlangen. Gemäß der genannten Methode beinhaltet die Kompetenz zur Fallkonzeption zunächst die Bewertung der **Bandbreite**, das heißt der Anzahl an unterschiedlichen diagnostischen und schlussfolgernden Informationen. Weiterhin werden die einzelnen diagnostischen sowie schlussfolgernden Informationen nach dem Ausmaß ihrer **Elaboriertheit**, das heißt Detailliertheit, Kohärenz, Komplexität und Organisation, bewertet. Die Kompetenz zur Fallkonzeption wird weiterhin durch die **Qualität der Formulierung** des gesamten Fallberichts bewertet. Die Qualität wird durch die Subskalen **Komplexität** (als Maß der Integration verschiedener Informationen des Fallberichtes in einen bedeutungsvollen Zusammenhang), **Präzision der Sprache** (als Maß der Individualität der Sprache, Bezogenheit auf die individuelle Vignette und Detailliertheit des Fallberichtes), **Kohärenz** (als Maß der internen Konsistenz), **Passung** (als Maß der Passung zwischen Fallbericht und Therapieplanung) und **Elaboriertheit der Behandlungsplanung** widergegeben.²

Durchführung

Die Multiple-Choice-Klausur sowie die Fallberichterstellung wurden in einer Erhebungssitzung an den jeweiligen Ausbil-

dungsinstituten der PiA durchgeführt. Die Erhebungen der KG erfolgten in kleinen Gruppen sowohl in den Räumlichkeiten der Universität Kassel als auch der International Psychoanalytic University Berlin. Insgesamt dauerte die Bearbeitung der Multiple-Choice-Klausur und des Fallberichts etwa 1,5 Stunden. Alle Teilnehmer wurden über die Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und erteilten ihr schriftliches Einverständnis. Für die Studie liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Universität Kassel vor.

Ergebnisse

Unterschiede im Theoriewissen

Für die spätere Diskussion der statistischen Ergebnisse sind einige deskriptive Ergebnisse des Theoriewissens von Bedeutung: Legt man die Richtlinien zum Bestehen der schriftlichen Approbationsprüfung (Rettenbach, 2005) an, so hätten 29,49% der Teilnehmer die erforderlichen 12 Punkte (min. 60%) in der Multiple-Choice-Klausur erreicht. Detaillierter betrachtet bedeutet dies, dass 17,14% der KG sowie 31,89% der PiA, das heißt 29,93% der Anfänger und 40% der Fortgeschrittenen-PiA, die Prüfung bestanden hätten.

Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse (siehe Tabelle 2) weisen darauf hin, dass im

2 **Weiterführendes zur Methode:** Die Bewertung der **Bandbreite** an Informationen konnte Werte zwischen 0 und 10 annehmen. Dabei steht die 10 für eine sehr hohe Bandbreite. Die Bewertung der **Elaboriertheit** wurde auf einer Skala von 0 („nicht vorhanden“) bis 5 („sehr elaboriert“) vorgenommen. Um Deckeneffekte zu vermeiden und damit Kompetenzsteigerungen messen zu können, wurde mit dem Begründer des Manuals der CFCCM, Tracy D. Eells, eine Erweiterung der Skala um einen Wert nach oben vorgenommen. Aus dieser Skala ergibt sich bei Vorliegen einer sehr hohen Bandbreite eine mögliche Höchstpunktzahl von 50. Die Bewertung der **Qualität der Formulierung** wurde für die einzelnen Subskalen ebenfalls auf einer sechsstufigen Skala wie oben bewertet. Die Summe der einzelnen Werte bildete den Qualitäts-Wert des Fallberichtes. Die mögliche Höchstpunktzahl beträgt 25. Die Interrater-Reliabilität der Subskalen lag in der vorliegenden Studie zwischen Cronbachs $\alpha = .5$ und Cronbachs $\alpha = .8$, sodass alle Skalen in die Analyse miteinbezogen werden konnten.

Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der verwendeten Skalen sowie Ergebnisse der ANCOVA

Skala/Merkmal	Ausbildungslänge				praktische Tätigkeit					
	Anfänger (A)	Fortgeschr. (F)	KG	ANCOVA ^a F (df); p	Signifikanter Post-hoc Test mit Effektstärke ^b	vor prak. Tätigk.	in prak. Tätigk.	nach prak. Tätigk.	ANCOVA ^a F (df); p	Signifikanter Post-hoc Test mit Effektstärke ^b
Theoriewissen	10.13 (2.61)	10.57 (2.59)	9.31 (2.17)	3.424 (2); .034	F > KG (d=.622, p=.032)	8.98 (2.44)	10.62 (2.53)	10.94 (2.15)	9.337 (2); .001	in prak. Tätigk. > vor prak. Tätigk. (d=.7, p<.001) nach prak. Tätigk. > vor prak. Tätigk. (d=.921, p=.004)
Kompetenz zur Fallkonzeption: Differenziertheit des Fallberichts	14.24 (3.59)	15.04 (4.28)	14.43 (3.14)	0.698 (2); .499	–	14.28 (2.99)	14.06 (3.70)	17.06 (3.39)	5.967 (2); .003	nach prak. Tätigk. > in prak. Tätigk. (d=.88, p=.002) nach prak. Tätigk. > vor prak. Tätigk. (d=.82, p=.013)
Kompetenz zur Fallkonzeption: Qualität der Formulierung	13.60 (3.00)	14.40 (3.64)	14.10 (2.67)	1.279 (2); .254	–	13.86 (2.91)	13.68 (2.92)	15.33 (3.49)	1.967 (2); .143	–

a) kontrolliert für die Variable Alter

b) Bonferroni Anpassung für Mehrfachvergleich, Cohen's d

Theoriewissen keine signifikanten Unterschiede zwischen Anfänger- und Fortgeschrittenen-PiA bestehen. Auch hinsichtlich der Verfahren zeigen sich keine signifikanten Unterschiede im Theoriewissen. Die Analyse bildete jedoch Unterschiede im Theoriewissen hinsichtlich der praktischen Tätigkeit ab: PiA, die noch keine praktische Tätigkeit absolviert haben, haben signifikant schlechtere Ergebnisse im Theoriewissen erreicht als PiA, die sich bereits in der praktischen Tätigkeit befinden, und schlechtere Werte als PiA, die ihre praktische Tätigkeit bereits abgeschlossen haben. Im Vergleich mit der KG zeigt sich, dass die Fortgeschrittenen-PiA einen höheren Wert im Theoriewissen aufweisen als die KG. Die signifikanten Unterschiede sind in Abbildung 1 veranschaulicht.

Unterschiede in der Kompetenz zur Fallkonzeption

Die Kompetenz zur Fallkonzeption wurde in zwei Faktoren aufgeteilt (zum Vorgehen siehe „Anmerkungen zur statistischen Auswertung“ unter www.psychotherapeutenjournal.de, Ausgabe 4/2014): Der erste Faktor umfasst die Subskalen Präzision der Sprache, Kohärenz, Passung sowie Elaboriertheit der Behandlungsplanung und wird als „Qualität der Formulierung“ interpretiert

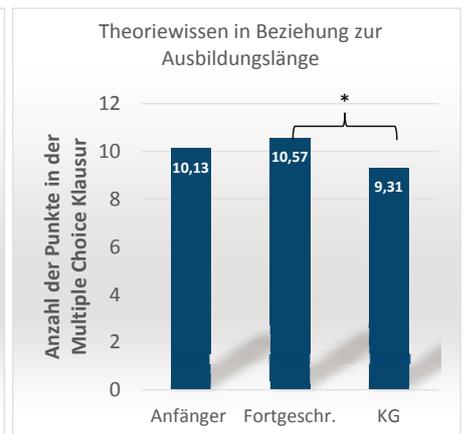
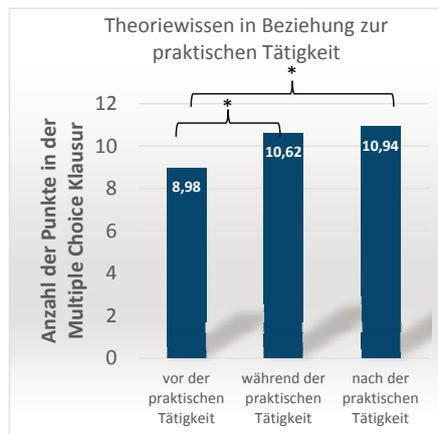


Abbildung 1: Mittelwerte signifikanter Ergebnisse im Theoriewissen

(Cronbach's alpha = .8). Die in diesem Faktor enthaltenen Angaben beziehen sich auf die Inhalte des gesamten Fallberichts. Der zweite Faktor „Differenziertheit des Fallberichts“ bezieht sich hingegen auf die diagnostischen und schlussfolgernden Informationen aus dem Fallbericht und enthält die beiden übrigen Subskalen Bandbreite und Elaboriertheit des Fallberichts (Cronbach's alpha = .6).

Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse über die Kompetenz zur Fallkonzeption (siehe Tabelle 2) weisen darauf hin, dass weder für den Faktor „Differenziertheit des Fallberichts“ noch für den Faktor „Qualität der

Formulierung“ signifikante Unterschiede zwischen Anfänger- und Fortgeschrittenen-PiA bestehen. Der Vergleich mit der KG zeigt ebenfalls keinen Unterschied zu den Anfänger- und Fortgeschrittenen PiA. Auch hinsichtlich der Verfahren zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in dem Faktor „Differenziertheit des Fallberichts“ sowie in dem Faktor „Qualität der Formulierung“. Die Analyse bildet jedoch Unterschiede in der Kompetenz zur Fallkonzeption für den Faktor „Differenziertheit des Fallberichts“ hinsichtlich der praktischen Tätigkeit ab: Die Differenziertheit des Fallberichts ist höher bei PiA, welche die praktische Tätigkeit bereits absolviert haben,

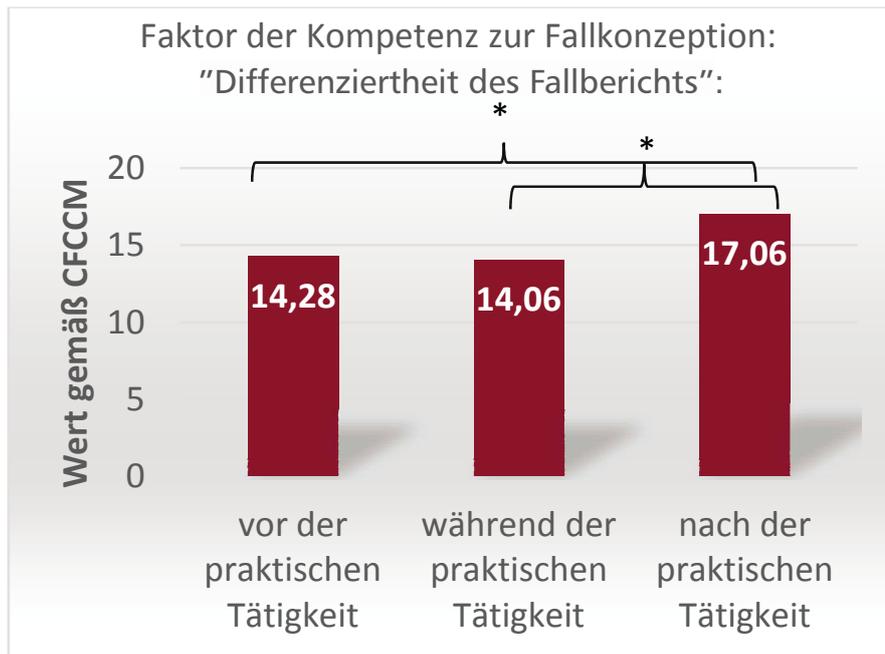


Abbildung 2: Mittelwerte signifikanter Ergebnisse für die Kompetenz zur Fallkonzeption

als bei denjenigen PiA, die sich noch in der praktischen Tätigkeit befinden und höher als bei PiA, die ihre praktische Tätigkeit noch nicht begonnen haben. Für den Faktor „Qualität der Formulierung“ zeigt sich kein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit von der praktischen Tätigkeit. Die signifikanten Ergebnisse werden in Abbildung 2 veranschaulicht.

Zusammenhänge zwischen Theoriewissen und Kompetenz zur Fallkonzeption

Unter Kontrolle des Alters als potenziellem *Confounder* des Theoriewissens zeigt sich unter Einbezug aller Teilnehmer weder ein Zusammenhang zwischen dem Theoriewissen und dem Faktor „Differenziertheit des Fallberichts“ noch zwischen dem Theoriewissen und dem Faktor „Qualität der Formulierung“.

Diskussion

Die zentrale Frage dieser Teilstudie war, ob Zusammenhänge zwischen Theoriewissen und Kompetenz zur Fallkonzeption in der psychotherapeutischen Ausbildung bestehen und wie sich beide Kompetenzen im ersten Ausbildungsabschnitt vor der Patientenbehandlung in Abhängigkeit von der Ausbildungslänge, der praktischen Tätigkeit

und im Vergleich zu einer KG unterscheiden. Die Ergebnisse zeigen für das Theoriewissen, dass es vor der praktischen Tätigkeit geringer ist als während der praktischen Tätigkeit oder nach Abschluss der praktischen Tätigkeit. Hinsichtlich der Verfahren und der Ausbildungslänge zeigen sich hingegen keine Unterschiede im Theoriewissen. Für den Faktor der Kompetenz zur Fallkonzeption „Differenziertheit des Fallberichts“ zeigt sich ein ähnliches Bild: PiA, die bereits eine praktische Tätigkeit absolviert haben, weisen höhere Werte auf als PiA, die sich noch in der praktischen Tätigkeit befinden, oder PiA, die ihre praktische Tätigkeit noch nicht begonnen haben. Wie bei den Ergebnissen des Theoriewissens zeigen sich für beide Faktoren der Kompetenz zur Fallkonzeption keine Unterschiede hinsichtlich der Verfahren und der Ausbildungslänge.

Im Einzelnen zeigen die Daten, dass ein hohes Niveau an Theoriewissen bereits zu Beginn der Ausbildung vorliegt: 17.14% der KG sowie 31.89% der PiA hätten die Multiple-Choice-Klausur gemäß den Richtlinien zur Psychotherapie-Prüfung (Rettenbach, 2005) bestanden. Allerdings war die Quote der bestandenen Klausuren in der Gruppe der Fortgeschrittenen-PiA (40%) größer als bei den Anfängern (29.93%). Die Ergebnisse zeigen, dass Ausbildungsteilnehmer bereits ein fundiertes theoretisches

Wissen aus dem Studium in die Ausbildung einbringen, auf das in Theorieseminaren aufgebaut werden kann (Kröner-Herwig, Fydrich & Tuschen-Caffier, 2001). Dies wird auch durch das Ergebnis erhärtet, dass die KG, bestehend aus Psychologieabsolventen ohne begonnene Psychotherapeutenausbildung, keinen signifikanten Unterschied zu den Anfänger-PiA aufweist. Die Hypothese, dass sich die Fortgeschrittenen-PiA hinsichtlich ihrer Theoriewissenkenntnisse signifikant von den Anfängern unterscheiden, wird von den Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht gestützt. Es zeigt sich jedoch, dass diejenigen PiA, die noch keine praktische Tätigkeit absolviert haben, schlechtere Werte im Theoriewissen aufweisen als PiA, die sich bereits in der praktischen Tätigkeit befinden, und als PiA, die ihre praktische Tätigkeit bereits abgeschlossen haben.

Wir interpretieren die Ergebnisse aufgrund des Vorliegens reiner Querschnittsdaten vorsichtig in die Richtung, dass der bloße zeitliche Verbleib in der Ausbildung nicht entscheidend für die Kompetenzentwicklung des Theoriewissens ist, sondern dass eventuell das Absolvieren der praktischen Tätigkeit einen Effekt auf die Verbesserung des Theoriewissens hat. Dieses Ergebnis widerspricht unserer Hypothese, dass die praktische Tätigkeit eher Auswirkungen auf das Handlungswissen als auf das Theoriewissen hat. Ein verbessertes Theoriewissen durch die praktische Tätigkeit könnte damit zusammenhängen, dass Theoriewissen nun auf die tatsächliche Arbeit mit Patienten trifft und somit bedeutsamer wird. Es zeigen sich insgesamt trotz der umschriebenen – je nach psychotherapeutischem Verfahren unterschiedlich – hohen Bedeutsamkeit der Theorievermittlung im Rahmen der Ausbildung (Laireiter & Botermans, 2005) wie erwartet keine verfahrensspezifischen Unterschiede in der Theoriekompetenz.

Gemäß der formulierten Hypothese ergeben sich keine verfahrensspezifischen Unterschiede in der Kompetenz zur Fallkonzeption, was dem Stand der Forschung entspricht (z. B. Eells et al., 2005). Darüber hinaus zeigen sich gemäß der Hypothese keine Unterschiede in der Kompetenz zur Fallkonzeption hinsichtlich der Ausbil-

dungslänge der PiA. Die Hypothese, dass sich die Anfänger und die fortgeschrittenen PiA in der Kompetenz zur Fallkonzeption signifikant von der KG unterscheiden, konnte hingegen nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse hinsichtlich der Ausbildungslänge bestätigen daher die These, dass eine Entwicklung der Kompetenz zur Fallkonzeption eine vertiefende, praktische Auseinandersetzung mit Patienten (z. B. Diagnostik, Behandlungsplanung etc.) voraussetzen scheint (Laireiter & Botermans, 2005). Da sich alle PiA dieser Stichprobe noch vor Beginn ihrer ambulanten Behandlungen befinden, wurden Unterschiede in der Kompetenz zur Fallkonzeption in Abhängigkeit der praktischen Tätigkeit untersucht. Der signifikante Unterschied, dass PiA nach dem Absolvieren der praktischen Tätigkeit einen höheren Wert für die Differenziertheit des Fallberichts erreicht haben als diejenigen, die sich in der praktischen Tätigkeit befinden sowie diejenigen, die ihre praktische Tätigkeit noch nicht begonnen haben, deutet darauf hin, dass die Bandbreite und die Elaboriertheit schlussfolgernder und diagnostischer Informationen nach der praktischen Tätigkeit ausgeprägter sind. Wie bereits bei den Ergebnissen zur Theoriekompetenz scheint die praktische Tätigkeit sich positiv auf die Kompetenz zur Fallkonzeption auszuwirken, während die rein zeitliche Unterteilung nach Semestern keine Unterschiede in der Kompetenzentwicklung zeigte.

Gemäß der bisherigen Ergebnisse scheint eine Verbesserung sowohl der Kompetenz zur Fallkonzeption als auch der Theoriekompetenz nicht durch eine längere Ausbildungszeit, sondern durch den Kontakt mit Patienten durch das Absolvieren der praktischen Tätigkeit gefördert zu werden. Dies gibt wichtige Impulse für die Ausbildungsgestaltung im Sinne einer früheren Heranführung an Patienten, um eine sinnvolle Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis zu erreichen.

Gleichzeitig weisen die Studienergebnisse darauf hin, dass es sich bei dem Theorie-

wissen und der Kompetenz zur Fallkonzeption angehender Psychotherapeuten um voneinander unabhängige Kompetenzen zu handeln scheint. In dieser Hinsicht scheint Ebners Modell (2012) der Differenzierung zwischen „Wissen“ und „Können“ auf die untersuchten Kompetenzen übertragbar. Gleichwohl scheinen beide Bereiche durch die Arbeit am Patienten im Rahmen der praktischen Tätigkeit gefördert werden zu können. Da jedoch die Querschnittsdaten keinen gesicherten Rückschluss auf den Einfluss der praktischen Tätigkeit hinsichtlich der Kompetenz zur Fallkonzeption und der Theoriekompetenz erlauben, sind die folgenden Längsschnittdaten abzuwarten.

Limitationen

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um Querschnittsdaten. Die Ergebnisse sind somit vorsichtig zu betrachten, da es sich um Kohorteneffekte handeln könnte. Eine weitere Einschränkung der Studie besteht darin, dass die PiA je nach Herkunftsberuf und Jahren praktischer Vorerfahrung bereits zu Beginn der Ausbildung hinsichtlich ihrer Kompetenz zur Fallkonzeption divergieren könnten. Somit können Unterschiede in den Mittelwerten auch auf ungleiche Ausgangsbedingungen in der Stichprobe zurückzuführen sein. Es ist zudem möglich, dass sich verfahrensspezifische Unterschiede in der Kompetenz zur Fallkonzeption nicht abbilden lassen, da die CFCCM von den verfahrensspezifischen Inhalten abstrahiert. Da von den PiA nur eine Fallvignette bearbeitet wurde, kann die Frage nach der Repräsentativität eines Fallberichtes für die Gesamtkompetenz zur Fallkonzeption der Ausbildungsteilnehmer gestellt werden. Insbesondere bei der Betrachtung der verfahrensspezifischen Vergleiche könnte in weiteren Studien zusätzlich ein Vergleich mit Expertenurteilen des jeweiligen Verfahrens angestrebt werden. Die Bedeutsamkeit eines Ausbildungselements kann jedoch erst im Konglomerat mit anderen Bestandteilen der Psychotherapeutenausbildung entstehen (Szigethy, 2004). In Zu-

kunft sollte daher mittels der Integration von Patientendaten ebenfalls eine Analyse des Zusammenhangs zwischen Theoriewissen und Kompetenz zur Fallkonzeption und Behandlungseffektivität erfolgen, um Aussagen über den Einfluss dieser Kompetenzen auf die Wirksamkeit der Psychotherapie treffen zu können (Orlinsky & Ronnestad, 2005).

Literatur

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

Gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft; zugehöriges Geschäftszeichen: MO 2008/2-1



Birgit Proll, M. Sc., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachgebiets Theorie und Methodik der Beratung an der Universität Kassel am Institut für Psychologie und tätig im DFG-geförderten Projekt zur Kompetenzentwicklung von Psychotherapeutinnen in Ausbildung. Ihr Forschungsinteresse liegt außerdem im Bereich der psychischen Belastung am Arbeitsplatz.

Korrespondenzadresse:

Birgit Proll, M.Sc.

Institut für Psychologie
FB 01 Humanwissenschaften
Universität Kassel
Holländische Straße 36-38
34127 Kassel
birgit.proll@uni-kassel.de

Kommentare zur Diskussion um die Reform der Psychotherapeutenausbildung

Liebe Leserinnen und Leser,

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

Die Diskussion um die Reform der Psychotherapeutenausbildung wird und soll nicht mit dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals abgeschlossen werden – wir laden zur weiteren Diskussion ein und freuen uns über Ihre Leserbriefe, Kommentare oder weiterführende Artikel!

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

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

Zum Leserbrief von Georg Schäfer und der Replik von Winfried Rief in Psychotherapeutenjournal 3/2014, S. 283-285.

Der Beitrag von Georg Schäfer spricht mir und vielen Kolleginnen und Kollegen, wie ich weiß, aus der Seele. Seit Längerem ist die Psychotherapeutenausbildung sowie die universitäre Ausbildung in Klinischer Psychologie von großer inhaltlicher Einseitigkeit geprägt, es wird in – manchmal missionarsartigem – Eifer ausschließlich Verhaltenstherapie gelehrt, alle anderen Ansätze kommen nicht vor und werden manchmal leider in polemischer, unsachlicher Weise abgewertet. Einseitigkeit widerspricht aber jeder Wissenschaftlichkeit. Und der Begriff der Wissenschaftlichkeit ist ja gerade mit der Verhaltenstherapie eng verbunden.

Es müsste jedem offensichtlich erscheinen, dass nicht eine einzige Psychotherapieform für alle Krankheiten geeignet sein kann. Oder geben Mediziner etwa bei jeder Krankheit ein und dasselbe Medikament? Ein einziges Medikament egal gegen welche Krankheit? Das würde jeder für absurd halten. Aber so findet es seit Längerem in der Psychotherapeutenausbildung statt. Natürlich ist die Verhaltenstherapie für manche klar umrissenen Störun-

gen sehr hilfreich. Nur was passiert mit den zahlreichen Klientinnen, die keine kleine, klar umrissene Störung präsentieren? Es darf nicht passieren – wie es mir zu Ohren kam –, dass eine Psychotherapeutin einer Klientin, die über den erlebten Missbrauch in der Kindheit dringend sprechen wollte, dies ablehnte, weil sie dazu kein Konzept habe. Das gaben ihre zahlreichen „Therapiemanuale“ nicht her! Sie bestand auf Entspannungstraining gegen die Panikattacken.

Wenn wir doch seit Langem wissen, dass einzelne, schulenspezifische Techniken gar nicht so wichtig für den Therapieerfolg sind, sondern dass dieser vielmehr über die Beziehung zur Therapeutenperson transportiert wird, dann muss das in der Ausbildung ein Schwerpunktinhalt sein. Lapidare Lehrsätze wie „Schaffen Sie Vertrauen und seien sie empathisch“ sind zu wenig. Wie als Anfänger dies umsetzen? Das muss trainiert und eingeübt werden! Und wenn die Therapeutenperson Dreh- und Angelpunkt des Therapieerfolgs ist, die Person also ihr eigenes Werkzeug ist, dann sollten die Psychotherapeutenanwärter(in-

nen) in der Psychotherapeutenausbildung als Person fit gemacht werden. Trainiert werden sollten ihre Empathie, ihr Reflexionsvermögen, kurz ihre inter- und intrapersonellen Fähigkeiten durch reichhaltige Selbsterfahrungseinheiten. In diesen müssen auch relevante Beziehungsmuster wie (Gegen-)Übertragungen, Widerstand, Projektion, um nur einige zentrale zu nennen, erlebt und diskutiert werden.

Und wenn wir weiterhin seit Langem wissen, dass die frühe Kindheit ein sensibles Zeitfenster für die Entwicklung psychischer Störungen ist, dann müssen künftige Psychotherapeuten lernen, Biografiearbeit zu leisten. Das gegenwärtige Symptom muss dann auch als Resultat der (frühen) Biografie begriffen werden.

Es ist schön und auch eine Stärke der Psychologie, dass wir alle kleine Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus der Universität entlassen. Die Wenigsten schlagen jedoch eine Universitätskarriere ein, sie wollen gar nicht forschen. Sie wollen Psychotherapeuten werden! Es kann nicht sein, dass jede Krankenschwester versierter in

der Gesprächsführung ist als eine fertige Psychologin. Fordern wir die reichlich vorhandene Intelligenz unserer Studierenden heraus: Fördern wir ihre Kompetenzen und bringen wir ihnen wieder mehr bei als nur mechanistische Konzepte von Verstärkung und Bestrafung und dem Ausreden irrationaler Gedanken. Es gibt so viel mehr! Vergessen wir Grabenkämpfe und Machtdenken zugunsten unserer Klientinnen und

Klienten. Nutzen wir die Chance einer Umstrukturierung des Studiums (Staatsexamen) und stellen die Klinische Psychologie an den Universitäten wieder auf ein breiteres Fundament. Die Klinische Psychologie hat mehr zu bieten als die lerntheoretischen Konzepte allein. Die Vorsitzenden der Psychotherapeutenverbände könnten Vorbild für friedliche und ertragreiche Zusammenarbeit sein.

Und nicht zuletzt schadet es auch der Psychotherapeutenausbildung nicht, Anleihen aus anderen psychologischen Disziplinen zu übernehmen – wie etwa die Bindungstheorie aus der Entwicklungspsychologie als zentrales Hintergrundwissen für jede(n) Psychotherapeut(in).

*Prof. Dr. Annette Boeger,
Universität Duisburg-Essen, Institut für
Psychologie, Entwicklungspsychologie*

Psychotherapeutenausbildung: Gut zu füllende Werkzeugkoffer, nötige Blicke über den Tellerrand

Die zurzeit allort vernehmbare Diskussion um die zukünftige Ausbildung von Psychotherapeuten veranlasste mich, meine eigene Ausbildungserfahrung kritisch zu reflektieren, ebenso das Wachstum der Berufserfahrung und seine Bedingungen seit über dreißig Jahren sowie die eigenen Erfahrungen als Ausbilder in GT und APT. Daraus werde ich dann empfehlende Schlussfolgerungen ziehen, die möglicherweise nicht sonderlich bequem sind für viele. Zunächst zu meinem Ausbildungsspektrum:

Zunächst lernte ich fünf Jahre an der HUB ausführlich Gesprächspsychotherapie bei J. Helm und I. Frohburg. Meine erste außeruniversitäre Arbeitsstelle im Berliner HdG brachte mir die Intendiert-dynamische GPT von K. Höck nahe. Dort konnte ich auch die Erfahrung machen, dass unterschiedliche Schulen ähnliche Phänomene ganz unterschiedlich beschreiben/bezeichnen, und durfte einige Zeit als „Übersetzer“ tätig werden. Ebenso war daran eine gruppenspezifische Selbsterfahrung von insgesamt 160 Stunden in vier Jahren gebunden. Einige Jahre im Suiziddispensar des Berliner LFKH Lichtenberg (Herzberge) brachten mir die tiefenpsychologische Dimension noch näher, ohne die diese Arbeit gar nicht zu leisten gewesen wäre. Dort stieß ich auf Henselers Konzept des Kränkungsfokus und begann eine Ausbildung im damals einzigen in der DDR zugänglichen psychoanalytisch begründeten Verfahren, dem Katathymen Bilderleben nach Leuner. Diese wurde letztlich

„grenzübergreifend“ im wiedervereinigten Deutschland beendet. Nach Abwicklung der Berliner Stelle begann ich an einer integrierten Beratungsstelle der Diakonie in Eisenach zu arbeiten. Dort erwartete man von mir zwecks „Annahme von Stallgeruch“ eine Weiterbildung am EZI in Berlin. Ich entschied mich für zwei Jahre Systemische Therapie bei K. Ludewig, der mein bisheriges „Weltbild“ gehörig durcheinanderschüttelte.

Neben der Beratungsstelle arbeitete ich einige Stunden in der Kostenerstattung, um für alle Fälle meine spätere Zulassung nicht zu gefährden. Diese wurde dann an 50 Stunden einzeltherapeutische Selbsterfahrung geknüpft. Dort ergab sich das Angebot, eine für zugelassene Tiefenpsychologen auf vier Jahre verkürzte Ausbildung zum Analytiker zu absolvieren. Hatte ich so etwas in Berlin noch abgelehnt, weil es mir für fünf Jahre mein Familien- und Freizeitleben als Musiker radikal beschneiden hätte, hatte sich meine Lebenssituation inzwischen so verändert, dass ich mich entschloss, für einige Zeit „in den Tunnel zu kriechen“, weil das kleine Licht am Ende der Röhre immerhin zu erblicken war und ich „nur“ 160 Stunden Lehranalyse absolvieren musste neben der sonstigen Ausbildung – außerdem dachte ich, diese Investition würde sich für knapp 20 Berufsjahre noch lohnen. Das tat sie auch.

Als frischgebackener stolzer „Junganalytiker“ mit immerhin 45 Lebensjahren wurde

ich mit Patienten in meiner Praxis konfrontiert, bei denen mir diese Ausbildung überhaupt nicht half – und stieß auf EMDR. Eine Supervisionsstunde in unmittelbarer zeitlicher Nähe zu einem Focus-Seminar bei H. Klüwer ergab einen Gedankenblitz, der meine weitere Arbeit weitgehend prägen sollte: Ist ein solcher Fokus nicht ziemlich dasselbe wie eine gute Negative Kognition beim EMDR?!

Ich lernte Plassmanns „Kurz-EMDR“ kennen und seine Arbeiten zu Heilungsprozessen in der Psychotherapie (wofür ich sehr aufgeschlossen war, denn er war einer meiner Lehranalytiker). Durch weiteres Experimentieren entwickelte ich ein Verfahren, das ich zunächst als EMDR-Variante bezeichnete. Erst der Besuch und eine halbtägige Hospitation/Supervision durch L. Reddemann erbrachte: ohne Augenbewegung kein EMDR! Wir bastelten gemeinsam an einem neuen, zutreffenden Namen und verfielen auf das Wortungetüm (ich musste es tagelang selbst buchstabieren): „Katathym-dynamische Prozessfokussierung“ (KDPF), deren Prinzip ist, per dem EMDR entliehenen Tapping den psychotherapeutischen Prozess zu fokussieren, was nach bisherigen Recherchen unter Verwendung vieler bislang erlernter therapeutischer „Techniken“ wie Verbalisierung, Klärung, Einwebung, Verhaltensanalyse, Fokussieren etc. erfolgt. Ich habe inzwischen auch einige systematische Beschreibungen angefertigt und arbeite gerade an einem Buch darüber.

Welche Schlussfolgerungen ziehe ich nun für die Psychotherapeutenausbildung aus diesen eigenen Erfahrungen?! Kürzlich hatte ich ein Gespräch mit M. Geyer von der Erfurter AfT (wo ich Lehranalytiker bin). Wir waren uns ziemlich einig, dass ein erfahrener Psychotherapeut aus seinem „Werkzeugkoffer“ immer das herausholt, was dem Patienten *jetzt gerade* nützlich ist: gute Verbalisierung, Konfrontation, Psychoedukation, Entspannung, systemische Perspektiventfaltung etc. etc. Das kann er natürlich nur, wenn sein Werkzeugkoffer gut gefüllt ist und er eine gewissermaßen methatherapeutische bzw. -methodische Perspektive entwickeln kann. Und dazu braucht man eben *mehrere* Verfahren! Dementsprechend denke ich, ein zukünftiger guter Psychotherapeut sollte eine abgeschlossene Ausbildung in mindestens zwei Verfahren und eine entsprechende Selbsterfahrungsstrecke in diesen absolviert haben – und natürlich auch einige Entspannungsverfahren verfügbar haben.

Ist nun die Frage, ob das eine universitäre Ausbildung alles leisten kann. Nach meiner

Gruppenselbsterfahrung war ich mir mit manchen Kollegen einig: Hätten wir das am Anfang des Studiums gehabt, hätten wir viel besser gewusst, ob das überhaupt unser Fach ist und worauf es eigentlich ankommt. Dann hätten wir Fächer wie Methodik und Statistik ganz anders integrieren können und teilweise motivierter absolviert. Und das klinische Fachstudium ab dem dritten Studienjahr hätte unsere parallele „Selbst-Behandlung“ als Integrationsmöglichkeit nutzen können. Diese wäre aber sicher nur von erfahrenen Praktikern durchzuführen gewesen, nicht von theoretisch schlauen, aber strukturgebundenen Uni-Theoretikern. Aus meiner AfP-Erfahrung weiß ich auch, wie wichtig praktische Erfahrungsarbeit an realen eigenen Fallgeschichten gegenüber der reinen Theorievermittlung ist, zumal wir ja auch eigentlich genügend Wissen darüber haben, wie Wissen am besten integriert und verwurzelt werden kann: über reale Erfahrung, die erinnerbar ist!

Insofern wird also langsam klar: Es geht nur auf zwei Schienen. Aber dass diese durchaus parallel laufen und somit die

Ausbildungszeit verkürzen können, scheint gut vorstellbar. Auf der anderen Seite steht aber die notwendige persönliche Reifezeit. Die ist nur über Teilhabe am Leben zu gewinnen – wie bei einem guten Hefeteig. Und wenn der nicht genügend Zeit zum Gehen hat und durch Temperaturerhöhung gepuscht wird, bildet er große Blasen. Ich erinnere an Ost- vs. Westbrötchen als Erfahrungsstrecke. Vielleicht sollten also weniger die Interessenvertreter der Universitäten bzw. Institute die anstehende Entscheidung treffen, sondern ein Gremium aktueller und vormalig „Ausgebildeter“ mit ihren Berufs- und Lebenserfahrungen.

Wir werden wohl bei der aktuellen Entwicklung psychogener Krankheitsbeteiligung demnächst viele gute Psychotherapeuten brauchen, die auch über ihren methodischen Tellerrand sehen können und strukturellen und systemischen Missbrauchstendenzen in unserer Gesellschaft widerstehen können.

*Frank-Dietrich Müller,
Eisenach*

Zur Ausbildungsreform aus Sicht der Humanistischen Psychotherapie und Systemischen Therapie

Zur Diskussion um eine Reform der Psychotherapeutenausbildung, die in den letzten Ausgaben des PTJ geführt wurde, möchten wir aus der Sicht der Humanistischen Psychotherapie (HP), einschließlich der Gesprächspsychotherapie (GPT) und der Systemischen Therapie (ST) wie folgt Stellung nehmen.

Die Wissenschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie wurde bereits 2002 und die der Systemischen Therapie im Dezember 2008 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) bestätigt. Doch trotz dieser berufsrechtlichen Anerkennung sind sie gegenüber den Richtlinienverfahren massiv benachteiligt. Denn solange ein psychotherapeutisches Behandlungsverfahren vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht als Richtlinienverfahren zugelassen und von den Krankenkassen bezahlt wird, ist die praktische

Ausbildung in diesem Verfahren de facto kaum zu realisieren, weil

- die Institutsambulanzen an den Ausbildungsstätten keine Ermächtigung nach § 117 SGB V erhalten,
- den Ausbildungsteilnehmern daher keine GKV-Patienten zur Behandlung zur Verfügung stehen,
- mit der Folge, dass eine Refinanzierung der Ausbildung über die Vergütung der Ausbildungstherapeuten nicht möglich und
- fraglich ist, ob die Ausbildung überhaupt zu Ende geführt werden kann, wenn man darauf angewiesen ist, für 600 Behandlungsstunden selbst zahlende ambulante oder stationäre Patienten zu finden.

Von daher fordern die GwG, die DPGG, die DGSF, die SG zusammen mit der „Arbeits-

gemeinschaft Psychotherapie“ (AGP) und vielen weiteren Verbänden seit Jahren die Gleichstellung dieser Verfahren mit den Richtlinienverfahren.

Die Humanistische Psychotherapie (HP), zu der sich auch die GPT/PP zugehörig fühlt, hat in Form der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) im Oktober 2012 einen Antrag auf Nachvollzug der wissenschaftlichen Anerkennung der HP gestellt. Obwohl mittlerweile schon zwei Jahre vergangen sind, beabsichtigt der WBP, den Antrag erst Ende 2015 (!) abschließend zu begutachten.

Der AGHPT gehören der VPP als Berufsverband und elf Verbände von folgenden Richtungen an: Personenzentrierte Psychotherapie (GPT), Gestalttherapie, Körperpsychotherapie, Existenzanalyse/Logothe-

rapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse und Integrative Therapie.

International hat die Humanistische Psychotherapie hohe wissenschaftliche Reputation und Anerkennung und gehört zweifelsfrei zu den gegenwärtigen vier Grundorientierungen in der Psychotherapie, neben der systemischen, der psychodynamischen und der behavioralen Psychotherapie. Von daher ist es ein politischer Anachronismus, dass sie in Deutschland der Patientenversorgung nicht zur Verfügung steht.

Gegenwärtig sind die Universitäten und Institutsambulanzen seit Jahren deutlich verhaltenstherapeutisch dominiert. Im Gegensatz zu den letzten Jahrzehnten gibt es kaum noch Professoren, die die HP und ST vertreten und lehren.

In einer zukünftigen Ausbildung, aber auch im Studium, muss deshalb die Verfahrens- und Methodenvielfalt in viel größerem Maße als bisher hergestellt werden, die ST und alle Methoden der HP sollten angemessen vermittelt werden.

Alle Unterzeichner(innen) vertreten die Position, dass folgende Probleme in der

aktuellen postgradualen und der zukünftigen Ausbildung dringend und schnellstens gelöst werden müssen:

- Eine Qualifizierung auf Masterniveau muss die Voraussetzung sowohl für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie als auch in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sein.
- Neben psychologischen müssen auch weiterhin pädagogische Zugänge möglich sein.
- Die Praktische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung muss entsprechend der Grundqualifikation der Ausbildungsteilnehmer angemessen vergütet werden.
- Die Ausbildungsteilnehmer dürfen in den Kliniken nicht als billige Arbeitskräfte missbraucht werden, sondern müssen eine fachlich angemessene Anleitung und Supervision bekommen.
- Die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie und Systemischer Therapie muss der Ausbildung in Richtlinien-therapie gleichgestellt werden, insbesondere muss die Möglichkeit gegeben werden, durch ambulante Psychotherapien in der Institutsambulanz die Ausbildung im gewissen Umfang zu refinanzieren.

- Im Studium und in der Ausbildung muss die größtmögliche Verfahrens- und Methodenvielfalt hergestellt werden. Alle vier Grundorientierungen, humanistisch, systemisch, behavioral und psychodynamisch müssen sowohl im Studium als auch in der Ausbildung angemessen vertreten sein.
- Die AGHPT fordert, dass von den 600 Stunden der Theoretischen Ausbildung mindestens 100 Stunden in HP und ST erfolgen müssen.

*Anni Michelmann, Sprecherin für die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG);
Birgit Wiesemüller, Vorsitzende der Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG);
Doris Müller, Vorsitzende der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG);
Manfred Thielen, stellv. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT)*

Psychotherapie in der stationären Jugendhilfe

Norbert Beck

Zusammenfassung: Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen stellen eine Hochrisikogruppe für multiple psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen und damit auch eine Gruppe mit intensivem psychotherapeutischem Behandlungsbedarf dar. Dem hohen Bedarf steht eine unzureichende psychotherapeutische Versorgung gegenüber. Für die skizzierte Klientelgruppe sind entsprechende Angebote durch externe niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹ häufig nicht zielführend, vielmehr gilt es, psychotherapeutische Leistungen in einen Gesamtkontext heilpädagogischer und therapeutischer (Be-)Handlungsstrategien zu integrieren. Psychotherapeutische Leistungen gehören zum Leistungsspektrum der Hilfen zur Erziehung (HzE) bzw. der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und sie tragen zu einer Qualifizierung dieser Maßnahmen bei. Trotz des hohen Bedarfs an psychotherapeutischen Leistungen in der stationären Jugendhilfe findet sich dieses Arbeitsfeld nur selten in den Ausbildungscurricula und in der beruflichen Planung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wieder.

Einführung

In der BRD wurden im Jahr 2012 über 70.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe im Rahmen der **Hilfen zur Erziehung (HzE)** oder im Rahmen der **Eingliederungshilfe** stationär betreut (Statistisches Bundesamt, 2012). Das Setting der stationären Jugendhilfen stellt damit ein bedeutendes Feld der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen psychosozialen Problemlagen und psychischen Störungen dar.

Mit der Anforderung einer Qualifizierung stationärer Hilfen Ende der 1960er-Jahre erfolgte ein Aufbau psychologischer Fachdienste in den stationären Einrichtungen und damit auch eine stärkere Implementierung psychotherapeutischer Elemente. Zunächst waren die psychologischen Fachdienste im Sinne von Zusatzleistungen weitgehend abgegrenzt vom gruppenpädagogischen Alltag, was nicht selten zu konflikthaften Verhältnissen der beiden Disziplinen Pädagogik und Psychologie führte. In der weiteren Entwicklung erfolgte zuneh-

mend eine Auflösung der Trennung Pädagogik und Therapie und die Integration therapeutischer und pädagogischer Handlungselemente im Sinne eines „Therapeutischen Milieus“ gewann zunehmend an Bedeutung. Bezüglich der psychotherapeutischen Ausrichtung erfolgte anfänglich der Versuch, die psychoanalytische Theorie in die heilpädagogische Heimerziehung zu implementieren (Flosdorf, 1976). In der Folge waren es vor allem systemische, ab Mitte der 1970er-Jahre auch verhaltenstherapeutische Verfahren, die mit der Entwicklung der Verhaltenstherapie insgesamt auch in der Heimerziehung ihren Eingang fanden.

Trotz dieser Entwicklung standen und stehen psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der stationären Maßnahmen immer wieder zur Diskussion. Auf der einen Seite erfolgte eine Spezialisierung eines Teils der Einrichtungen durch den Ausbau des psychologischen Fachdienstes und eine Integration psychotherapeutischer Methoden. Auf der anderen Seite wird eine Entspezialisierung gefordert und der Vorwurf der Psychiatrisierung bzw. Therapeuti-

sierung eines primär pädagogischen Arbeitsfeldes erhoben.

Zweifelsohne stellen Kinder und Jugendliche im Arbeitsfeld der stationären Hilfen sowohl an die pädagogische als auch an die therapeutische Expertise zunehmende Anforderungen. Dabei wird aber immer wieder – wie auch in anderen Handlungsfeldern der Jugendhilfe, z. B. der Erziehungsberatung (Borg-Laufs, 2003) – hinterfragt, ob psychotherapeutische Leistungen Gegenstand dieser Hilfeangebote sind. Neben der inhaltlichen Diskussion führt die Infragestellung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der Jugendhilfe somit auch zur Frage nach der sozialrechtlichen Zuordnung psychotherapeutischer Leistungen und letztlich auch zu Finanzierungsfragen.

Einordnung des Arbeitsfeldes der stationären Jugendhilfe

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG – SGB VIII) formuliert einen Rechtsanspruch auf die sogenannten **Hilfen zur Erziehung (HzE)**, wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist (§ 27 SGB VIII). In den Folgeparagrafen (§§ 28–35 SGB VIII) werden für die Umsetzung des Hilfeanspruches, je nach Hilfebedarf, unterschiedliche Leistungsformen definiert. Das Leistungsspektrum umfasst ambulante Hilfen (Erziehungsberatung, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistandschaft, Sozialpäd-

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

agogische Familienhilfe, soziale Gruppenarbeit), teilstationäre Hilfen (Tagesgruppen), Hilfen außerhalb des Elternhauses (Pflegefamilien, Heimerziehung) sowie intensive sozialpädagogische Einzelhilfen. Der Gesamtbedarf der HzE hat seit Inkrafttreten des SGB VIII 1990/1991 eine enorme Entwicklung genommen. Betrug das Fallzahlenvolumen über alle Leistungsangebote 1991 knapp 370.000 Hilfen, hat die Zahl der Hilfen 2011 erstmals die Millionengrenze überschritten. Die Fallzahlenentwicklung zeichnet sich allerdings nicht über alle Hilfeformen in gleicher Weise ab. Während es in den vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren zu einem intensiven Ausbau ambulanter Hilfen gekommen ist, sind die Fallzahlen im Bereich der stationären Hilfen, mit temporären Schwankungen, weitgehend gleich geblieben.

Neben der Erweiterung des Leistungsspektrums der HzE und dem Ausbau ambulanter Hilfeformen erfolgte mit der Einführung des KJHG 1990/1991 eine sozialrechtliche Neuverortung der **Eingliederungshilfe** für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung im SGB VIII. Es fand ein Zuständigkeitswechsel für diese Klientelgruppe von der Sozialhilfe in die kommunal strukturierte Jugendhilfe statt. Dieser neue Leistungstatbestand wird in der Rechtsnorm des § 35a SGB VIII beschrieben. Damit wurden Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung wegen der meist nicht gegeneinander abzugrenzenden pädagogischen und therapeutischen Bedarfe bei Verhaltensproblematiken und psychischen Störungen der Jugendhilfe zugeordnet (Fegert, 2012). Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII kann wie die HzE in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form erbracht werden. Während bei den HzE die Erziehungsberechtigten als Leistungsberechtigte definiert werden, sind im Falle der Eingliederungshilfe die Kinder und Jugendlichen direkt leistungsberechtigt.

Stationäre Jugendhilfe kann also einmal als **Hilfe zur Erziehung** oder als **Eingliederungshilfe** bei (drohender) seelischer Behinderung erfolgen. Als Leistungstatbestandvoraussetzung für die Eingliederungshilfe gemäß § 35a (siehe Kasten) gilt einmal die länger als sechs Monate dauernde

Abweichung der seelischen Gesundheit von einem für das Lebensalter typischen Zustand (entspricht einer psychischen Störung gemäß ICD 10) und eine daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigung. Liegt der Leistungstatbestand des § 35a SGB VIII vor, so handelt es sich oft um einen

intensiven stationären Betreuungs- und Behandlungsbedarf. Insgesamt handelt es sich bei jeder vierten Hilfe gemäß § 35a SGB VIII um eine stationäre Hilfe, bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfolgt mindestens jede zweite Maßnahme in stationärer Form.

§ 35a SGB VIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

(1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Absatz 4 gilt entsprechend.

(1a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt,

einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.

(2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

1. in ambulanter Form,
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
3. durch geeignete Pflegepersonen und
4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

(3) Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach § 53 Absatz 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 des Zwölften Buches, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

(4) Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und lässt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut werden.

Hilfen zur Erziehung/ Eingliederungshilfe und (Psycho-)Therapie: So- zialrechtliche Rahmen- bedingungen

Psychotherapie hat gemäß SGB V die Zielsetzung der Krankenbehandlung (Erkennung, Behandlung und Linderung psychischer Störungen mit Krankheitswert) und ist eine spezifische Form der Heilbehandlung im Leistungsspektrum des SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung. Stellt sich die Frage, ob Psychotherapie ebenso im Leistungsspektrum der Hilfen zur Erziehung/Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohten Kinder und Jugendlichen im Rahmen des SGB VIII erbracht wird. Nach Wiesner (2009) kann Psychotherapie nicht einem System exklusiv zugeordnet werden, sondern findet, entsprechend der Zielsetzung des jeweiligen Systems, Anwendung in unterschiedlichen sozialrechtlichen Kontexten – im Rahmen des SGB V zur Behandlung von psychischen Störungen mit Krankheitswert, im Rahmen des SGB VIII zur Unterstützung und Ergänzung des Erziehungsprozesses. In einem Thesenpapier spricht Nothacker (2007) hier neben der Richtlinienpsychotherapie von einer psychosozialen Psychotherapie in Leistungsbereichen der Sozialversicherungen, im Falle der HzE und der Eingliederungshilfe eben im Leistungsbereich des SGB VIII.

Die Grundlage für eine psychotherapeutische Tätigkeit im Leistungskatalog der HzE bildet § 27 Absatz 3 SGB VIII, in dem formuliert wird, dass die HzE die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen umfasst. Für die stationären Formen der HzE wird dies konkretisiert, indem in § 34 SGB VIII die Förderung der Entwicklung durch eine Verbindung von Alltagsleben, pädagogischen und therapeutischen Angeboten beschrieben wird. Insbesondere gehören psychotherapeutische Leistungen in das Leistungsspektrum nach § 35a SGB VIII, da ärztliche und psychotherapeutische Behandlung explizit zu den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe gehören (Wiesner, 2009).

Somit bleibt nach einem Gutachten von Wiesner (2005) auch nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) Raum für psychotherapeutische Leistungen in der Kinder- und Jugendhilfe, soweit sie der in § 1 SGB VIII formulierten Zielsetzung der Entwicklungsförderung der Kinder und Jugendlichen oder als Teil der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe dienen (siehe auch bke, 2008).

Welche psychotherapeu- tischen Aufgaben ergeben sich bei Kindern und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe?

Durch den Ausbau ambulanter und teilstationärer Hilfeformen ist es im Bereich der stationären HzE und der Eingliederungshilfe in stationärer Form zu einer Akzentuierung psychosozialer Problemlagen und psychischer Störungen gekommen. Nationale und internationale Studien (vgl. Schmid, 2008) weisen eine Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfemaßnahmen von 30% bis über 90% aus. Die Ulmer Heimkinderstudie (Nützel et al., 2005), in die knapp 700 Kinder und Jugendliche aus 28 Einrichtungen einbezogen wurden, belegt bei knapp 60% aller stationär betreuten Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen das Vorliegen mindestens einer psychischen Störung. Diagnostisch stehen die expansiven Störungen (26% Störungen des Sozialverhaltens, 24% hyperkinetische Störungen), aber auch emotionale Störungen wie Depressionen (10%) und Angststörungen (4%) oder Ausscheidungsstörungen (6%) im Vordergrund. Die Prävalenz psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe ist gegenüber einer Normpopulation um das drei- bis sechsfache erhöht, es handelt sich dabei häufig um komplexe, komorbide Störungsmuster mit Mehrfachdiagnosen. Konträr zur erhöhten Prävalenz gestaltet sich die therapeutische Versorgungssituation dieser Klientel. Nach der Ulmer Heimkinderstudie erhielten lediglich 11% der Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Störung eine psychotherapeutische Behandlung.

Zunehmende Bedeutung in der psychotherapeutischen Versorgung von stationär untergebrachten Kindern und Jugendlichen gewinnt die Berücksichtigung trauma- und bindungsspezifischer Interventionsmöglichkeiten. 60% bis 80% aller Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe weisen traumatische Erfahrungen auf (Schmid, 2010), sodass hier zunehmend störungsspezifische pädagogische und therapeutische Konzepte für diese Klientel notwendig werden.

Die besondere therapeutische Anforderung im Handlungsfeld der Jugendhilfe ergibt sich neben der Komplexität der psychosozialen Problemlagen oft aus den Vorerfahrungen der Kinder und Jugendlichen mit Hilfesystemen und therapeutischen Interventionen. Für eine Vielzahl der Kinder und Jugendlichen handelt es sich bei der stationären Hilfe nicht um eine Erstmaßnahme, sondern um eine Maßnahme in einer Kaskade diverser Hilfeangebote, die zumeist schon seit vielen Jahren erfolgt sind. Damit verbunden ist oft eine Ablehnung spezifischer psychotherapeutischer Angebote, insbesondere dann, wenn es nicht gelingt, diese Angebote in ein pädagogisch-therapeutisches Gesamtkonzept zu integrieren. Die Klientel hat hohen psychotherapeutischen Bedarf, ist aber den „klassischen Settings“ psychotherapeutischen Handelns nur schwer zugänglich. Eingeschränkt zielführend ist deshalb die Inanspruchnahme niedergelassener Psychotherapeuten außerhalb der Einrichtung durch die Kinder und Jugendlichen. Hier fehlen häufig die Rückkopplung mit der Einrichtung und die Abstimmung psychotherapeutischer Interventionen mit pädagogischen Handlungsstrategien. Vielmehr gilt es, pädagogisches Arbeiten und therapeutisches Verstehen im Lebensalltag der Kinder und Jugendlichen miteinander zu vereinbaren und als ein konsistentes, gemeinsames Konzept an sie zu vermitteln (Gahleitner, 2011; Beck et al., 2006). In diesem Verständnis der Gestaltung des Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung als „Therapeutisches Milieu“ sind kind-/jugendlichebezogene einzel- und gruppentherapeutische Interventionen in einen Gesamtprozess integriert (Gahleitner, 2011; Flosdorf, 1988).

Fallbeispiel

Nach einer mehrmonatigen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung wird der knapp 15-jährige Gymnasiast D. in eine therapeutische Wohngruppe aufgenommen. Die stationäre Aufnahme in der Klinik war nach Suizidandrohung und parasuizidalen Handlungen erfolgt. Der Behandlungsverlauf unterlag starken Schwankungen mit Phasen der Stabilisierung und Phasen intensiven Betreuungsbedarfes nach Selbstverletzungen, impulsiv-autoaggressiven Gedanken, Rückzug und massiven Schulgefühlen. Trotz einer Stabilisierung des Jugendlichen unter den entlastenden Rahmenbedingungen des stationären Settings und der psychopharmakologischen sowie psychotherapeutischen Behandlung wurde auf dem Hintergrund der Schwere und der Stabilität der Problematik mit den Eltern und dem Jugendlichen eine weiterführende stationäre therapeutische Jugendhilfe gemäß §35a SGB VIII initiiert.

Die psychosoziale Diagnostik weist in der Eigenanamnese eine leichte Sprachentwicklungsverzögerung aus, alle weiteren Meilensteine der Entwicklung wurden zeitgerecht erreicht. In der Kindheit wird eine Trennungproblematik und insgesamt eine eher schlechte soziale Integration berichtet, D. sei immer ängstlich und zurückhaltend gewesen. In der Familienanamnese wird eine Belastung mit psychischen Störungen mütterlicherseits berichtet. Die Urgroßmutter mütterlicherseits habe sich suizidiert, die Großmutter habe unter einer Depression gelitten. Die Mutter selbst schildert sich als psychisch belastet, sie leide unter einer intensiven Selbstwertproblematik.

Nach dem Besuch der Grundschule erfolgte der Übertritt auf das Gymnasium, wo D. zuletzt in der 9. Klasse mit durchschnittlichen Leistungen beschult wurde.

Bei D. wurde in der Klinik die Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD 10 F 32.2) sowie die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung gestellt.

Die Ressourcenanalyse weißt bei D. bezüglich personaler Ressourcen einmal eine musikalische Begabung und musikal-

isches Interesse, die gute kognitive Leistungsfähigkeit sowie die gute Beziehung zur Mutter aus. Als Umfeldressourcen lassen sich die gesicherten sozioökonomischen Verhältnisse sowie die Unterstützungsbemühungen durch die Familie herausheben.

Der in der Jugendhilfeeinrichtung durch den Psychotherapeuten zusammengestellte Behandlungsplan für D. stützte sich auf drei Interventionsebenen. Zum einen wurde im Sinne der Gestaltung des Gruppenalltags als Therapeutisches Milieu das pädagogische Gruppenteam in Interventionen angeleitet, die zu einer Reduktion des dysfunktionalen Problemverhaltens und zum Aufbau alternativer Handlungsstrategien führte. Hier wurden insbesondere das Rückzugsverhalten des Jugendlichen begrenzt (max. 20 Minuten), mögliche Freizeitaktivitäten angeleitet (Fußballgruppe, Gestaltungsgruppe, Fahrradwerkstatt) sowie Strategien im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten entwickelt (regelmäßige Sichtung des Kleiderschranks, um Schneidensilien zu finden und zu entfernen, Handlungsstrategien bei Auftreten des „Schneidedrucks“).

Im Rahmen der Einzelintervention mit wöchentlich stattfindenden Einzelsitzungen mit D. standen psychoedukative und verhaltenstherapeutisch-kognitive Aspekte der Behandlung einer Depression im Mittelpunkt. Diesen Inhalten war D. allerdings erst nach einer Stabilisierungsphase zugänglich. Insbesondere bzgl. der psychoedukativen Elemente zeigte sich D. auf dem Hintergrund seiner kognitiven Leistungsfähigkeit gut reflexionsfähig.

Der Jugendliche beschäftigte sich intensiv mit der Entstehung, dem Verlauf und möglichen Interventionsstrategien depressiver Störungen. Hierzu wurden psychoedukative Module eines Therapiemanuals zur Depressionsbehandlung (Schaub et al., 2006) altersgemäß angepasst. Mit D. wurden unterschiedliche ätiologische Faktoren depressiver Entwicklungen (genetische, biologische, soziologische, physiologische, lerntheoretische, kognitive Faktoren) erarbeitet und zu einem für den Jugendlichen stimmigen bio-psycho-sozialen Modell zusammengeführt. Aus dem gemeinsam erarbeiteten Modell wurden mögliche Elemente der Behandlung (medikamentös,

kognitive, verhaltenstherapeutische) herausgearbeitet. Insbesondere neurochemische Aspekte der medikamentösen Behandlung hatten für den Jugendlichen hier auch eine Bedeutung, da er immer wieder die pharmakologische Behandlung infrage stellte und v. a. zu Beginn seines Aufenthaltes auf das Aussetzen der Medikation insistierte.

Im weiteren Verlauf formulierte D. insbesondere quälende Schuldgedanken. So erlebte er eine erhöhte Verantwortlichkeit für Schicksalsschläge in seiner Umgebung. Mit Verweis auf kognitive Faktoren bei der Aufrechterhaltung einer Depression wurde deshalb die Strategie der kognitiven Umstrukturierung aus einem Depressionsmanual für Kinder und Jugendliche (Harrington, 2006) umgesetzt. Hierbei werden zunächst sogenannte automatische Gedanken gesammelt und dokumentiert („In meiner Umgebung sind zwei Menschen an Krebs erkrankt, meine Anwesenheit führt zu Erkrankungen“). In einem zweiten Schritt werden inadäquate Attributionsmuster herausgearbeitet und auf ihren Realitätsgehalt überprüft und alternative Gedanken entwickelt.

In den regelmäßig stattfindenden Elterngesprächen als dritte Interventionsebene im erweiterten Setting rückte schnell die problematische Situation der Eltern in den Mittelpunkt. Der Vater hatte nach eigenen Aussagen bis zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund der psychischen Belastung seines Sohnes die Ehe aufrechterhalten, hatte sich aber nun entschlossen, sich von seiner Frau zu trennen. Das Angebot einer gemeinsamen Eheberatung lehnten beide Ehepartner ab, als Auftrag an den Psychotherapeuten formulierten sie die Begleitung und Unterstützung im Trennungsprozess sowie die Vermittlung von komplementären Hilfeangeboten.

Die Entlassung des Jugendlichen aus der stationären Jugendhilfeermaßnahme erfolgte nach einem gut dreijährigen Aufenthalt. D. hatte zu diesem Zeitpunkt den Realschulabschluss erreicht, bezog unter ambulanter Weiterbegleitung ein eigenes Zimmer und begann eine Berufsausbildung. Nach einer Katamnese von zwölf Monaten handelt es sich weiterhin um einen stabil positiven Verlauf.

Möglichkeiten psychotherapeutischen Handelns in der stationären Jugendhilfe

Die psychotherapeutischen Interventionsbedarfe in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe werden häufig auf expansive Verhaltensprobleme reduziert, was aber in keiner Weise dem Störungsspektrum in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe entspricht (siehe hierzu das Fallbeispiel). Insbesondere in intensiven oder spezifischen therapeutischen Jugendhilfeeinrichtungen bilden sich eine Vielzahl von Störungsbildern und daraus resultierenden störungsspezifischen und störungsübergreifenden psychotherapeutischen Anforderungen ab.

Bezüglich des Settings sind gruppentherapeutische und einzeltherapeutische Verfahren zu unterscheiden. In gruppentherapeutischen Settings konnten z. B. für manualisierte Trainings mit aggressiven Kindern, die in das Gesamtbetreuungsangebot der Maßnahme integriert waren (Petermann et al., 2008; Nitkowski et al., 2009), deutliche Effekte bzgl. der Reduktion problematischer Verhaltensweisen und des Aufbaus von sozialintegrativen Kompetenzen im Vergleich zu Jugendhilfemaßnahmen ohne diese Therapieelemente gezeigt werden. Neben expansiv-aggressiven Problemverhaltensweisen sind häufig emotionale Problematiken (depressive Entwicklungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, ...) Gegenstand psychotherapeutischer Interventionen. Mehrfachdiagnosen bilden bei Kindern und Jugendlichen in der Jugendhilfe eher die Regel denn die Ausnahme (Dölitzsch et al., 2014), wobei die emotionale Problematik häufig in einem Symptomcluster mit der expansiven Problematik auftritt und von dieser überlagert wird. So können Trainings sozialer Kompetenzen, Gruppen oder Einzelverfahren zur Behandlung depressiver Störungen oder Angststörungen Gegenstand psychotherapeutischer Gruppen- oder Einzelangebote sein. Zum Teil bieten stationäre Jugendhilfeeinrichtungen auch störungsspezifische Gruppen wie Essgestörtengruppen, Gruppen für Kinder/Jugendliche

mit autistischen Störungen oder für Jugendliche mit Borderline-Problematiken an, für die dann auch spezifische psychotherapeutische Interventionen möglich sind. Grundsätzlich bietet die zunehmende Manualisierung und Standardisierung von meist kognitiv-behavioral ausgerichteten Interventionsmethoden auch für den Einsatzbereich der stationären Jugendhilfe einen breiten Methodenpool (siehe z. B. Hungerige, 2006).

Eine besondere Herausforderung und gleichzeitig Problematik bilden beraterische und psychotherapeutische Angebote im erweiterten Setting, also für die Eltern. Einerseits wird seitens der öffentlichen Jugendhilfe immer wieder dargestellt, dass psychotherapeutische Maßnahmen für Eltern nicht Leistungsgegenstand im Rahmen der stationären Hilfen sind. Andererseits werden im § 27 SGB VIII die notwendigen pädagogischen und therapeutischen Hilfen formuliert und leistungsberechtigt sind bei den HzE die Erziehungsberechtigten. Gleichzeitig sind die Kooperation mit den Eltern und der Aufbau erzieherischer Kompetenzen (Rücker, 2013) zentrale prädiktive Faktoren für die Gesamteffektivität der HzE, insbesondere wenn es um die Rückführung der Kinder/Jugendlichen in die Familien geht. Eltern von Kindern und Jugendlichen in Jugendhilfemaßnahmen stellen nicht nur eine Hochrisikogruppe hinsichtlich der Verdichtung sozialer Problemlagen und mangelnder Erziehungskompetenzen dar, sondern auch bezüglich eigener psychischer Störungen. Es ist davon auszugehen, dass 40% bis 50% der Eltern von Kindern und Jugendlichen in stationären Hilfen selbst unter einer psychischen Störung leiden. Somit gehören psychotherapeutische Elemente wie Elterntrainings und beraterisch-therapeutische Angebote für die Erziehungsberechtigten zu den Tätigkeitsfeldern von Psychotherapeuten in der stationären Jugendhilfe. Darüber hinaus spielen sicherlich auch psychoedukative und beraterische Elemente im erweiterten Setting, z. B. der Schule, im Sinne multimodaler Therapieansätze sowie das Case-Management im Sinne einer Gesamtfallführung eine Rolle im Gesamtverständnis psychotherapeutischen Handelns in der stationären Jugendhilfe.

Berufliche Situation der Psychotherapeuten in der stationären Jugendhilfe

Bis zum PsychThG im Jahr 1999 wurden psychotherapeutische Leistungen in der stationären Jugendhilfe primär durch den Psychologischen Fachdienst und damit durch die Berufsgruppe der Psychologen erbracht. Mit Inkrafttreten des PsychThG und der Anerkennung von zwei psychotherapeutischen Heilberufen – Psychologischer Psychotherapeut (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) – wurden auch pädagogische Studiengänge wie Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Pädagogik oder Heilpädagogik, zum Teil auch Sonderpädagogik, als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anerkannt.

Eine Analyse der Ausbildungsinstitute in NRW zeigt, dass gut 80% aller Ausbildungsteilnehmer der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutenausbildung aus pädagogischen Grundberufen kommen (Jungbauer et al., 2013). Die berufliche Perspektive ist häufig die Selbstständigkeit, allerdings könnten sich auch ca. 40% eine Angestelltentätigkeit in der Jugendhilfe vorstellen. Innerhalb des Arbeitsfeldes der Jugendhilfe nehmen die Erziehungsberatungsstellen einen hohen Stellenwert für KJP, die stationäre Hilfe dagegen eher eine marginale Position ein. Die amtliche Statistik (Statistisches Bundesamt, 2012) weist für 2010 insgesamt 1.157 KJP und PP sowie 3.805 Psychologen im Arbeitsfeld der Jugendhilfe aus. Gut 10% der KJP/PP sind im Bereich der stationären Hilfen, 69% im Arbeitsfeld der Erziehungsberatungsstellen tätig.

Der hohe psychotherapeutische Bedarf bei Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfemaßnahmen bildet sich also bislang kaum in der personellen Ausstattung der Einrichtungen ab und ebenso wenig in den beruflichen Perspektiven der KJP/PP. Ein wichtiger Grund könnte darin liegen, dass dieses Handlungsfeld in der Psychotherapeutenausbildung kaum vorkommt. Personalverantwortliche im Bereich der stationären Jugendhilfe müssen deshalb auch immer wieder feststellen,

dass entsprechende Stellen zunehmend schwer zu besetzen sind. Es scheint notwendig, die Besonderheiten des Arbeitsfeldes (stationärer) Jugendhilfe und die spezifischen Anforderungen psychotherapeutischen Handelns in diesem Arbeitsfeld stärker in der Psychotherapeutenausbildung zu berücksichtigen. Besonders zu begrüßen sind deshalb Initiativen wie die Entwicklung einer curricularen Fortbildung „Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII“ durch die Psychotherapeutenkammer Berlin.

Zentral für eine bedarfsgerechte Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischem Personal ist natürlich die Berücksichtigung entsprechender Planstellen in den Entgeltvereinbarungen. Immer wieder wird der gruppenübergreifende Fachdienst, dem die Therapeuten zuzuordnen sind, in den Entgeltverhandlungen kritisch hinterfragt, auch mit der Argumentation, dass über Therapeuten im Geltungsbereich des SGB VIII Leistungen des SGB V, der Krankenhilfe, erbracht werden. Angesichts der enormen psychosozialen Belastungen der Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen und der hohen Abbruchquote in diesen Maßnahmen (knapp 50% der stationären Hilfe werden nicht hilfepflichtkonform beendet!) wird aber nur eine weitere Qualifizie-

rung und eine vernetzte interdisziplinäre Ausgestaltung der Hilfen mit heil- und sozialpädagogischen, psychotherapeutischen, sonderpädagogischen und medizinisch-kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionen den Anforderungen dieser Klientel gerecht werden. Über alle Fachkräfte, über die therapeutischen, medizinischen und pädagogischen Fachdisziplinen hinweg und auch sozialpolitisch (vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht: BT-Drs. 16/12860, 2009) wird eine engere interdisziplinäre Verzahnung von Gesundheitshilfe und Jugendhilfe in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen gefordert. Dies setzt eine entsprechende Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutisch qualifiziertem Personal voraus. Stationäre Jugendhilfe sollte frühzeitig in der beruflichen Sozialisation von KJP als mögliches Arbeitsfeld präsent gemacht werden. Ein Weg hierzu wäre eventuell auch die Möglichkeit, in Kooperationsmodellen mit Kliniken die Tätigkeit in einer Jugendhilfeeinrichtung auf den Praxisteil der Ausbildung anzurechnen.

Literatur

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



Dr. Norbert Beck, Dipl.-Psychologe, Dipl. Soz.-Pädagoge (FH), ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Leiter des Therapeutischen Heims Sankt Joseph und Verbundleiter des Überregionalen Behandlungs- und Beratungszentrums Würzburg. Er ist Lehrbeauftragter an der Fachhochschule Coburg und Dozent am AWKV Kassel mit dem inhaltlichen Schwerpunkt kooperative Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen an der Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe.

Dr. phil. Norbert Beck

Therapeutisches Heim Sankt Joseph
Wilhelm-Dahl-Str. 19
97082 Würzburg
beck.norbert@skf-wue.de

Der jährlich stattfindende Boys' Day

Eine Möglichkeit, den Beruf des Psychotherapeuten mehr in die Öffentlichkeit zu bringen

Wolfram Dormmann, Michael Elsner, Christine Kirin, Anna Matthey, Rixa Meyer, Andreas Rose, Sebastian Scheler, Sonja Scott, Nick Stieglitz & Stefan Zeh

Zusammenfassung: Die schon immer niedrige Anzahl an männlichen Psychotherapeuten wird zukünftig noch weiter absinken, wie die Geschlechterverteilung in den psychologischen und pädagogischen Studiengängen zeigt. Konkrete Maßnahmen, dies zu verändern, gibt es bisher kaum. Ausgehend von der Durchführung eines sogenannten Boys' Day werden hier weitere Vorschläge gemacht, wie die Kammern, Hochschulen, Ausbildungsinstitute und Berufsverbände, aber auch alle angestellten und niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbst diesem Trend entgegenwirken können.

Einführung

Seit über zehn Jahren wird versucht, die Frauenquote in bestimmten Berufen durch die Veranstaltung von sogenannten Girls' Days zu erhöhen. Am Girls' Day sollen den Schülerinnen ausschließlich Berufe vorgestellt werden, in denen Frauen bisher eher selten vertreten sind. In der Regel sind dies die sogenannten MINT-Fächer, also „insbesondere Berufe aus den Bereichen Mathematik, Informationstechnologie, Naturwissenschaften, Technik und Handwerk“ (Girls' Day Homepage, 2013; www.girls-day.de). Ziel ist es, Mädchen einerseits für jene Berufe zu interessieren und ihnen andererseits die Angst davor zu nehmen, sie zu ergreifen. Der erste Tag, der nach diesem Muster durchgeführt wurde, fand in dem Unternehmen Lucent Technologies in Nürnberg im Jahr 2000 statt. Lucent Technologies hat den Girls' Day von amerikanischen Unternehmen geerbt: Dort gibt es seit 1991 den „Take Our Daughters to Work Day“. Diese nun auch in Deutschland eingeführte Idee wurde hier in einem Forum von Schulen, Politik und Gesellschaft weiter verfolgt und führte zur Institutionalisierung des seit 2001 jährlich durchgeführten „Girls' Day – Mädchen-Zukunftstag“ (Herpers, 2004).

In den letzten Jahren wurde diese Idee nun auch bei Berufen, in denen ein Mangel an Männern zu verzeichnen ist, aufgegriffen. Boys' Days werden vor allem von Bildungsinstitutionen und Einrichtungen aus den Bereichen Grundschulpädagogik und Elementarerziehung sowie aus den Pflegeberufen veranstaltet. Hier ist der Mangel offensichtlich und auch extrem (5% bis 10% Männer). Als typischer Frauen- bzw. Männerberuf wird allerdings schon dann ein Beruf bezeichnet, wenn in seinen Ausbildungskohorten weniger als 40% Männer (bzw. 40% Frauen) vertreten sind. So findet sich auf der Liste, die sich auf der Boys' Day-Homepage abrufen lässt, neben dem Fach Psychologie mit 24% männlichen Studienanfängern und den pädagogischen Studiengängen (15% bis 20%) inzwischen auch schon das Fach Medizin (39%) als typischer Frauenberuf. Eine Pilotstudie zur Motivation bei der Entscheidung zur Psychotherapeutenausbildung (Degner, 2013) bestätigt diesen Trend, der sich gleichermaßen in einer Studie zur Berufswahl von Ärzten zeigte (Hohner et al., 2003). Männer haben vor allem das Ziel, Karriere zu machen und einen gewissen beruflichen Status zu erreichen, wohingegen Frauen in erster Linie Beruf und Familie vereinbaren wollen. Mög-

licherweise schätzen Männer auch beim Beruf des Psychologen oder Psychotherapeuten die Chancen eines beruflichen Aufstiegs als geringer ein.

Brauchen wir mehr männliche Psychotherapeuten?

Männer haben unter den Psychotherapiepatienten nur einen Anteil von etwa 30%, obwohl sie z. B. eine dreifach höhere Suizidrate aufweisen oder häufiger von Suchtmitteln abhängig sind als Frauen. Man sagt, Männer litten anders und sie würden sich schwertun, überhaupt Hilfe zu fordern (Vennen, 2013). Allerdings zeigt sich in den letzten Jahren eine Zunahme an männlichen Patienten (Bardehle & Stiehler, 2010), was zukünftig einen höheren Bedarf an männlichen Psychotherapeuten vermuten lassen könnte. Inzwischen werden auch genderspezifische Psychotherapiekonzepte entwickelt, um den spezifischen Bedürfnissen von Männern mehr zu entsprechen und um ihnen den Schritt in eine Psychotherapie zu erleichtern (Neumann & Süfke, 2004). Ob dies bedeuten muss, dass Männer ihre Probleme lieber mit männlichen Psychotherapeuten angehen, ist allerdings genauso fraglich wie die Behauptung, dass Patientinnen ihre Probleme lieber mit einer weiblichen Psychotherapeutin angehen wollen. So müssen auch die Patientinnen inzwischen lange suchen, bis sie den geeigneten männlichen Psychotherapeuten ihrer Wahl gefunden haben. Es lässt sich resümieren, dass männliche Psychotherapeuten gefragt sind, es sie jedoch zukünftig immer seltener geben wird: Für die kommenden 20 Jahre

liegen die Prognosen derzeit zwischen 15% und 20% (Nübling, Schmidt & Munz, 2010; Locher, 2013).

Genderspezifische Beratung bei der Berufsfindung

Mit dem Boys' Day sollen junge Männer für typische Frauenberufe interessiert werden. Hier geht es allerdings weniger um Angstabbau oder Korrektur der negativen Selbsteinschätzung in den eigenen Kompetenzen, sondern überwiegend um den Abbau von Vorurteilen. Jungen sollen damit eine gezielte Unterstützung für die Entwicklung ihrer beruflichen und persönlichen Ziele erhalten, die jenseits einengender Geschlechterstereotype neue Horizonte eröffnet. Vor allem Pflegeberufe und soziale Berufe wie Erzieher und Sozialpädagoge oder in den letzten Jahren auch das Grundschullehramt werden beworben. Bedauerlich ist, dass die Aktionen von Hochschulen bei diesen Initiativen hier bisher die Ausnahme darstellen.¹

Konsequenzen

Wir halten es in Anbetracht des beschriebenen Mangels an männlichen Psychotherapeuten nun nicht etwa für sinnvoll, lange Diskussionen über die Ursachen dieses extremen Missverhältnisses anzustoßen. Es wäre Zeitverschwendung und führte, wie wir es schon in einer Vielzahl von Gesprächen erlebt haben, zur sinnlosen Verteidigung wenig fundierter, meist monokausaler Erklärungsversuche (z. B. „Die Frauen haben halt die besseren Abiturnoten.“²).

Des Weiteren ist der Beruf des Psychotherapeuten in der öffentlichen Meinung als Männerberuf schon repräsentiert. Kirsten von Sydow erforschte das öffentliche Image der „Psycho“-Berufe und stellte fest: Seit Jahrzehnten nahezu unverändert und über alle Medien hinweg ist das Stereotyp des Psychotherapeuten männlich (von Sydow, 2007). Sicherlich hält sich dieses Bild auch deswegen, weil die Psychotherapie überwiegend von Männern entwickelt wurde. Sigmund Freud,

Alfred Adler, Carl Gustav Jung und Wilhelm Reich sind im Bewusstsein großer Teile der Bevölkerung durchaus vorhanden und auch die zweite Generation wie Carl Rogers, Fritz Perls, Paul Watzlawick und Milton Erickson sind nicht nur bei Insidern bekannt. Vorurteile oder Berührungängste im Sinne von Geschlechterstereotypen abzubauen, erscheint daher wohl gar nicht nötig, wie dies vielleicht bei der Werbung für den Erzieher- oder den Pflegeberuf durchaus sinnvoll sein dürfte.³ Wichtiger sein dürfte die Korrektur bzw. Ergänzung des nicht vorhandenen oder fehlerhaften Wissens über die beruflichen Möglichkeiten mit den vorausgesetzten Studienfächern, aber auch über den relativ neu geschaffenen Beruf des approbierten Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Eine Schlüsselrolle bei der Beratung von Jugendlichen bezüglich der Wahl des Studienfaches spielen heute die Eltern. Dies zeigt auch der wachsende Zulauf zu Berufsfindungsmessen für Eltern und neuerdings die Veranstaltung von Elternabenden durch Universitäten (Locke, 2011). Auf solchen Veranstaltungen sollten daher die beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten, die ein Pädagogik- oder Psychologiestudium bietet, besonders herausgestellt werden. Bei der Teilnahme an einer solchen Berufsfindungsmesse für Eltern im Jahr 2012 mussten wir feststellen, dass die in den letzten Jahren vollzogene Aufwertung der Psychotherapie im Bereich der Gesundheitsversorgung allgemein und die weitgehende berufsrechtliche und sozialrechtliche Angleichung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an die Fachärzte sogar in vielen bildungsinteressierten Familien immer noch nicht wahrgenommen worden ist.

Gerade Statusunsicherheit und berufliche Stagnation aber sind Punkte, die junge Männer nicht sehr attraktiv finden (Brandes, 2002, S. 236). Diese Erfahrung brachte uns als Ausbildungsinstitut auf die Idee, Beruf und Ausbildungsweg im Rahmen eines „Boys' Day – Jungen-Zukunftstag“ zu präsentieren.

Die Vorbereitung einer Aktion zum Boys' Day 2013

Der erste Schritt bestand in einer Anmeldung dieser Aktion auf der offiziellen Homepage (www.boys-day.de), auf der alle Veranstaltungen in Deutschland gelistet werden. Da wir nicht nur interessierte Jugendliche einladen und die bei ihnen vorhandene Motivation für diesen Berufsweg bestärken, sondern vor allem bei Eltern, Lehrern und in der Öffentlichkeit Beachtung für unser Anliegen finden wollten, entwarfen wir für diese Gruppen zusätzliche begleitende Informationen.

Auf einem Flyer führten wir die generell attraktiven Merkmale unseres Berufes und dazu eine Auswahl von ganz persönlichen Motiven auf (siehe Abbildung 1, S. 386). Neben dem Einladungsschreiben (siehe Abbildung 2, S. 386) enthielt der Flyer auch ein Schaubild, auf welchem der pädagogische, der psychologische und der medizinische Weg zum Beruf des Psychotherapeuten zeitlich und inhaltlich einander gegenübergestellt wurden (siehe Abbildung 3, S. 387). Bei den angestrebten beruflichen Tätigkeiten wird hier zum einen die „gemeinsame Endstrecke“ deutlich, auf die alle drei Wege zulaufen, und zum anderen zeigt sich die Fülle der Möglichkeiten, die sich sowohl im angestellten wie auch im selbstständigen Rahmen auf-tun. Nicht zuletzt sollte dieses Schema auch den gesellschaftlichen Status unseres Berufes herausstellen.⁴ Dieser Flyer wurde in einer Auflage von 2.500 Stück

1 In den letzten Jahren waren es die Universität Bochum, die Universität Hildesheim und neuerdings auch die Universität Koblenz-Landau, welche mit verschiedenen Aktionen und Workshops die Pädagogik bzw. die Psychologie als Studienfächer am Boys' Day präsentierten.

2 Dennoch halten die Medizinischen Studiengänge immer noch ca. 40% Männeranteil, was dieser Erklärung widersprechen würde.

3 Wer die Presseberichte über den aktuell rasanten Ausbau von Kita-Plätzen verfolgt hat, erinnert sich vielleicht auch, dass hier häufig und ganz selbstverständlich von dem damit verbundenen „großen Mangel an Erzieherinnen“ geschrieben wurde. Erzieher scheint man heute wohl gar nicht mehr zu kennen.

4 Diese Graphik wurde auf einem zwei Meter hohen Roll-Up u. a. bei einer Berufsfindungsmesse für Eltern (PARENTUM-2012 in der Stadthalle Fürth) präsentiert und erfuhr hier ein reges Interesse bei Eltern und Schülern.

6 gute Gründe, Psychotherapeut zu werden:

- Du kannst Dich in diesem Beruf selbst persönlich optimal weiterentwickeln.
- Du kannst dabei kreativ und selbstverantwortlich arbeiten.
- Du hast einen sicheren Job mit flexiblen Arbeitszeiten.
- Du hast gute Aufstiegschancen, sowohl in der Wissenschaft wie in der beruflichen Praxis.
- Du kannst persönliche Erfolge erleben und Anerkennung finden.
- Du erfährst eine hohe Wertschätzung in der Arbeit mit Menschen.

Natürlich will jeder, der sich für einen bestimmten Beruf entscheidet, damit irgendwann das zum Leben notwendige Geld verdienen. Dies kann man als Psychotherapeut durch die gezielte Gleichstellung mit den Fachberufen Inzwischen auch sehr gut. Andere Gründe, warum Menschen diesen Beruf wählen findet Ihr hier als Meine Auswahl:

„Ich werde bzw. wurde Psychotherapeut weil ...“

„Ich vermittele hier die Fähigkeit eigene Gefühle zu steuern und nicht zu deren Opfer zu werden.“
 Mario Zoll (Jah), Diplom-Psychologe in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten

„Weil ich mich gerne mit Menschen und ihren Verschiedenheiten beschäftige.“ Michael Roth (Jah), Diplom-Psychologe in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten

„Weil in diesem Beruf Mut gefordert ist, Themen an- und auszusprechen, die bisher verschwiegen blieben, und weil man keinen Chef hat und sich die Arbeitszeit zu einem großen Teil selbst einteilen kann.“
 Benjamin Baitinger (Jah), Psychologe (MSc) in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten

„Mich interessiert die Beschäftigung mit tabuisierten Themen wie Tod, Sexualität, Paark, Sucht.“
 Sebastian Scheler (Jah), Psychologie-Student

„...um das wissenschaftlich fundierte Wissen des Studiums mit praxisorientiertem Handwerkzeug zu erweitern.“
 Mehmet Özcan (Jah), Diplom-Pädagoge in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenspsychotherapeuten

„Weil ich gerne Problemlösungen finde und anderen gerne behilflich bin, ihr eigenes Potential zu erkennen und aususchöpfen.“ Michael Elmer (Jah), Sozialpädagoge und Kinder- und Jugendlichenspsychotherapeut

„Weil man durch bloße Zuhören und konstruktive Anregungen anderen Menschen unglaublich viel geben kann, und man selbst wiederum unglaublich viel zurückbekommt.“
 Rick Stieglitz (Jah), Psychologie-Student

„Weil ich glaube, damit einen kleinen Teil zu einer besseren Welt beitragen zu können.“ Sebastian Rück (Jah) Pädagoge (M.A.) in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenspsychotherapeuten

„Weil ich schon immer gerne knifflige, komplexe und unterschiedliche Aufgaben gelöst habe... und ich finde es gut, wenn man damit auch noch anderen Menschen helfen kann.“
 Dr. Andreas Rose (Jah), Diplom-Psychologe und Gerichtsgutachter

Welche Begabungen und Interessen sollte man für diesen Beruf mitbringen?

Es gibt kaum einen Beruf, der an die eigene Persönlichkeit und deren Weiterentwicklung so hohe Anforderungen stellt, wie der des Psychotherapeuten. Die folgende Aufzählung nennt nur die wichtigsten:

- Fähigkeiten zur Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung
- Menschenkenntnis
- Interesse an sozialen und sozialen Themen
- Empathie und Bemühen um Verständnis für die Unterschiedlichkeit von Menschen
- gute sprachliche Kompetenzen
- Zuverlässigkeit und Bindungsfähigkeit
- optimistische Grundbeurteilungen
- Humor und Kreativität
- Interesse an eigener persönlicher Entwicklung.

Was willst Du später mal beruflich tun?

Du schützt intensive Begegnungen mit Menschen und tiefgehende Gespräche?
 Du möchtest Dich selbst besser kennen lernen?
 Du möchtest einen Beruf bei dem kaum Langeweile aufkommt?
 Du interessierst Dich für das Außergewöhnliche und Abenteuerliche am Menschen?
 Du willst einen Job, bei dem nicht nur Berufserfahrung, sondern auch Lebenserfahrung gefragt ist?
 Du willst beruflichen Erfolg aber nicht nur rein finanziell, sondern auch ideell?
 Du bist belastbar und kannst auch flexibel mit unvorhergesehenen Situationen umgehen?
 Du kannst Dir vorstellen, deinen Optimismus, deine Leidenschaft oder deine Begeisterung für das Leben an andere Menschen weiterzugeben?
 Dann hast Du vielleicht auch das Zeug zu einem guten Psychotherapeuten.
 Der Zeitpunkt für eine berufliche Entscheidung mag noch sehr früh sein, aber spätestens bei der Wahl des Studienfaches kann dies wichtig werden.
 Um diesen Weg einzuschlagen, benötigst Du nämlich ein pädagogisch-psychologisches Studium.

Verlauf einer solchen Ausbildung →

Abbildung 1: Flyer für den Boys' Day

Beruf: Psychotherapeut

Wer kennt die Urenkel von Sigmund Freud?

Sind es der Psychotherapeut Dr. Bloch, der Polizeipsychologe Vince Flemming oder Paul Weston, der Psychotherapeut von der Serie „In Treatment – Der Therapeut“? Diese sind interessante und unterhaltsame Kunstfiguren.

Die realen Berühmtheiten sind z.B. der Familientherapeut Paul Watzlawick, der Hypnosetherapeut Dirk Revenstorf, der Kriminalpsychologe Christian Pfeiffer, der Gerichtsgutachter Rudolf Egg oder der Sportpsychologe Hans-Dieter Hermann. Andere Psychologen sind im Medienbereich tätig, wie z.B. Stefan Lermer, Michael Thiel oder als Autoren von Sachbüchern wie Peter Lauster und Wolfgang Schmidbauer.

Hinter der psychischen Entwicklung eines jeden Menschen stehen immer eine ganz persönliche und manchmal auch eine ganz ungewöhnliche Geschichte. Oft hängen psychische Probleme von Menschen mit dieser besonderen Entwicklungsgeschichte zusammen. Diese zu ergründen und Lösungen für die Behandlung zu entwickeln ist die Aufgabe von Psychotherapeuten.

Wer bereit ist, Verantwortung für andere Menschen zu übernehmen und Herausforderungen anzunehmen, hat als Psychotherapeut einen spannenden und zukunftsreichen Job, der auch finanzielle Sicherheit bietet. Diese verantwortungsvolle Tätigkeit erfordert eine staatlich anerkannte intensive Ausbildung und kann heute von Pädagogen, Psychologen und Ärzten ausgeübt werden.

Anmeldung (ab Klasse 9) nur online: www.boys-day.de

Einladung zu Vorträgen und Workshops

am IVS in Fürth am 25. April 2013, 9 Uhr – 13 Uhr

Erlebe einen spannenden Tag an einem der größten Ausbildungsinstitute für Psychotherapeuten in Deutschland. An dem so genannten Boys' Day bekommt Ihr auch schulfrei.

Ort: IVS-Ambulanz-II, Nürnberger Straße 22 (Seminarraum 4) in 90762 Fürth
Leitung: Dr. Wolfram Dormann u. Kollegen
 Themen: Psychologie und psychologische Tests Was ist Stress? – Wie behandelt man Depressionen und Ängste? – Wie funktioniert Biofeedback?

Am Nachmittag (ca. 15 Uhr) für alle Teilnehmer: **Führung durch das Sportstadion Trolli ARENA des Bundesligisten Spielvereinigung Greuther Fürth.**

Hier wird Martin Meichelbeck, der Leiter des Lizenzbereichs, ein ehemaliger Profifußballer und Sportpsychologe (M.Sc.) in den VIP-Bereich einladen und Fragen der Teilnehmer beantworten.




Abbildung 2: Einladungsschreiben

gedruckt und konnte problemlos über die Stadtverwaltungen an circa 30 Gymnasien, Fachoberschulen und Realschulen verteilt werden.

Die informierte örtliche Presse veröffentlichte ein Interview mit dem Leiter des Instituts unter dem Titel „Mehr als nur Couch-Gespräche – Männer dringend als Psychotherapeuten gesucht – Thema beim Boys' Day“ (Nürnberger Nachrichten, 2013). Damit war das wichtigste Ziel, eine möglichst große öffentliche Aufmerksamkeit zu bekommen, erreicht. Die letztlich elf Anmeldungen über die offizielle Boys-Day-Homepage (s. o.) zeigten, dass die Veranstaltung in einem kleinen Rahmen stattfinden würde und die verschiedenen Workshops für insgesamt 30 erwartete Teilnehmer gar nicht durchgeführt werden mussten.

Inhalte und der Ablauf der Veranstaltung

So fanden sich also zum Boys' Day am 25. April 2013 elf Schüler im Alter zwischen 13 und 16 Jahren in den Räumen der Ambulanz des IVS in Fürth ein.

Nach einem allgemeinen Austausch über die Interessen und Erwartungen der Teilnehmer gab der Leiter der Veranstaltung, Dr. Wolfram Dormann, anhand des Schaubilds (siehe Abbildung 3) einen Überblick über die Aufgabenbereiche und beruflichen Rahmenbedingungen eines Psychotherapeuten. Im Anschluss zeigte Sebastian Scheler (B. Sc.) das Video aus dem beeindruckenden Wahrnehmungsexperiment „The invisible gorilla“ (Simons & Chabris, 1999), bei dem die Schüler Erfahrungen zum Phänomen der Ausblendung von objektiven Wahrnehmungsinhalten machen und Grundzüge der Durchführung psychologischer Forschung kennenlernen konnten. Der Nutzen psychologischen Wissens für den Alltag wurde am Beispiel der Theorie der Erlernten Hilflosigkeit vorgestellt. Die Schüler diskutierten über Erfahrungen mit Stress und Prüfungsangst und erfuhren, wie der Attributionsstil die Hoffnung auf Erfolg oder die Angst vor Misserfolg erzeugen und sogar depressive

Entwicklungen fördern kann. Nach einer Einführung in die technischen und physiologischen Grundlagen der psychogalvanischen Reaktion durch den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Michael Elsner experimentierten die Teilnehmer unter Anleitung mit einem Biofeedbackgerät, um auch moderne körperbezogene Ansätze der Stressbewältigung kennenzulernen.

Die Studierenden Nick Stieglitz und Christine Kirin gaben abschließend Einblicke in das Psychologiestudium und trafen damit genau das Interesse der Jugendlichen. Natürlich versorgten wir die Teilnehmer auch mit weiterem Informationsmaterial über den Beruf des Psychotherapeuten. Im Sinne von sogenannten „Frequently Asked Questions“ (FAQs) hatten wir ein Informationsblatt über „Mythen und Wahrheiten“ erstellt, welches das öffentliche Bild über unseren Beruf etwas zurechtrücken sollte.⁵

Diskussionen mit dem Sportpsychologen

An dieser Stelle wäre die Veranstaltung regulär zu Ende gewesen, jedoch hatte die Stadt Fürth für den Nachmittag zur Unterstützung aller Boys' Day-Veranstaltungen in der Region eine Besichtigung des Fußballstadions der Spielvereinigung Greuther Fürth organisiert. Nach dem gemeinsamen Mittagessen ging es dann also mit den öffentlichen Verkehrsmitteln ins Stadion. Hier traf die Gruppe in der VIP-Lounge mit dem ehemaligen Profifußballer und Sportpsychologen Martin Meichelbeck zusammen. Er hatte sich – auf unsere vorherige Anfrage hin – zusätzlich bereiterklärt, einen Einblick in seine Arbeit als Sportpsychologe und die Herausforderungen und Freuden im Umgang mit den Fußballprofis des Vereins zu geben.

Die Rückmeldungen der Teilnehmer waren durchweg sehr positiv, was uns bewog, für den Boys' Day 2014 auch wieder eine solche Veranstaltung anzubieten. Aufgrund der Erfahrungen haben wir dann allerdings weniger personellen Aufwand betrieben. Diese zweite Veranstaltung wurde fast ausschließlich von Studierenden im Praktikum und Ausbildungsteilnehmern durchgeführt.

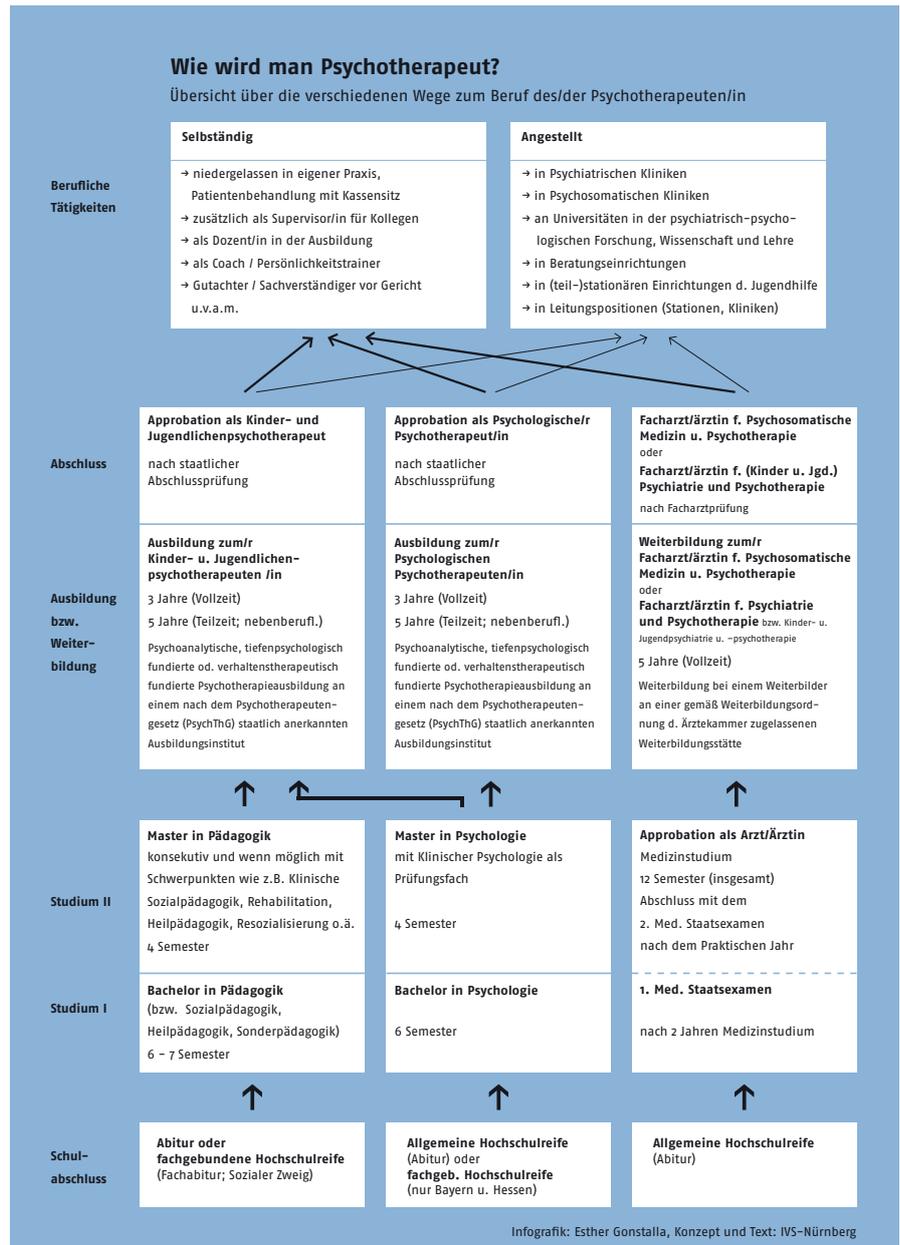


Abbildung 3: Wege zum Beruf des Psychotherapeuten

Nachahmer gesucht

Sehr gerne würden wir in unseren Aktivitäten kopiert werden und wir wollen diesen Appell nicht nur an Ausbildungsinstitutionen richten. Man kann sich ganz unkompliziert mit seiner Einzelpraxis auf der Boys' Day-Homepage anmelden und an diesem Vormittag, an dem die Schüler dann auch vom Unterricht befreit werden, seine eigene berufliche Tätigkeit vorstellen. Vor allem aber fordern wir unsere Psychotherapeutenkammern auf, hier tätig zu werden. Diese haben ja sogar den offiziellen Auftrag, den psychotherapeutischen Nachwuchs zu fördern. Daneben könnten auch die Pädagogischen und Psychologischen Lehrstühle an den Hochschulen ihre Öffentlichkeitsarbeit gezielter auf die männlichen Interessenten hin ausrichten. Eine frühzeitige Beratung und Auswahl der Bewerber könnten nicht nur die Abbruchquoten beim Psychologiestudium reduzieren helfen, sondern am Ende sogar zu einer größeren Zahl von und besser qualifizierten Absolventen und Absolventinnen führen.⁶

dagogischen und Psychologischen Lehrstühle an den Hochschulen ihre Öffentlichkeitsarbeit gezielter auf die männlichen Interessenten hin ausrichten. Eine frühzeitige Beratung und Auswahl der Bewerber könnten nicht nur die Abbruchquoten beim Psychologiestudium reduzieren helfen, sondern am Ende sogar zu einer größeren Zahl von und besser qualifizierten Absolventen und Absolventinnen führen.⁶

5 Alle in diesem Artikel erwähnten Materialien können von der Homepage des IVS (www.ivs-nuernberg.de) heruntergeladen und in dieser Form oder verändert weiterverwendet werden.
 6 So hat die Universität Salzburg durch Aufnahmetests für Psychologie die Abbrecherzahl in drei Jahren halbiert können.

Psychotherapeut sein, nicht nur beruflich, auch privat und öffentlich!

Wir sollten unseren Beruf in der Gesellschaft insgesamt häufiger und positiver präsentieren. Hier sind also nicht nur die Universitätsinstitute, die Fachgesellschaften, die Berufsverbände, die Ausbildungseinrichtungen oder Repräsentanten mit höherem Bekanntheitsgrad angesprochen, sondern gleichfalls Sie, die Leserinnen und Leser als persönliche Vertreterinnen und Vertreter unseres Berufs. Zeigen Sie sich als Psychotherapeut und Psychotherapeutin in Ihren persönlichen privaten und öffentlichen Kontakten. Es gibt wohl kaum einen akademischen Beruf, bei welchem die Scheu davor so groß ist. Dabei existieren deutliche Hinweise, dass unser Ruf in der Gesellschaft sehr viel positiver ist, als wir es selbst glauben (Rietz & Wahl, 1997).

Mit einer vorläufigen Liste von Anregungen für ähnliche Kampagnen wollen wir unsere noch unvollständigen Ideen beschließen. Dies verbunden mit der psychotherapeutischen Erfahrung und Hoffnung, dass eine Liste, wenn sie schon mal angefangen ist, auch mit einer hohen Wahrscheinlichkeit weitergeführt wird.

- Steigerung der Präsentation des Berufes und der Ausbildungswege in allen Medien,
- Artikel für Zeitschriften (z. B. „UNICUM“ und „audimax“ für Studierende),
- Beiträge für Schüler- und Jugendmedien (z. B. „UNICUM-ABI“ und „audimax-ABI“),

- Kontakte mit Studienberatern, Arbeitsberatern,
- Teilnahme an den jährlichen sog. „Berufsfindungstagen“ der Schulen,
- mehr Präsenz der Ausbildungsinstitute in den Hochschulen (z. B. durch Lehraufträge, Einladungen in Seminare annehmen),
- Veranstaltungen für Schüler an Universitäten und Hochschulen am Boys' Day (der nächste findet wieder am 23. April 2015 statt. Online-Anmeldung ab November 2014),
- Beteiligung von Praktikern und Ausbildungsinstituten am Boys' Day,
- als niedergelassene PP/KJP mit den Hochschulen kooperieren (z. B. durch Lehraufträge, Einladungen in Seminare annehmen, Praktikumsplätze anbieten ...),
- mehr Selbstdarstellung mit der eigenen beruflichen Identität (statt der häufig feststellbaren bescheidenen oder vorsichtigen Zurückhaltung) im privaten und öffentlichen Bereich,
- mehr berufliches Selbst- und Statusbewusstsein entwickeln,
- mehr Begeisterung für diesen faszinierenden Beruf vermitteln,
- ...

Wir glauben, dass allein die Darstellung der realistischen Bedingungen und Möglichkeiten, die dieser Beruf bietet, durchaus auch bei jungen Männern Resonanz finden wird. Ein Nebeneffekt wird dabei sein, dass manche negativen Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber der Psychotherapie noch weiter schwinden werden. Diese Tendenz zeichnet sich schon seit einigen

Jahren ab. Wir können und sollten diesen Trend fördern.

Literatur

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



Dr. Wolfram Dormann ist Leiter des Instituts für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS) in Nürnberg. Er ist Berufstätig seit 1978 in der Erziehungsberatung, Sexualberatung, stationärer Suchtbehandlung und heute in eigener Praxis mit den Schwerpunkten Verhaltenstherapie, Imaginative Verfahren, Hypnotherapie und Systemische Therapie tätig.

Korrespondenzadresse:

Dr. Wolfram Dormann

IVS – Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und Sexuologie
Rudolf-Breitscheid-Straße 43
90762 Fürth
wolfram.dormann@ivs-nuernberg.de

Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie

Rüdiger Nübling, Thomas Bär, Karin Jeschke, Matthias Ochs, Nina Sarubin & Jürgen Schmidt

Zusammenfassung: Dieser Beitrag befasst sich mit der Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland, vor allem dem Bedarf und der Inanspruchnahme sowie der Effektivität und Effizienz von Psychotherapie.^{1, 2} Ausgehend von der Epidemiologie psychischer Erkrankungen werden die durch psychische Erkrankungen entstehenden versorgungsbezogenen sowie volkswirtschaftlichen Kosten skizziert. Seit In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes 1999 hat sich die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie deutlich verbessert. Aber obwohl die bundesdeutsche psychotherapeutische Versorgung im Vergleich mit anderen Ländern als gut bezeichnet werden kann, wird nur ein kleinerer Teil der Menschen, die auf der Grundlage epidemiologischer Studien als psychisch krank gelten, auch psychotherapeutisch behandelt.

Die Prävalenz für psychische Erkrankungen in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands liegt bei circa 30%, das heißt circa 15 Mio. Menschen. Demgegenüber liegen die patientenbezogenen Fallzahlen für die Inanspruchnahme fachspezifischer Leistungen bei hochgerechnet circa 4,0 bis 4,5 Mio., dies entspricht einer Versorgung von circa 25% bis 30% der betroffenen Menschen. Im engeren Sinne psychotherapeutisch behandelt werden nur etwa 10% bis 15% der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der größte Anteil der Versorgung erfolgt in Psychiatrischen Krankenhäusern (0,8 Mio. Patienten³ jährlich) sowie in der ambulanten vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung (circa 1,6 Mio.), in der ambulanten Psychotherapie werden deutlich weniger Patienten (circa 570.000 bis 1 Mio.) versorgt.

Für psychische Erkrankungen (ohne demenzielle Erkrankungen) werden aktuell jährlich etwa 20 Mrd. € ausgegeben, davon circa 9,5 Mrd. € für „psych-spezifische“ Leistungen, also stationäre und ambulante

fachspezifische psychotherapeutische, klinisch-psychologische und psychiatrische Versorgung sowie für Psychopharmaka, und circa 10,5 Mrd. € für andere, nicht-spezifische Leistungen. Die Kosten ambulanter Psychotherapie liegen bei circa 1,5 Mrd. €, das sind 7,5% der jährlichen Gesamtausgaben für Behandlungen von Menschen mit psychischen Störungen. Demgegenüber wird für die stationär psychiatrische sowie auch für die psychopharmakologische Behandlung in etwa der doppelte bzw. dreifache Betrag ausgegeben.

Die Ausgaben für psychotherapeutische Behandlungen relativieren sich vor allem im Hinblick auf die gesamtgesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen. Zu den o. g. direkten Behandlungskosten hinzu kommt ein geschätzter Produktionsausfall von circa 26 Mrd. € sowie ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von circa 45 Mrd. €. Unabhängig von den Kosten gehören psychische Erkrankungen zur Spitzengruppe der am meisten lebensbeeinträchtigenden Krankheiten.

Psychotherapie ist für die Behandlung nahezu aller psychischen Erkrankungen langfristig wirksam, was in vielen randomisierten/kontrollierten als auch in naturalistischen Versorgungsstudien nachgewiesen wurde. Und es gibt deutliche Hinweise dafür, dass nach einer Psychotherapie die Einsparung gesellschaftlicher Kosten (z. B. Reduzierung betrieblicher Fehltagel, geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Verhinderung stationärer Behandlungskosten durch ambulante Behandlung) erwartet werden kann. Die bislang auf der Grundlage von Modellschätzungen ermittelten Kosten-Nutzen-Relationen bzw. der „Return on Investment“ belaufen sich auf 1:2 bis 1:5,5. Dies bedeutet, dass sich für jeden investierten Euro ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2,00 bis 5,50 Euro ergibt. Neben der hohen Wirksamkeit von Psychotherapie ist dies auch ein wichtiges Argument für die gesundheitspolitische Bedeutung von Psychotherapie.

- 1 Die Ergebnisse basieren u. a. auf dem von den wissenschaftlichen Referentinnen und Referenten der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer zusammengestellten und im April 2013 veröffentlichten BPTK-Standpunkt „10 Tatsachen zur Psychotherapie“. Die Autorinnen und Autoren danken den Mitgliedern dieser Arbeitsgruppe für die offene, fundierte und intensive Diskussion und den Erfahrungsaustausch.
- 2 Für hilfreiche und konstruktive Anregungen danken die Autoren den Gutachtern, insbesondere Herrn Heiner Vogel (Würzburg).
- 3 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Hintergrund/ Fragestellungen

Der hohe Versorgungsbedarf für Menschen mit psychischen Erkrankungen wird inzwischen nicht mehr infrage gestellt, allerdings werden die für die Behandlung notwendigen Versorgungsstrukturen kritisch diskutiert. Verbesserungsvorschläge zur psychotherapeutischen Versorgung werden häufig mit Verweis auf die „hohen“ Kosten abgelehnt. Aus Sicht der Leistungsträger wird oft darauf verwiesen, dass die Kosten ambulanter Psychotherapie in den letzten Jahren massiv gestiegen seien. Außerdem wird auch der Nutzen von Psychotherapie im Gesundheitssystem immer wieder infrage gestellt (vgl. zur aktuellen Diskussion Ochs & Thom, 2014).

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich vor diesem Hintergrund auf folgende Fragen:

1. Wie hoch ist der Bedarf für Psychotherapie?
2. Welche Behandlungen werden bei psychischen Erkrankungen in Anspruch genommen und wie hoch ist dabei der Anteil an fachspezifischen/psychotherapeutischen Behandlungen?
3. Welche Kosten entstehen durch psychisch Erkrankungen, speziell bezogen auf die Gesundheitsversorgung wie auch gesamtgesellschaftlich?
4. Wie effektiv ist Psychotherapie? Wie können die Ergebnisse im Vergleich zu anderen Behandlungen bewertet werden?
5. Wie effizient ist Psychotherapie? Was kann über das Kosten-Nutzen-Verhältnis bzw. den Return on Investment ausgesagt werden?

Prävalenz psychischer Erkrankungen – Bedarf an Psychotherapie

Die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland wird im 1998 erhobenen Bundes-Gesundheitssurvey auf circa 30% der 18- bis 65-Jährigen geschätzt (Jacobi et al., 2004), nach der aktuellen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) liegt sie mit 29% nur wenig

darunter (Jacobi et al., 2014; Wittchen et al., 2012). Im europäischen Vergleich liegt Deutschland im Mittelfeld. Auf Basis vergleichbarer Angaben wird die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Erwachsenenbevölkerung auf europaweit 27% geschätzt (Wittchen & Jacobi, 2005). Neuere Erhebungen, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen, das heißt Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen einschließen, ergeben eine Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen von 38% der Europäischen Bevölkerung (Wittchen et al., 2010).

In der Primärversorgung (das heißt der hausärztlichen Versorgung) wird nur etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen erkannt (Kruse et al., 1999; Wittchen & Jacobi, 2001). Nach Schätzungen des Bundes-Gesundheitssurvey erhalten 36% der Menschen mit psychischen Erkrankungen irgendeine Behandlung. Der Anteil der Betroffenen, die eine „im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien“ erhalten, wird auf 10% geschätzt (Wittchen & Jacobi, 2001). Diese Aussage wird unter anderem gestützt durch Daten der KV Bayern, nach denen nur circa 12% aller Patienten mit einer erkannten, das heißt diagnostizierten Depression psychotherapeutisch behandelt werden (BPTK, 2008). In einer aktuellen Studie auf der Basis der Versichertendaten von circa 3,3 Mio. Versicherten dreier großer gesetzlicher Krankenkassen, die eine psychische Erstdiagnose (ICD 10, F-Diagnose) aufwiesen, kommen Gaebel et al. (2013) zum Ergebnis, dass lediglich circa 2,5% der Betroffenen ambulant psychotherapeutisch versorgt werden. Die meisten Patienten (circa 40%) werden ausschließlich hausärztlich oder von einem Facharzt für somatische Medizin behandelt, weitere circa 20% an einen Facharzt für Psychiatrie weiterverwiesen und noch einmal circa 10% gehen den umgekehrten Versorgungspfad vom Psychiater zum Allgemeinmediziner (vgl. auch Nübling, 2014).

Wartezeiten auf Psychotherapie und Chronifizierung psychischer Erkrankungen

Nach einer bundesweiten Umfrage unter niedergelassenen Psychotherapeuten (BPTK,

2011) warten in Deutschland psychisch kranke Menschen 12,5 Wochen auf ein erstes Gespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten. Die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz beträgt im Bundesdurchschnitt etwa 17 Wochen. Dabei gibt es deutliche regionale Unterschiede: Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch liegen in ländlichen Kreisen bei 14,5 Wochen und im Ruhrgebiet sogar bei 17 Wochen. In zwei weiteren umfangreichen Versorgungsstudien wurden auf der Basis von Selbstauskünften von Psychotherapeuten ähnliche Wartezeiten ermittelt. In der Studie von Walendzik et al. (2011) lag die Wartezeit auf ein Erstgespräch bei 79,2 Tagen, das entspricht 11,3 Wochen, und bei einer Erhebung in den fünf vergleichsweise gut versorgten Bundesländern Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Berlin und Hamburg lag die Wartezeit auf ein Erstgespräch bei etwas über sieben, auf einen Psychotherapieplatz bei circa 15 Wochen (Nübling et al., 2014).

Nach wie vor besteht zwischen dem ersten Auftreten psychischer Beschwerden und dem Beginn einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung eine erhebliche Latenz, die mittlere Chronifizierungsdauer liegt auch heute noch bei circa sieben Jahren (z. B. Zielke et al., 2004; Schmidt et al., 2003; Steffanowski et al., 2007). Meyer et al. (1991) konstatierten schon im ersten Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz, dass es „statt früh zu einer ambulanten spät zu einer stationären“ Behandlung komme und sprachen von einer „erheblichen Fehlallokation öffentlicher Mittel“. Diese Aussage dürfte auch heute noch richtig sein.

Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: Behandlungsmenge bzw. -kapazität

In Anlehnung an Schulz et al. (2008) kann die aktuelle fachspezifische Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Erwachsene) zahlenmäßig wie folgt skizziert werden:

- Die **ambulante Versorgung** wird zu einem großen Teil von niedergelassenen

Psychotherapeuten geleistet. Insgesamt sind circa 15.700 psychologische und circa 5.600 ärztliche Psychotherapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig (Stand 2013, vgl. KBV, 2013). Darüber hinaus werden psychisch erkrankte Menschen von circa 5.700 Fachärzten (Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie; vgl. ebd.) in circa 450 Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA; Spengler, 2012) sowie circa 40 Hochschulambulanzen und circa 150 Ambulanzen der Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapeuten versorgt. Darüber hinaus findet eine ambulante Versorgung psychisch Kranker in circa 5.000 Beratungsstellen sowie in circa 550 psychiatrischen oder psychosomatischen Tageskliniken statt.

- Die **stationäre Versorgung** von Menschen mit psychischen Erkrankungen teilt sich im Wesentlichen auf in den Bereich der Krankenhausbehandlung und den Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung stehen in der psychiatrischen Versorgung bundesweit circa 54.000 Behandlungsplätze zur Verfügung (wobei hier nur zu einem kleineren Teil psychotherapeutisch behandelt wird) sowie im Bereich der psychosomatischen Medizin circa 9.000 Behandlungsplätze. Darüber hinaus bestehen im Bereich der medizinischen Rehabilitation weitere circa 32.000 stationäre Behandlungsplätze für Patienten mit psychischen Erkrankungen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2013a, b).

Aus den verfügbaren Daten kann in Anlehnung an Nübling (2009) unter Einschluss der jeweiligen durchschnittlichen Psychotherapiedauer die fachspezifische Versorgungskapazität der ambulanten und stationären Versorgung geschätzt werden: Insgesamt werden auf der Basis dieser Hochrechnung jährlich circa 3,9 Mio. Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Störungen psychotherapeutisch, klinisch-psychologisch und/oder psychiatrisch behandelt (circa 2,8 Mio. ambulant und circa 1,1 Mio. stationär; vgl. Tabelle 1 und Tabelle 2). Dies entspricht den potenziell innerhalb des jeweiligen Versorgungsbereichs behandelten Menschen mit psychischen

Erkrankungen, die Zahlen schließen Patienten mit sektorenübergreifenden Mehrfachbehandlungen (z. B. zuerst stationäre und im Anschluss ambulante Behandlung), mit ein. Das heißt, die „wahre“ Behandlungskapazität dürfte insgesamt niedriger sein, weil Patienten, die im selben Jahr mehrere Behandlungen wahrnehmen, doppelt gezählt werden. In einem zweiten Schritt wurde in den Tabellen 1 und 2 differenziert, wie viele Patienten innerhalb der psychosozialen Versorgung etwa primär psychotherapeutisch versorgt werden können. Hierzu wurden für die verschiedenen Sektoren Schätzungen vorgenommen. So wird nur ein kleinerer Teil der Patienten in der stationär psychiatrischen Versorgung sowie in den psychiatrischen Institutsambulanzen psychotherapeutisch behandelt. Der letzte Präsident der DGPPN⁴, Peter Falkai, geht etwa davon aus, dass nur etwa ein Drittel aller stationären Psychosepatienten auch psychotherapeutisch (mit-)behandelt werden (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 18.6.2014). Dies dürfte in den psychiatrischen Institutsambulanzen ähnlich sein. So zeigt eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts, dass etwa 75% der Ambulanzen einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt haben, wobei davon ausgegangen werden kann, dass Psychotherapie keine Regelleistung ist (DKI, 2011). In der von uns vorgenommenen Schätzung wird davon ausgegangen, dass maximal circa 30% der Patienten in diesen beiden Versorgungssektoren auch psychotherapeutisch behandelt werden. Bei niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten wird von einer noch geringeren Rate ausgegangen (max. 10%).

Kruse et al. (2012) kommen in einem Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf der Grundlage von KBV-Daten bei der Auszählung von Behandlungsfällen je Quartal im Vergleich zur hier durchgeführten Hochrechnung zu höheren Fallzahlen für die ambulante Psychotherapie (1,1 Mio. Fälle pro Jahr), wobei hier auch Fälle einbezogen sind, für die nur ein, zwei oder drei Stunden abgerechnet wurden (z. B. Abbrecher oder Patienten, die nach probatorischen Sitzungen nicht in Behandlung kommen u. ä.). Im Verhältnis zu den epidemiologisch ermittelten Prävalenzen (30%), entsprechend circa 15 Mio.

Menschen der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, würde der Gesamtversorgungsgrad nach unserer Berechnung bei circa 26%, unter Einbezug der Daten von Kruse et al. (2012) bei circa 29% liegen. Beide Berechnungen schließen den Anteil der nicht psychotherapeutischen Behandlungen in der stationären Psychiatrie sowie den psychiatrischen Institutsambulanzen und ambulanten psychiatrisch-nervenärztlichen Versorgung mit ein. Der Versorgungsgrad hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlung(smöglichkeiten) für Menschen mit psychischen Erkrankungen liegt niedriger, er dürfte bei circa 10% bis maximal 15% liegen.

Pharmakologische Behandlung

Obwohl gut belegt ist, dass eine rein pharmakologische Behandlung bei vielen psychischen Störungen (z. B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörung, Zwangsstörungen) weniger effektiv ist als Psychotherapie oder eine Kombinationsbehandlung beider (vgl. z. B. Aherne, 2012) oder z.T. eher schadet als nutzt (Morrison et al., 2014), ist der Anteil der pharmakologisch behandelten Depressiven deutlich höher als der Anteil der psychotherapeutisch behandelten. Psychotherapie wird demgegenüber in den AWMF-Leitlinien zu den einzelnen psychischen Erkrankungen⁵ eine zentrale Rolle bei der Behandlung diverser Krankheitsbilder zugesprochen, so für die Behandlung aller Schweregrade von Depression empfohlen, bei leichter Depression sogar ausschließlich (S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression). In den S2-Praxisleitlinien „Persönlichkeitsstörungen“ wird Psychotherapie ebenfalls als die Methode der Wahl für die Behandlung beschrieben, während Psychopharmakotherapie z. B. im Hinblick auf die konflikthafte Medikamenteneinnahme problematisiert wird (vgl. BPTK, 2013). Die häufig einseitige psychopharmakologische Behandlung steht auch im Widerspruch zur gesellschaftlichen Ak-

4 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

5 www.dgppn.de/publikationen/leitlinien/leitlinien10.html

Tabelle 1: Ambulante fachspezifische Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

Bereich	Anzahl	Patienten/Jahr	davon Psychotherapie (in %) ⁶	Patienten in PT-Versorgung
Niedergelassene Psychotherapeuten				
Psychologische Psychotherapeuten	15.669	568.000 ¹	100	568.000
Ärztliche Psychotherapeuten	5.631			
Niedergelassene Psychiater/Nervenärzte	5.758	1.500.000 ²	10	150.000
Ambulanzen				
Psychiatrische Institutsambulanzen ³	451	560.000	30	168.000
Hochschulambulanzen ⁴	39	7.000	100	7.000
Ausbildungsambulanzen ⁵	130	20.000	100	20.000
Beratungsstellen für Ehe-, Familien-, Partner-, Lebensberatung ⁶	5.105	46.500	100	46.500
Tageskliniken				
Psychiatrie und Psychotherapie	417	30.782	30	9.235
Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik	123	18.573	100	18.573
Gesamt		2.750.855		987.308

- 1 bei einer jährlichen Behandlungskapazität von ca. 1.200 Behandlungsstunden pro Psychotherapeut (Nübling et al., 2014) und ca. 45 Std. pro Fall/Patient (Schätzung auf der Datenbasis aktueller Studien der psychotherapeutischen Versorgungsforschung, dabei wurde die durchschnittliche Behandlungsdauer je Studie mit der jeweiligen Stichprobengröße gewichtet und im Anschluss über alle Studien gemittelt; zu den Studien vgl. Albani et al., 2012 a, b; Nübling et al., 2014; Walendzik et al., 2011; Wittmann et al., 2011). Eine aktuelle Erhebung auf der Grundlage von Daten der KBV (Multmeier, 2014) kommt zu z. T. deutlich kürzeren Behandlungsdauern, in diesen Daten sind allerdings nur die kassenfinanzierten Psychotherapiestunden enthalten, sie dürften so eine Unterschätzung der tatsächlichen Behandlungsdauern darstellen und werden hier bei der Kapazitätsberechnung nicht berücksichtigt.
- 2 in psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen werden ca. 6 Mio. Fälle pro Jahr behandelt (Melchinger, 2008), dies sind in der Regel Patienten, die jedes Quartal in den Praxen erscheinen, d. h., es werden ca. 1,5 Mio. Patienten durch diese Arztgruppen fortlaufend versorgt.
- 3 nach Spengler, 2012
- 4 Fydrich & Unger, 2013
- 5 Aktuell schließen bundesweit ca. 1.500 Ausbildungsteilnehmer ihre Ausbildung als Psychologische Psychotherapeuten ab (vgl. Siegel, 2013). Im Rahmen ihrer Ausbildung leisten sie 600 Stunden Psychotherapie, dies ergibt 900.000 Behandlungsstunden je Jahrgang, bei durchschnittlich 45 Sitzungen sind das 20.000 Patienten jährlich
- 6 geschätzter Anteil an Psychotherapie: Die jeweiligen %-Anteile an psychotherapeutisch versorgten Patienten sind Schätzungen der Autoren (in Anlehnung an Nübling et al., 2006).

Tabelle 2: Stationäre fachspezifische Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

Bereich	Betten	Behandlungsdauer (Tage)	Fälle / Jahr	davon Psychotherapie (in %)	Patienten in PT-Versorgung
Krankenhaus					
Psychiatrie und Psychotherapie	53.949	22,4	830.204	30	249.061
Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik	9.095	41,2	73.735	100	73.735
Konsiliar-/Liaisondienst	??	--	??		
Rehabilitation Psychische Erkrankungen					
Rehabilitation Psychische Erkrankungen Bereich Psychiatrie und Psychotherapie	15.335	63,2	80.632	100	80.632
Bereich Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	16.417	35,7	147.035	100	147.035
Gesamt			1.131.606		550.463

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2013 a, b

zeptanz von Psycho- und Pharmakotherapie in der Bevölkerung, Psychotherapie wird deutlich häufiger als Psychopharmakotherapie zur Behandlung gewünscht (Schomerus et al., 2012). Laut „Faktencheck Depression“, einer von der Bertelsmann Stiftung in Auftrag gegebenen repräsentativen Studie (Melchior et al., 2014) erhält nur etwa ein Viertel der Patienten mit schwerer Depression eine leitliniengerechte Behandlung: etwa 12% die empfohlene Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva und Psychotherapie mit entsprechender Mindestdauer und etwa 14% stationäre Behandlung. 56% erhielten demgegenüber ausschließlich eine Monotherapie mit Antidepressiva oder Psychotherapie, wobei die Monotherapie mit Antidepressiva deutlich überwog (circa 80% der Patienten mit Monotherapie). Fast ein Fünftel der Betroffenen wurde im dreijährigen Untersuchungszeitraum gar nicht behandelt.

Kostenseite

Auf der Kostenseite kann zwischen tangiblen bzw. materiellen und intangiblen Kosten unterschieden werden, innerhalb der tangiblen Kosten wiederum zwischen direkten und indirekten Kosten. Unter tangiblen Kosten versteht man alle in Geldwert berechenbaren Kosten von Gesundheitsleistungen, also die Kosten, die direkt oder indirekt in Zusammenhang mit der Behandlung einer Erkrankung stehen. Bei den direkten Kosten handelt es sich dabei um die tatsächlichen Ausgaben, also alle monetär bezifferbaren Kosten, die unmittelbar im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Intervention stehen. Indirekte Kosten sind demgegenüber Kosten, die einer Volkswirtschaft außerhalb des medizinisch-therapeutischen Sektors z. B. durch krankheitsbedingtes Fernbleiben vom Arbeitsplatz entstehen (entsprechend Kosten durch produktivitätsrelevante Krankheitsfolgen). Intangible, also nicht in Geld bezifferbare Kosten bilden die aus einer Erkrankung resultierenden Einschränkungen wie z. B. Schmerzen oder ganz allgemein den Verlust an Lebensqualität ab. Im Folgenden werden zunächst die direkten tangiblen Kosten, also die direkten Versorgungskosten in Zusammenhang mit der

Behandlung psychischer Erkrankungen, und in einem zweiten Abschnitt die indirekten (gesellschaftlichen) Kosten dargestellt sowie abschließend auch auf die intangiblen Kosten eingegangen. Eine weitere wichtige Kostenart, die hier unberücksichtigt bleibt, betrifft die sogenannten Opportunitätskosten, also Kosten für Nicht- oder Fehlbehandlung (vgl. z. B. Greiner, 2000; Hessel et al., 1999; Porzolt et al., 2006; Schmidt, 2004; v. d. Schulenburg, 2007; vgl. für die Psychotherapie auch z. B. Margraf & Schneider, 2009; Margraf, 2009).

Direkte Versorgungskosten psychischer Erkrankungen

Die direkten Behandlungskosten für psychische Erkrankungen (ohne Demenzerkrankungen) liegen deutschlandweit bei aktuell circa 7% der Gesamtausgaben des Gesundheitssektors (Daten von 2012; Statistisches Bundesamt, 2013a, b), dies sind circa 20 Mrd. €. Hierin sind alle Kosten eingeschlossen, u. a. ambulante und stationäre Psychotherapie, ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen, psychopharmakologische Behandlungen.

Insgesamt werden circa 4,7 Mrd. € für die stationäre fachspezifische Versorgung ausgegeben, davon circa 4,0 Mrd. € für die psychiatrische Versorgung, 0,5 Mrd. € für die Rehabilitation psychischer Erkrankungen und 0,2 Mrd. € für die Akut-Psychosomatik (Statistisches Bundesamt 2013a, b, c; vgl. auch www.destatis.de). Die Kosten für Psychopharmaka (Psycholeptika und Psychoanaleptika) beliefen sich im Jahr 2011 auf 2,8 Mrd. €, davon allein 1,1 Mrd. € für Neuroleptika und weitere 0,8 Mrd. € für Antidepressiva (Fritze, 2011). Für die ambulante fachspezifische Versorgung psychisch kranker Menschen wurden 2011 circa 2,0 Mrd. € ausgegeben, davon circa 1,5 Mrd. € für die Richtlinien-Psychotherapie sowie circa 0,5 Mrd. € für die ambulante psychiatrische Behandlung.

Insgesamt ergibt sich für die stationäre und ambulante fachspezifische Versorgung sowie für Psychopharmaka eine Gesamtsumme von circa 9,5 Mrd. €. Die von den 20 Mrd. € verbleibenden circa 10,5 Mrd. € werden für die Behandlung psychi-

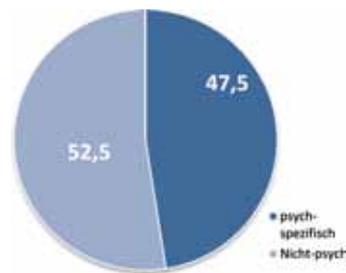
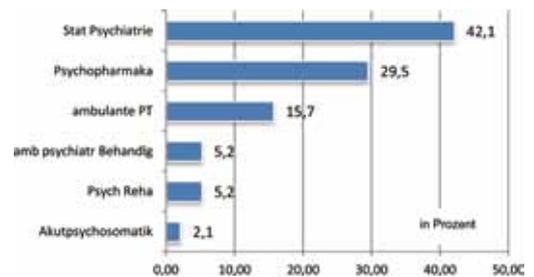


Abbildung 1: Ausgaben für psychische Erkrankungen in Deutschland 2012 (ohne Demenzerkrankungen) und Verteilung auf Versorgungsbereiche



scher Erkrankungen in „nicht psychischen“, also nicht primär psychotherapeutischen, psychosomatischen oder psychiatrischen Versorgungsstrukturen (z. B. Behandlung psychischer Erkrankungen durch Hausärzte) aufgewandt (vgl. Abbildung 1). Von den fachspezifischen bzw. „psych“-spezifischen Ausgaben werden über 40% in der stationären psychiatrischen Versorgung ausgegeben, weitere 30% für die psychopharmakologische Behandlung. Nur etwa 15% hingegen werden für ambulante Psychotherapie veranschlagt, die Ausgaben für ambulante psychiatrische Behandlungen sowie für die Rehabilitation psychischer Erkrankungen liegen bei jeweils etwa 5%, die für die Akutpsychosomatik bei 2%.

Gesellschaftliche (indirekte, tangible) Kosten psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben auch enorme volkswirtschaftliche Konsequenzen. Nach Jacobi und Wittchen (2005) liegen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen etwa doppelt so viele Ausfalltage vor wie bei Menschen ohne psychische Erkrankungen. Nach Berechnungen der BpTK (2012) gingen im Jahr 2011 circa 5% aller Krankschreibungsfälle auf psychische Erkrankungen zurück. Aufgrund der bei psychischen Erkrankungen durchweg besonders langen Krankschreibungen hat dies zu einem Anteil von 12,5% der betrieblichen Fehltag geführt. Der Anteil der auf psychische Erkrankungen zurückgehenden Arbeitsunfähigkeitstage nimmt seit 1990 kontinuierlich zu. Neben erhöhten Krankschreibungen und Beeinträchtigung der Produktivität tragen psychische Erkrankungen auch wesentlich zu Frühberentungen bei. Dies führt zu einem geschätzten Produktionsausfall von 26 Mrd. € und

einem Ausfall an Bruttowertschöpfung von 45 Mrd. € (das sind 1,8% des Bruttoinlandsprodukts; vgl. BT-Drs. 17/9478). Der Produktionsausfall wird dabei als Produkt von verlorenen Erwerbsjahren und durchschnittlichem Arbeitnehmerinkommen berechnet, die Bruttowertschöpfung ist ein Gesamtwert der im Produktionsprozess erzeugten Waren und Dienstleistungen, abzüglich dem Wert der Vorleistungen.

Intangible, nicht monetär bewertbare Kosten psychischer Erkrankungen

Zur Abschätzung der intangiblen Kosten wird u. a. der DALY-Ansatz (disability-adjusted life years) verwendet, der von der WHO u. a. im Rahmen der „Global Burden of Disease“-Studien (vgl. Murray & Lopez, 1996, Murray et al., 2012) entwickelt wurde. Er erfasst die Anzahl verlorener Lebensjahre aufgrund vorzeitiger Sterblichkeit (years of lost life, YLLs) oder Beeinträchtigung (years lived with disability, YLDs). Die Erhebungen im Rahmen dieser beiden weltweit durchgeführten Studien beziehen sich auf die Jahre 1990 und 2010. Psychische Störungen gehören nach diesen Analysen zur Spitzengruppe der kostenintensivsten und am meisten beeinträchtigenden Krankheiten nach kardiovaskulären Krankheiten und noch vor Krebserkrankungen. Dies allerdings noch ohne Berücksichtigung von alkoholbedingten Erkrankungen bei den psychischen Störungen. Bezieht man zusätzlich auch alle Belastungen durch Alkohol und andere Drogen mit in die Betrachtung ein, so verursachen psychische Störungen die höchsten krankheitsinduzierten Belastungen („Burden of Disease“ erfasst durch DALY). Der Vergleich der beiden Erhebungen zeigt, dass die DALYs für psychische Erkrankungen 2010 deutlich höher sind als noch

1990, sie stiegen um circa 40%, das heißt, die intangiblen Kosten für psychische Erkrankungen haben im 20-Jahreszeitraum zugenommen (Murray et al., 2012).

Nicht berücksichtigt in der Darstellung der Kosten sind die sogenannten Opportunitätskosten, das heißt Kosten durch Nicht- oder Fehlbehandlung, zum Beispiel, wenn eine Erkrankung (Angst, Depression) nicht oder zu spät erkannt wird und deswegen chronifiziert und dann nur mit deutlich höherem Aufwand behandelt werden kann oder wenn eine alternative, nicht durchgeführte Behandlung (z. B. Psychotherapie) deutlich effektiver und effizienter wäre als die tatsächlich durchgeführte Behandlung (z. B. Psychopharmaka). Die Opportunitätskosten sind schwer zu beziffern, weshalb sie hier auch nicht weiter ausgeführt werden.

Wirksamkeit und gesamtgesellschaftlicher Nutzen von Psychotherapie

Die Bewertung der Wirksamkeit von therapeutischen Methoden (das heißt alle medizinischen Interventionen inklusive pharmakologischer Behandlung und Psychotherapie) wird nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2008; 2. Kapitel, § 11 Absatz 3) nach einer „Evidenzklassifizierung (...)“ und einer Qualitätsbewertung (...)“ vorgenommen, wobei die wissenschaftliche Güte der Studien und deren Übertragbarkeit auf die Versorgungsrealität berücksichtigt werden soll.

Wissenschaftstheoretische Vorbemerkung zur methodischen Qualität von Psychotherapiestudien

Um die Wirksamkeit einer Behandlung nachzuweisen, müssen Behandlungsergebnisse von Patienten, die mit einem spezifischen psychotherapeutischen Verfahren behandelt wurden, mit den Ergebnissen einer Gruppe von anderen Patienten verglichen werden, die zum Beispiel keine Behandlung, die übliche klinische Versorgung oder eine andere aktive Behandlung erhielten (Kontrollgruppe). Die

Verlässlichkeit der Studienergebnisse wird nach herrschender methodischer Auffassung zusätzlich dadurch erhöht, dass die Patienten per Zufall einer der Behandlungsgruppen zugewiesen werden. Diese randomisiert-kontrollierten Studien (*randomized controlled trials, RCTs*) werden als die methodisch hochwertigsten angesehen, um gemessene Veränderungen im Anschluss an eine Behandlung auch kausal auf diese Behandlung zurückführen zu können, das heißt, um eine hohe interne Validität zu ermöglichen. RCT-Studien werden häufig als „Gold-Standard“ klinischer Forschung angesehen. Weitere Qualitätsmerkmale von Interventionsstudien sind u. a. manualisierte Behandlung, Verblindung sowie Kontrolle von Störgrößen (vgl. z. B. Rossi et al., 1999). Der G-BA akzeptiert Studienergebnisse nur dann als „evidenzbasiert“, wenn sie auf der Grundlage von mehreren RCTs (*level of evidence 2*) oder Metaanalysen von RCTs (*level 1*) basieren (G-BA, 2008).

Die Fixierung auf RCTs wird von einer ganzen Reihe von anwendungsorientierten Forschern und Methodikern als Überschätzung oder Überbewertung kritisiert. RCTs zeichnen sich zwar durch eine hohe interne Validität aus, sie vernachlässigen aber in bedeutendem Umfang die sogenannte externe Validität, also die Generalisierbarkeit der Befunde (vgl. z. B. Campbell et al., 2000; Leichsenring, 2004a, b; Seligman, 1995; Porzolt et al., 2006; Tschuschke, 2005; Zurhorst, 2003). Revenstorf (2005) spricht von „notorischer Irrepräsentativität“ der RCT-Studien. Auf die in diesem Kontext relevante wissenschaftstheoretische Diskussion zur Paradigmenabhängigkeit von Forschung kann hier nur verwiesen werden (vgl. Slife, 2004; Westmeyer, 1989).

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat in seinem letzten Methodenpapier (WBP, 2010) vorgegeben, dass neben den RCTs auch sogenannte naturalistische, in der konkreten Versorgungspraxis stattfindende Studien zur wissenschaftlichen Anerkennung psychotherapeutischer Methoden und Verfahren heranzuziehen sind. Damit werden beide methodischen Varianten gewissermaßen gleichberechtigt gesehen. Eine ähnliche methodi-

sche Konzeptualisierung wurde auch von Leichsenring (2004 a, b) für die Psychotherapieforschung vorgelegt. So müssen Verfahren und Methoden nach Auffassung des WBP nicht nur intern valide sein, also RCT-basierte Ergebnisse nachweisen, sondern auch ihre Generalisierbarkeit (externe Validität) in der bzw. in die Alltagsversorgung (vgl. auch Nübling, 2008).

Wirksamkeit von Psychotherapie auf der Grundlage von RCTs

Es existieren inzwischen aus über 50 Jahren Psychotherapieforschung ausreichend viele Meta-Analysen über Tausende von Einzelstudien, die unzweifelhaft die Wirksamkeit von Psychotherapie belegen, sowohl hinsichtlich der Symptomatik als auch anderer Outcome-Parameter. Dieses gilt sowohl für Selbstberichte der Patienten als auch für von außen beobachtbare Verhaltensänderungen. Die Effektstärke (d) von Psychotherapie ist im Vergleich zu nicht therapeutischen Kontrollgruppen mit Werten von 0,75 bis 1,25 in der Terminologie von Cohen (1992) als hoch bis sehr hoch einzuschätzen (Shapiro & Shapiro, 1982; Smith et al., 1980; Wampold, 2001; Leichsenring & Rabung, 2008).

Nicht alle der zahllosen Studien, die in diesen Übersichtsarbeiten zitiert werden, entsprechen den oben genannten geforderten Mainstream-Methoden-Standards. Die Anzahl der Studien dieser beiden Evidenzstufen ist aber so hoch, dass Psychotherapie auch hier als eine der am besten untersuchten Behandlungsmethoden im Gesundheitssystem gelten kann. Übersichten über entsprechende störungsspezifische Wirknachweise zu psychoanalytisch begründeten und verhaltenstherapeutischen Psychotherapien wurden von der BPTK im Rahmen der Stellungnahmen zur Überprüfung der Richtlinienverfahren erstellt (BPTK, 2009a, b). Darüber hinaus existieren gute Wirksamkeitsbelege für andere psychotherapeutische Verfahren, z. B. für Gesprächspsychotherapie oder systemische Psychotherapie (z. B. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 1999/2002; Ochs & Schweitzer, 2012; Crane & Christenson, 2012). Weiterhin verweisen die anerkannten Behandlungsleitlinien psychischer Erkrankungen (z. B. zur Behandlung von De-

pressionen, S3-Leitlinie Depression, 2012) nachhaltig auf die Wirksamkeit von Psychotherapie, ebenso wie zahlreiche Cochrane-Reviews (z. B. Abbass et al., 2006; Hunot et al., 2007; Hay et al., 2004; Gava et al., 2007).

Vergleich der Wirksamkeit von Psychotherapie mit anderen Behandlungsformen

Margraf (2009) hat Effektstärken psychotherapeutischer Behandlung anderen Behandlungsformen gegenübergestellt. Diese liegen deutlich höher als z. B. für Bypass-Operationen bei Angina Pectoris ($d=.70$), für medikamentöse Therapie der Arthritis ($d=.61$), für den Einsatz von Antikoagulanzen zur Blutverdünnung ($d=.30$), für die bei der Chemotherapie von Brustkrebs ($d=.11$) oder bezüglich der Einnahme von Aspirin zur Herzinfarktprävention ($d=.07$). Die in der Psychotherapieforschung bzw. der psychotherapeutischen Versorgungsforschung bislang ermittelten Effekte können sich, v. a. auch im Vergleich zu anderen Behandlungen im Gesundheitswesen, gut sehen lassen. Darüber hinaus sind Abbrecherquoten bei psychotherapeutischen Verfahren deutlich geringer als bei medikamentösen Therapien (zusammenfassend Margraf, 2009).

Effektivität von Psychotherapie in der Versorgung

Aktuelle Studien, u. a. die von der Techniker Krankenkasse (TK) initiierte und finanzierte Studie „Qualitätsmonitoring ambulanter Psychotherapie“ (Wittmann et al., 2011), geben darüber hinaus deutliche Hinweise, dass Psychotherapie auch in der Anwendung durch niedergelassene Leistungserbringer wirksam ist. In der TK-Studie, bei der 1.708 Patienten untersucht wurden, die eine Psychotherapie in der ambulanten Versorgungsrealität durchführten, wurde eine Effektstärke von $d=1,23$ bzw. $1,16$ ermittelt, die nach Bereinigung eines Selektionseffekts auf $d=1,0$ geschätzt wird. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in der sogenannten QS-PSY-BAY-Studie, in der 1.696 Psychotherapien in Bayern über mehrere Messzeitpunkte untersucht wurden. Hier lag die Effektstärke je nach Outcome-Maß sogar noch deutlich

darüber, bis $d=1,57$ (vgl. zusammenfassend Strauß et al., 2013).

In ähnlicher Weise sprechen die Ergebnisse der in Anlehnung an die Methodik der Consumer Report Studie (Seligman, 1995) von Albani et al. (2010a, b) durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dafür, dass die Symptomatik der Patienten ($N=1.212$) sich im Rahmen einer Psychotherapie deutlich besserte. Die ambulante Psychotherapie wurde von den Patienten als sehr wirksam eingeschätzt. Effektstärken konnten in dieser Studie nicht berechnet werden, da es sich um eine 1-Punkt-Messung im Sinne einer direkten Veränderungseinschätzung handelte. Die durchschnittlichen Besserungsraten lagen für fast alle Beschwerden bei über 50%, häufig bei mehr als 65%, zum Teil auch über 80%, zum Beispiel für generelle Ängste (86%), Magersucht (86%) oder depressive Beschwerden (83%). Die niedrigsten Besserungsraten wurden für Übergewicht (37%) und sexuellen Funktionsstörungen (44%) angegeben. Die Patienten bzw. ehemaligen Patienten gaben an, dass sich die Psychotherapie auch auf weitere relevante Lebensbereiche sehr positiv auswirke, unter anderem auch auf ihre Arbeitsfähigkeit und Arbeitsproduktivität (vgl. Albani et al., 2010b).

Zur Kostenersparnis durch bzw. zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von Psychotherapie

Viele Studien weisen darauf hin, dass durch Psychotherapie auch (gesamtgesellschaftliche) Folgekosten eingespart werden können, beispielsweise durch die Reduzierung medizinischer Folgekosten (auch: Vermeidung stationärer Aufenthalte durch ambulante Psychotherapie), Vermeidung von Erwerbsunfähigkeitsberentung oder Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit. Margraf (2009) fasst zusammen, dass „in 95% der einschlägigen Studien (54 Studien mit über 13.000 Patienten zwischen 1998 und 2008) (...) eine bedeutsame Kostenreduktion durch Psychotherapie (Cost Offset Effekt) gefunden

wurde“. Des Weiteren habe sich in 86% der entsprechenden Studien zudem eine Nettoeinsparung gezeigt (positives Kosten-Nutzen-Verhältnis nach Abzug der Psychotherapiekosten). In 76% dieser Studien war Psychotherapie darüber hinaus gegenüber medikamentösen Strategien überlegen bzw. erbrachte einen signifikanten Zusatznutzen (Margraf, 2009).

Eine hilfreiche und leider noch wenig bekannte Betrachtungsweise ist eine von Brogden (1949) vorgelegte und später von Cronbach und Gleser (1965) wieder aufgegriffene und adaptierte Gleichung, die inzwischen als Brogden-Cronbach-Gleser-Gleichung zur Berechnung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Interventionen bekannt ist (vgl. Wittmann et al., 2002; Wittmann & Steffanowski, 2011). Mit dieser kann der Netto-Nutzen einer Intervention nach der Gleichung

$$U = T \times ES \times SD_{\text{prod}} - K$$

über die Effektstärke abgeschätzt werden, wobei U dem Netto-Nutzen, T dem Anhalten des Effektes in Jahren, ES der Prä-Post-Effektgröße, SD_{prod} der Standardabweichung der Produktivität (entspricht 40% bis 70% des geschätzten durchschnittlichen Jahreseinkommens von circa 40.000 €, vgl. Wittmann et al., 2002) und K den direkten Behandlungskosten entspricht. Bei mit 50% konservativ angenommenem Anteil des Jahreseinkommens ergibt sich ein SD_{prod} von 20.000 €. Geht man von einem Anhalten des Effektes von mindestens einem Jahr sowie einer Effektstärke von 1,0 aus, stehen bei durchschnittlich 45 Sitzungen je Patient und 85 € je Sitzung direkte Behandlungskosten von 3.825 € gegenüber; der Nettonutzen U beträgt damit 16.175 €. Stellt man Nettonutzen und direkte Behandlungskosten gegenüber, so ergibt sich ein Kosten-Nutzen-Verhältnis (oder „Return on Investment“, ROI) von 1:4,2. Bei Konstanthaltung aller übrigen Variablen würde eine Effektstärke von $ES=0,7$ einen $ROI=2,7$, eine Effektstärke von $ES=1,25$ einen $ROI=5,5$ bedeuten. Das heißt, für einen in die Psychotherapie investierten Euro kann volkswirtschaftlicher „Gewinn“ von 2,70 € bis 5,50 € erzielt werden. In einer ähnlichen Modellrechnung kamen Wunsch et

al. (2013) auf einen ROI von 2,8 bei 25 Stunden Verhaltenstherapie und Wittmann und Steffanowski (2011) anhand der Daten der TK-Studie auf einen ROI von 2,0 bis 3,0. Ähnliche Modellrechnungen liegen auch für den Bereich der stationären Psychosomatik bzw. der psychosomatischen Rehabilitation vor (Zielke, 1993, 2008; Zielke et al., 2004; Steffanowski et al., 2007).

Für eine präzisere Ermittlung volkswirtschaftlicher bzw. gesamtgesellschaftlicher Kosten in Versorgungsstudien wäre eine anspruchsvollere Datenbasis nötig und hilfreich (z. B. pseudonymisierte Angaben vom Patienten zu seiner Symptomatik, ambulante und stationäre Abrechnungsdaten (detailliert, möglichst kassenübergreifend), Daten von Rentenversicherung, Arbeitgeber usw.) über einen hinreichend langen Beobachtungszeitraum. Vor diesem Hintergrund kann die Kostenersparnis derzeit nur in Modellrechnungen wie den obigen abgeschätzt werden. Kritisch kann man auch sehen, dass die Berechnung des ROI als monetäre Betrachtung nur eine – wichtige, aber zugleich auch eingeschränkte – Teilperspektive für die Bewertung des Nutzens einer Behandlung abbilden kann.

Diskussion und Fazit

Etwa 25% bis 30% der psychisch erkrankten Erwachsenen in Deutschland werden mit fachspezifischen Leistungen versorgt; im engeren Sinne psychotherapeutisch behandelt werden etwa 10% bis 15%. Der größte Anteil dieser fachspezifischen Versorgung erfolgt in Psychiatrischen Krankenhäusern sowie in der ambulanten vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung.

Für psychische Erkrankungen (ohne demenzielle Erkrankungen) werden aktuell jährlich etwa 20 Mrd. € ausgegeben, davon circa 1,5 Mrd. € für ambulante Psychotherapie, das sind 7,5% der jährlichen Ausgaben. Demgegenüber wird für die stationär psychiatrische sowie auch für die psychopharmakologische Behandlung etwa der doppelte bzw. dreifache Betrag aufgewendet.

Die Ausgaben für psychotherapeutische Behandlungen relativieren sich vor allem im Hinblick auf die gesamtgesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen. Neben den direkten Behandlungskosten ergibt sich ein geschätzter Produktionsausfall von circa 26 Mrd. € bzw. ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von circa 45 Mrd. € (Daten von 2008). Darüber hinaus gehören psychische Erkrankungen zur Spitzengruppe der am meisten lebensbeeinträchtigenden Krankheiten. Psychotherapie ist für die Behandlung nahezu aller psychischen Erkrankungen langfristig wirksam. Die Kosten-Nutzen-Relationen bzw. der „Return on Investment“ liegen zwischen 1:2 und 1:5,5, das heißt, für jeden in Psychotherapie investierten Euro ergibt sich ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2,00 bis 5,50 €. Neben der hohen Wirksamkeit von Psychotherapie weist die positive Kosten-Nutzen-Relation auf die gesundheitspolitische Bedeutung von Psychotherapie hin.

Kritisch gesehen werden kann die Art der Schätzung des Versorgungsgrades auf der Grundlage der „wahren“ Prävalenzraten. Selbstverständlich kann nicht angenommen werden, dass alle Menschen mit einer festgestellten psychischen Erkrankung auch psychotherapeutisch oder psychiatrisch versorgt werden müssen, z. B. wenn sie selbst keine Behandlungsbedürftigkeit sehen (vgl. Jacobi & Harfst, 2011). Aus dieser Perspektive ist der tatsächliche Versorgungsgrad vermutlich höher als hier geschätzt. Allerdings ist bei der Bewertung auch einzubeziehen, dass die berechneten jährlichen Patientenzahlen addiert wurden, ohne zu berücksichtigen, dass Patienten, die zwei oder mehrere Versorgungsbereiche in Anspruch genommen haben, mehrfach in die Modell schätzung eingehen. Dies wiederum ist ein Hinweis darauf, dass möglicherweise weniger Patienten versorgt werden, als geschätzt wurde. Die Zahlen der durch psychotherapeutische, psychologische oder psychiatrische Leistungen versorgten psychisch kranken Menschen stellen auf jeden Fall Modell schätzungen dar, die mehrere Unbekannte beinhalten. So existieren kaum veröffentlichte und vor allem bundesweite Inanspruchnahmedaten zur psychotherapeutischen Versorgung in psychiatrischen Klini-

ken. Es muss angenommen werden, dass die dort behandelten Patienten überwiegend oder z. T. auch ausschließlich pharmakologisch behandelt werden und Psychotherapie nur bei einem geringeren Teil der Patienten zur Anwendung kommt. Ähnliches kann auch für die ambulante psychiatrische Versorgung vermutet werden, für die sehr hohe Patientendurchläufe dokumentiert sind (vgl. Melchinger, 2011).

Unzweifelhaft ist, dass der mit Abstand höchste Anteil an Gesundheitsausgaben für Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen in der stationären psychiatrischen und der psychopharmakologischen Behandlung bereitgestellt wird. Ausgenommen Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, die einen komplexeren Hilfebedarf benötigen, gibt es Hinweise darauf, dass ein Teil der in der stationären Psychiatrie behandelten Patienten sich hinsichtlich ihres Krankheitsbildes und Schweregrades nicht so stark wie vermutet von den Patienten der ambulanten Psychotherapie unterscheidet. So liegt der Durchschnittswert des Beck-Depressions-Inventars (BDI) bei Behandlungsbeginn für eine Stichprobe von in Baden-Württemberg stationär-psychiatrisch behandelten Patienten mit der Diagnose Depression bei $M=26,4$ ($sd=11,4$, $n=3.189$) und für ambulant psychotherapeutisch behandelte Patienten mit entsprechender Diagnose bei $M=22,0$ ($sd=9,2$, $n=547$; vgl. BPTK, 2012). Der Anteil der nach BDI erfassten Patienten mit einer schweren Depression ($BDI>25$) liegt bei 53% vs. 35%. Würden sich diese Zahlen auf der Grundlage systematisch vergleichender Forschung, das heißt einem direkten Vergleich der Patienten in ambulanter Psychotherapie und stationärer Psychiatrie (bei vergleichbaren Diagnosen), bestätigen, könnte/müsste über mögliche Fehlallokationen von Mitteln bzw. Kostenverlagerungen nachgedacht werden. Wie oben beschrieben, liegen die Ausgaben in einem Verhältnis von 1:3 (ambulante Psychotherapie zu stationär psychiatrischer Versorgung), es wäre nicht nur mit Blick auf die betroffenen Patienten, sondern auch unter gesundheitsökonomischer Perspektive zu prüfen, ob nicht ein (noch zu bestimmender) Teil der stationär behandelten Patienten ebenso gut und mit vergleichbarem Erfolg auch

ambulant behandelt werden könnte. Hierzu müssten dann selbstverständlich mehr ambulante Behandlungsplätze zur Verfügung stehen, z. B. mehr Kassenzulassungen erfolgen. Auch für die (häufig ausschließliche) psychopharmakologische Behandlung bestehen gute Behandlungsalternativen durch Psychotherapie, ggf. bzw. in Abhängigkeit vom Erkrankungsbild und leitliniengerecht auch in Kombination mit der Pharmakotherapie. Auch hier könnte das bestehende Ausgabenverhältnis von 1:2 (ambulante Psychotherapie zu Pharmakotherapie) diskutiert werden im Sinne einer deutlicheren Gewichtung der Psychotherapie zu Ungunsten der Pharmakotherapie.

Insgesamt gesehen findet die Versorgung psychisch kranker Menschen weiter zu häufig stationär vor allem in psychiatri-

schen Kliniken sowie psychopharmakologisch statt. Eine Umorientierung in eine deutlich erweiterte ambulante psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen, wie das schon vor über 20 Jahren Meyer et al. (1991) gefordert hatten, würde auch gesundheitsökonomisch Sinn machen. Die Frage der Kostenverteilung ist allerdings nicht nur innerhalb der fachspezifischen Leistungen zu stellen, sondern auch im Blick auf die hohen Ausgaben für psychische Erkrankungen für nicht fachspezifische, z. B. hausärztliche oder internistische sowie auch (unspezifische) Krankenhausbehandlungen.

Literatur

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



Dr. Rüdiger Nübling, Dipl.-Psych., ist Referent für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling

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

S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Zwangsstörungen

Hans Reinecker

Zusammenfassung: Die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Zwangsstörungen wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V./DGPPN (Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Kordon, Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi, Dr. rer. hum.biol. Cathleen Muche-Borowski, Prof. Dr. med. Fritz Hohagen) im Jahre 2013 erstellt. Eine vollständige Auflistung der Empfehlungen sowie der beteiligten Fachgesellschaften findet sich im Internet unter www.awmf.org, die Buchpublikation ist in Vorbereitung. In diesem kurzen Beitrag werden wesentliche Inhalte in Kurzfassung beschrieben.

Das Ziel der Leitlinie ist eine Dokumentation des Standes der Forschung zu Diagnostik und Therapie von Zwangsstörungen mit dem Anspruch der Gültigkeit für die nächs-

ten fünf Jahre. Darüber hinaus ist es ein wesentliches Anliegen, zur Verbesserung der Versorgung durch die Verbreitung von Empfehlungen der Behandlung beizutragen.

Kurzübersicht zu den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)

S1-Leitlinien beinhalten eine Sammlung von Experten-Meinungen.

S2-Leitlinien stellen eine Zusammenfassung qualitativ unterschiedlicher Studien dar.

S3-Leitlinien bilden eine vollständige und systematische Sichtung und Zusammenfassung von randomisierten kontrollierten Studien zur Thematik.

In der Arbeitsgruppe im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erfolgte eine Sichtung aller relevanten Studien zur Thematik, wobei entsprechende Empfehlungsgrade auf der Basis von RCTs (*randomized controlled trials*, randomisierte kontrollierte Studien) vergeben wurden. In der Regel handelt es sich bei RCTs um eine systematische Prüfung eines Verfahrens im Vergleich zu Kontrollbedingungen. Als Ergebnis dieser Sichtung wurden verschiedene Grade der Empfehlung vergeben:

A: SOLL-Empfehlung, bei sehr gutem Evidenzgrad, d. h. Vorliegen zumindest einer randomisierten kontrollierten Studie.

B: SOLLTE-Empfehlung bei Vorliegen gut durchgeführter klinischer Studien.

O: KANN-Empfehlung, auf der Grundlage von Expertenmeinungen oder klinischen Erfahrungen ohne Grundlage fundierter klinischer Studien.

KKP: Klinischer Konsenspunkt, d. h. als Hinweis auf klinische Praxis auf der Grundlage der Empfehlungen der Mitglieder der Leitliniengruppe.

Verhaltenstherapie (VT) und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Beide Verfahren sind die am besten untersuchten Psychotherapieverfahren bei Zwangsstörungen. Die Wirksamkeit von VT und KVT kann heute als gut belegt angesehen werden (wobei es wenig Sinn macht, die beiden Verfahren strikt zu trennen). Die zentrale Aussage findet sich in Empfehlung 4.1:

„Bei einer Zwangsstörung soll eine störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Therapie der ersten Wahl angeboten werden.“

Für verschiedene Modalitäten der Psychotherapie werden Empfehlungen auf der Basis von Statements der Expertengruppe

bzw. im Sinne eines Klinischen Konsenspunktes (s. o.) ausgesprochen. Dies gilt insbesondere für die Behandlung von Zwangsstörungen in Gruppen, für die Frage der Dauer und Intensität der Behandlung oder auch für Begleitungen durch Psychotherapeuten bzw. die Durchführung der Behandlung im häuslichen Umfeld. Ähnliche Empfehlungen gibt es für den Einsatz von Verhaltenstherapie unter Nutzung elektronischer Medien.

Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Hier wird die Evidenzlage als unzureichend bezeichnet, sodass eine gesicherte Aussage zur Wirksamkeit dieser Verfahren auf der Grundlage vorliegender Studien nicht möglich ist. Die zentrale Empfehlung findet sich in Punkt 4.12 der Leitlinien:

„Psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt jedoch keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien vor.“

Diese Empfehlung kam aufgrund eines Sondervotums nach kontroverser und engagierter Diskussion zustande.

Andere psychotherapeutische Verfahren

In der Versorgung kommen verschiedene psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz, insgesamt muss festgehalten werden, dass die Evidenzlage für andere psychotherapeutische Verfahren unzureichend ist. Dazu die Empfehlung (Feststellung) der Leitlinie (4.13):

„Weitere Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt jedoch keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien vor.“

Psychopharmakotherapie

Die beste Befundlage dazu gibt es im Bereich von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) sowie wie für Clomipramin, dazu liegen zehn gut kontrollierte Studien vor. Insgesamt kann die Wirksamkeit von SSRI und Clomipramin im Vergleich zu Placebo als gut belegt angesehen werden. In der Leitlinie finden sich dementsprechend konkrete Hinweise zur Dosierung, wobei die Wirksamkeit jeweils in Relation zu den Nebenwirkungen Berücksichtigung finden sollte. In der Regel gibt es bei der Gabe von SSRI allerdings keine vollständige Remission der Zwangsstörung. Die Empfehlungen zur Medikation finden sich in folgenden Statements:

Als Klinischer Konsenspunkt wird zunächst festgehalten (5.1):

„Eine Monotherapie mit Medikamenten ist nur indiziert, wenn Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) abgelehnt wird oder wegen der Schwere der Symptomatik keine KVT durchgeführt werden kann, KVT wegen langer Wartezeiten oder mangelnder Ressourcen nicht zur Verfügung steht oder damit die Bereitschaft des Patienten, sich auf weitere Therapiemaßnahmen (KVT) einzulassen, erhöht werden kann.“

Sehr prägnant finden sich als Empfehlung mit dem besten Evidenzgrad für SSRI in Punkt 5.2 folgende Feststellungen:

„Wenn eine medikamentöse Therapie indiziert ist, sollen SSRI (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin) angeboten werden. Citalopram ist in Deutschland jedoch zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.“

Für den differenziellen Einsatz eines SSRI gibt es keine fundierten Empfehlungen, siehe 5.4 als Klinischer Konsenspunkt:

„Da alle SSRI klinisch vergleichbar gut wirksam sind, soll die Auswahl des SSRI anhand des Profils unerwünschter Wirkungen und möglicher Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten erfolgen.“

Clomipramin ist vergleichbar wirksam mit SSRI, soll jedoch aufgrund der Nebenwir-

kungen zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen nicht als erste Wahl zum Einsatz kommen.

Kombination von verhaltenstherapeutischen Verfahren und Psychopharmakotherapie

Für Verhaltenstherapie ebenso wie für Psychopharmakotherapie liegt aus heutiger Sicht ausreichend Evidenz bei der Behandlung von Zwangsstörungen vor. In der Praxis werden die beiden Verfahren häufig kombiniert, wobei die Effekte dieser Kombination als wenig abgesichert gelten. Die zentrale Empfehlung der Leitlinie (6.1) lautet:

„Die psychopharmakologische Therapie einer Zwangsstörung mit SSR/Clomipramin soll mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie mit Expositionen und Reaktionsmanagement kombiniert werden.“

Besonders wichtig ist dies für die Stabilisierung von Effekten nach dem Absetzen von medikamentöser Behandlung. Als Fazit wird in der Leitlinie festgehalten:

„Es gibt weitgehend konsistente Evidenz dafür, dass die Durchführung einer VT oder KVT zusätzlich zur Pharmakotherapie die Rückfallraten bei Absetzen der Medikation reduziert. Es ist daher empfehlenswert, vor dem Absetzen einer (wirksamen) Monotherapie mit SSRI oder Clomipramin eine KVT anzubieten, um Rückfällen vorzubeugen.“

Behandlung von psychischer und körperlicher Komorbidität

Zwangsstörungen treten in der Mehrzahl der Fälle nicht isoliert, sondern gemeinsam

mit zumeist psychischen, aber auch körperlichen Erkrankungen auf. Eine besondere Rolle spielen dabei Depressionen, deshalb ist es sinnvoll, bei der Behandlung auch diesen Aspekt im Auge zu behalten, siehe Empfehlung 10.1:

„Patienten mit Zwangsstörung mit komorbider depressiver Störung soll leitliniengerechte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement angeboten werden.“

Für andere Störungen und Erkrankungen wird in der S3-Leitlinie auf die Richtlinien zur Behandlung der jeweiligen Problemstellungen verwiesen. Für viele dieser Störungen gibt es mittlerweile bereits entsprechende Empfehlungen auch auf dem Niveau von S3-Leitlinien (z. B. für Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen usw.).

Therapieresistenz

Trotz deutlicher Fortschritte in der Behandlung von Zwangsstörungen ist heute davon auszugehen, dass rund 40 bis 50 Prozent der Betroffenen (langfristig) nicht ausreichend von Therapie profitieren. Dafür wurde eine Differenzierung in verschiedene Stufen von Therapieresistenz vorgeschlagen. Als relevant ist in diesem Zusammenhang die folgende Empfehlung der S3-Leitlinie anzusehen (11.2):

„Bei Therapieresistenz sollte überprüft werden, ob die Leitlinien-Empfehlungen zur Therapie angewendet worden sind.“

Abschließende Bemerkungen

In den Leitlinien zur Behandlung von Zwangsstörungen wird explizit darauf verwiesen, dass es sich bei den jeweiligen Angaben um **Empfehlungen**, nicht jedoch um Gesetze handeln kann. Dies trägt auch

der Tatsache Rechnung, dass die Empfehlungen durch neue Erkenntnisse aus weiteren Studien ggf. verändert werden müssen.

Trotz dieser Einschränkungen und auch mit Blick auf die Problematik der Therapieresistenz und Versorgung von Patienten mit Zwangsstörungen ist mit der Erstellung der S3-Leitlinie dann ein enormer Fortschritt in der Behandlung geleistet, wenn die Empfehlungen der Leitlinien von Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch rezipiert und entsprechend umgesetzt werden.



Prof. Dr. Hans Reinecker war 30 Jahre lang Hochschullehrer für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität in Bamberg und ist nach der Emeritierung als Ausbildungsleiter am CIP Bamberg tätig. Schwerpunkte sind Grundlagen der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, Therapie von Angst- und Zwangsstörungen in Forschung und Praxis sowie Selbstmanagement-Therapie.

Univ. Prof. Dr. Hans Reinecker

CIP Ambulanz Bamberg
Ausbildungsleitung
Fleischstraße 17
96047 Bamberg
hans.reinecker@uni-bamberg.de

Artikelverzeichnis 2014

Artikel	Ausgabe	Seiten
Albrecht, Lisa/Blasen, Svenja/Freytag, Peter/Ladwig, Inga/John, Oliver Standards für die Praktische Tätigkeit. Beitrag der Bundeskonferenz PiA zur Diskussion um die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen in den Kliniken	2/2014	134 – 137
Beck, Norbert Psychotherapie in der stationären Jugendhilfe	4/2014	378 – 383
Dorrmann, Wolfram/Elsner, Michael/Kirin, Christine/Matthey, Anna/Meyer, Rixa/Rose, Andreas/Scheler, Sebastian/Scott, Sonja/Stieglitz Nick/Zeh, Stefan Der jährlich stattfindende Boys' Day – Eine Möglichkeit, den Beruf des Psychotherapeuten mehr in die Öffentlichkeit zu bringen	4/2014	384 – 388
Eiling, Anna/Schlipfenbacher, Carina/Hörz-Sagstetter, Susanne/Jacobi, Frank Über die Zukunft der Evidenzbasierten Psychotherapie und die Beziehung zwischen Praxis und Forschung. Aktuelle Studien zur Versorgungsforschung	2/2014	175 – 183
Eschenröder, Christof T. Wie wirksam sind Techniken der Energetischen Psychotherapie, die Exposition mit sensorischer Stimulierung verbinden?	2/2014	149 – 156
Ganser, Gerd Der Einsatz eines Therapiehundes in der tiefenpsychologischen Kinderpsychotherapie	1/2014	17 – 23
Hirsch, Mathias Modifizierte psychoanalytische Psychotherapie traumatisierter Patienten	1/2014	37 – 43
König, Julia/Rosner, Rita Cognitive Processing Therapy zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung	3/2014	265 – 273
Loest, Helga/Riedel, Peter Neue Version von Psychinfo sorgt für steigende Nachfrage	2/2014	170 – 174
Lorenz, Simon/Wild, Sabine/Jungbauer, Johannes Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse einer Expertenbefragung	3/2014	257 – 264
Mertens, Wolfgang Synergieeffekte im Studium der Psychologie und ihre Folgen für die postgraduierte Ausbildung	2/2014	137 – 143
Metaxas, Chrisoula/Wünsch, Alexander/Simon, Traudel/Nübling, Rüdiger Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg	2/2014	122 – 130
Metsch, Hans Das Netz fängt nicht auf, sondern ein – Über Bequemlichkeit und die Erosion der Privatsphäre	1/2014	13 – 16
Müller, Doris/Askitis, Harry/Eckert, Jochen Essentials einer revidierten Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht	2/2014	143 – 145

Artikel	Ausgabe	Seiten
Nübling, Rüdiger Zur psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker im ambulanten und stationären Rahmen	1/2014	44 – 49
Nübling, Rüdiger/Bär, Thomas/Jeschke, Karin/Ochs, Matthias/Sarubin, Nina/Schmidt, Jürgen Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie	4/2014	389 – 397
Peters, Meinolf Psychotherapie älterer Patienten – Auf dem Weg zu neuen Ufern	1/2014	24 – 30
Preß, Hans/Gmelch, Markus Die „therapeutische Haltung“ – Vorschlag eines Arbeitsbegriffs und einer klientenorientierten Variante	4/2014	358 – 366
Proll, Birgit/Hanke, Wiebke/Klasen, Jennifer/Möller, Heidi/Taubner, Svenja Theoriwissen und Kompetenz zur Fallkonzeption von Psychotherapeuten in Ausbildung	4/2014	366 – 373
Reinecker, Hans S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Zwangsstörungen	4/2014	397 – 399
Richter, Rainer/Munz, Dietrich Kompetenz von Psychotherapeuten – Grundlage einer Reform der Psychotherapeutenausbildung	2/2014	146 – 147
Rief, Winfried/Abele-Brehm, Andrea/Fydrich, Thomas/Schneider, Silvia/Schulte, Dietmar Praxisanteile im Direktstudium Psychotherapie – Auf welche Lehr-Erfahrungen kann aufgebaut werden? Welche Inhalte und Kompetenzen sollten vermittelt werden?	1/2014	31 – 36
Sarubin, Nina Unerwartete Symptomverbesserungen und –verschlechterungen im Verlauf einer Psychotherapie. Implikationen für die psychotherapeutische Praxis	3/2014	274 – 279
Schubbe, Oliver EMDR, Brainspotting und Somatic Experiencing in der Behandlung von Traumafolgestörungen	2/2014	156 – 163
Simon, Traudel/Jäckel, Annika Inhalte zur Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Eine Analyse von Ausbildungscurricula	2/2014	131 – 133
Stangier, Ulrich/Risch, Anne-Katrin/Heidenreich, Thomas/Hautzinger, Martin Rezidivierende Depressionen – Lassen sich Rückfälle verhindern und psychische Gesundheit erhalten? Eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Perspektive	2/2014	164 – 169
Stanko, Stephan Das Patientenrechtegesetz und seine Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis	1/2014	5 – 9
Thorwart, Jürgen Keine Pflicht zur Dokumentation, aber Recht auf Einsicht in vorhandene Aufzeichnungen	1/2014	10 – 12
Wirth, Ulrich „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten sich in vielen medizinethischen und sozialetischen Fragestellungen stärker engagieren“. Interview mit Michael Wunder, Mitglied im Deutschen Ethikrat	3/2014	252 – 256

Reform der Psychotherapeutenausbildung – eindeutiges Votum des 25. DPT

Der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hat sich mit einer Zweidrittelmehrheit für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung ausgesprochen, die eine Approbation nach einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Masterniveau anstrebt (Direktausbildung). In einer anschließenden Weiterbildung sollen Schwerpunkte in der Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen sowie in wissenschaftlich anerkannten Verfahren möglich werden. Der 25. DPT fand am 14. und 15. November 2014 in München statt. Er wurde durch den Präsidenten der Bayerischen Psychotherapeutenkammer, Herrn Dr. Nikolaus Melcop, eröffnet. Herr Dr. Melcop übermittelte den Delegierten die Grüße der bayerischen Gesundheitsministerin Frau Melanie Huml und des bayerischen Ministerpräsidenten Horst Seehofer.

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Basis der Richtungsentscheidung des DPT zur Reform der Psychotherapeutenausbildung waren die Vorarbeiten der AG des Länderrats und des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Für das Sprecherteam der AG skizzierte Herr Dr. Melcop den Arbeitsprozess seit dem

24. DPT. Er stellte dar, wie die AG einen transparenten und intensiven Dialog im Vorfeld des 25. DPT mit den Delegierten, den Fach-, Berufs- und Ausbildungsverbänden, den Hochschulen, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Kultusseite und den Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) sichergestellt hat. Herr Michael Krenz, ebenfalls Mitglied des Sprecherteams und Präsident der Berliner Psychotherapeutenkammer, erinnerte daran, dass mit der Entwicklung des Berufsbildes und des Kompetenzprofils die AG in den zurückliegenden Monaten eine gemeinsame Basis geschaffen habe, von der ausgehend die Profession sprach- und verhandlungsfähig gegenüber der Gesundheitspolitik geworden sei.

Herr Prof. Dr. Rainer Richter schlug als Präsident der BPTK und Mitglied des Sprecherteams in seinem Eingangsstatement vor, sich in der Debatte auf drei zentrale Bereiche zu konzentrieren, die zukunftsentscheidend für die Profession sein werden. Es gehe darum, dass der DPT für eine Lösung votiere, die das Masterniveau sichere, der Gestaltungsverantwortung der Profession gerecht werde und für die Qualifizierung angemessene Rahmenbedingungen schaffe.



Prof. Dr. Rainer Richter

Masterniveau sichern

Herr Prof. Richter erläuterte den Delegierten, warum eine auf die Zugangsvoraussetzungen zur heutigen postgradualen Psychotherapeutenausbildung beschränkte Gesetzesreform das Masterniveau von Psychotherapeuten nicht sichern werde. Es gebe bereits einen einhelligen Beschluss der Kultusseite für den Bachelor als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und die Gesundheitsseite schaffe Fakten, indem derzeit bereits zehn von 16 Bundesländern den Bachelor als Zugangsvoraussetzung zur KJP-Ausbildung akzeptieren. Der Gesundheitsseite bleibe letztlich nichts anderes übrig, denn in der Systematik der Bologna-Reform sei der Bachelor das Pendant zum Fachhochschulabschluss und diesen habe der Gesetzgeber für die Studiengänge Pädagogik und Sozialpädagogik 1998 ins Psychotherapeutengesetz geschrieben. Eine Anhebung

Krankenversichertenkarte 2015 nicht mehr gültig

Versicherte können die Krankenversichertenkarte (KVK) im neuen Jahr nicht mehr verwenden. Ab dem 1. Januar 2015 ist nur noch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) gültig und zu verwenden. Die KVK gilt für Patienten ohne eGK nur noch bis zum Jahresende 2014, unabhängig von der aufgedruckten Gültigkeitsdauer. Ab dem 1. Januar 2015 wird die alte Krankenversichertenkarte für GKV-Kostenträger nicht mehr von der Praxisverwaltungssoftware akzeptiert. Für Versicherte im Rahmen der Privatversicherung ist die KVK weiterhin zulässig. Von Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ohne elektronische Gesundheitskarte kann ab 1. Januar 2015 eine Privatvergütung innerhalb von zehn Tagen verlangt werden, die jedoch zurückgezahlt werden muss, wenn bis zum Quartalsende ein gültiger Berechtigungsnachweis vorliegt. Für Notfallbehandlungen bei Patienten ohne eGK muss das Ersatzverfahren angewendet werden.

der Zugangsvoraussetzungen setze eine inhaltliche Begründung voraus. Diese inhaltliche Begründung könne nur in einem anderen Ausbildungszuschnitt und Tätigkeitsprofil liegen. Der 16. DPT habe deshalb mit großer Mehrheit dafür votiert, dass es künftig nur einen Psychotherapeutenberuf gebe, der sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. Erwachsenen spezialisiere. Man müsse sehen, dass bei einer isolierten Lösung der Zugangsvoraussetzungen die große Gefahr bestehe, dass am Ende ein Bachelorabschluss als Zugang für die Ausbildung zum KJP vom Gesetzgeber akzeptiert werde. Das wolle niemand in der Profession, wie die Unterschriftenaktion für das Masterniveau als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapeutenausbildung zeige, an der sich 5.000 Psychotherapeuten beteiligt haben. Man sei sich doch einig, dass es kein Zurück geben dürfe zum Delegationsverfahren.

Oberste Priorität habe die Qualität der Versorgung und dafür sei es wichtig, dass die eigenverantwortliche Tätigkeit erhalten bleibe und dass – damit verbunden – das Kompetenzprofil der Psychotherapeuten in all ihren Tätigkeitsbereichen hinsichtlich Status und Vergütung angemessen berücksichtigt werde. Es bleibe keine andere



Dr. Nikolaus Melcop



v. l. n. r.: Prof. Dr. Rainer Richter, Dr. Nikolaus Melcop, Michael Krenz

Schlussfolgerung als die Feststellung, dass die kleine Lösung keine Lösung sei.

Gestaltungsverantwortung der Profession

Herr Prof. Richter erinnerte daran, dass mit dem Psychotherapeutengesetz für die Kolleginnen und Kollegen in der Niederlassung viel erreicht wurde. Für die Kollegen im Krankenhaus, in der Rehabilitation und in der Jugendhilfe sei man jedoch hinsichtlich Status, Vergütung und Eigenverantwortlichkeit der Tätigkeit noch zu weit vom Facharztstatus entfernt. Die Profession könne, wenn sie die zweite Qualifizierungsphase der Psychotherapeuten über die Weiterbildungsordnung der Kammern in die eigene Hand nehme, hier entscheidende Weichen stellen.

Rahmenbedingungen der Qualifizierung

Der dritte Bereich und einer der Haupttreiber für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung sei die prekäre finanzielle Situation der PiA. Man habe lernen müssen, dass, solange die Praktische Tätigkeit juristisch als Praktikum gelte, ein Vergütungsanspruch für die PiA nicht durchsetzbar ist. Mit einer kleinen Lösung, also mit dem Votum, zunächst isoliert die Zugangs-

voraussetzungen anzugehen, lasse man dieses Problem in der Gänze unadressiert und akzeptiere, dass es noch Jahre dauern könne, bis hier etwas passiere. Das BMG habe immer betont, es gebe nur eine Reform des Psychotherapeutengesetzes und nicht zwei.

Wenn man eine Lösung des Problems wolle, dann sei klar, was zu tun sei. Psychotherapeuten in Weiterbildung würden über einen Abschluss auf Masterniveau und eine Approbation verfügen. Damit hätten sie Anspruch auf ein Gehalt. Psychotherapeuten in Weiterbildung würden adäquate berufliche Perspektiven haben, wo immer sie später arbeiten wollen, weil die Profession ihre Weiterbildung entsprechend gestalten werde. Psychotherapeuten in Weiterbildung würden während der Qualifizierung an der Hochschule künftig Erfahrungen mit allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren sammeln können.

Aber es gehe nicht nur um die Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung bzw. in Weiterbildung, es gehe auch darum, einen Weg zu finden, wie die heutigen Ausbildungsstätten den Wandlungsprozess hin zu Weiterbildungsstätten erfolgreich überstehen können. Herr Prof. Richter plädierte auch hier für eine realitätsnahe Debatte.



Sabine Maur

Wer psychisch kranke Menschen versorgen wolle, brauche Psychotherapeuten. Psychotherapeuten werde es in Zukunft nur geben, wenn den Ausbildungsstätten ein sicherer Weg zur Umwandlung in Weiterbildungsstätten geboten wird. Das Ziel stehe damit fest, aber auf dem Weg dorthin gebe es die Notwendigkeit, noch eine ganze Reihe von Detailfragen zu klären. Man werde dies gemeinsam tun und entsprechende Forderungen an die Politik formulieren. Man könne jedoch die Beantwortung dieser Detailfragen nicht zur Voraussetzung für das Votum zur Direktausbildung machen. Es gebe in keinem Gesetzgebungsprozess eine Bestands-, Umsatz- oder Gewinngarantie. Wer dies so konkret fordere, sei damit letztlich gegen jede Art von Reform und akzeptiere den Bachelor als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapeutenausbildung.

Konstruktive Debatte

In den Diskussionen des DPT fand die jetzige Ausbildungssituation eine durchaus unterschiedliche Bewertung. Der Forderung, der unbefriedigenden Situation so schnell wie möglich eine andere Realität entgegenzustellen, wurde entgegengehalten, dass es schwerfalle, von einem Modell Abschied zu nehmen, das über viele Jahre eine qualifizierte Ausbildung angeboten habe.



Susanne Walz-Pawlita

Zentraler Diskussionspunkt des DPT war, wie konkret die Richtungsentscheidung des 25. DPT ausfallen solle oder könne. Die Delegierten plädierten dafür, vor einer Entscheidung vertieft zu erörtern, ob im Anschluss an das mit einem Staatsexamen endende Studium eine dem Referendariat analoge Ausbildung erfolgen könne als Alternative zur Erteilung der Approbation. Die Approbation nach dem Studium sei mit einer Fülle von Fragen verbunden. Man dürfe den Diskussionsprozess nicht verkürzen, sondern solle die Erfahrungen der letzten Monate nutzen und weiter diskutieren. Herzstück der guten Ausbildung seien die Ausbildungsstätten. Deren Existenz dürfe man nicht gefährden. Dem wurde entgegengehalten, dass der Vorstand ein klares Verhandlungsmandat brauche. Das könne man ihm geben, denn in den letzten Monaten sei deutlich geworden, dass nur mit einer Direktausbildung die zentralen Probleme der Profession zu lösen sind. Die noch offenen Detailfragen werde man klären können. Der DPT stimmte zweistufig ab. Für die Erteilung der Approbation zum Ende des Studiums votierten 76 Delegierte, dagegen 51 bei keiner Enthaltung und einer ungültigen Stimme. Schlussendlich votierte der DPT mit Zweidrittelmehrheit (86 Ja-Stimmen, 38 Nein-Stimmen und 4 Enthaltungen) für die Direktausbildung.



Ricarda Müller

Ausdruck der mit großer Wertschätzung und Respekt geführten Debatte war, dass diejenigen, die eine so konkrete Richtungsentscheidung für verfrüht hielten, deutlich machten, dass sie sich dem weiteren Konsultations- und Kommunikationsprozess nicht verschließen werden. Bisher sei der Prozess im Wesentlichen ein gemeinsamer gewesen. Man gehe davon aus, dass dies auch in Zukunft weiter gelingen könne.

Reform der Muster-Weiterbildungsordnung

Die Kommission Zusatzqualifizierung stellte dem 25. DPT als Ergebnis ihrer Arbeit einen Vorschlag zur Vereinheitlichung der Struktur- bzw. Systematik der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) vor. Neben Regelungen, die die Bereiche Klinische Neuropsychologie, Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie betrafen, ging es um Klarstellungen u. a. zur berufsgruppenbezogenen Differenzierung, der kammerübergreifenden Anerkennung erworbener Qualifikationen, der Regelungen für die Zulassung von Weiterbildungsstätten, der Erteilung von Weiterbildungsbeugnissen, der Schließung einer Lücke in den Übergangsregelungen und der Neufassung der Anerkennung ausländischer Weiterbildungen aufgrund neuer europarechtlicher Vorgaben. Der DPT nahm mit



Dr. Dietrich Munz

großer Mehrheit die Änderungsvorschläge der Kommission Zusatzqualifizierung an. (Aufgrund der Fristen des PTJ kann die neue MWBO in dieser Ausgabe nicht abgedruckt werden. Sie finden diese auf der Homepage der BPTK www.bptk.de.)

Praxisbewertungssystem

Dem 25. DPT wurde ein Praxisbewertungssystem vorgestellt, das von der BPTK mit Unterstützung der Herren Dipl.-Kaufm. Stefan Siewert und Dipl.-Kaufm. Frank Boos entwickelt wurde. Begleitet wurde die Arbeit der externen Experten durch einen Vertreter des Länderrats, zwei Vertreter der Psychotherapeuten in Ausbildung sowie für den BPTK-Vorstand durch Herrn Dr. Dietrich Munz. Mit diesem System werde den Psychotherapeuten, so Herr Dr. Munz, ein Instrument an die Hand gegeben, das eine unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten saubere Kalkulation und ein rechtssicheres Vorgehen erlaube. Er erläuterte weiter, dass ein solches Standardmodell eine individuelle Betrachtung einer einzelnen Praxis nicht ersetzen könne, dass es aber von zentraler Bedeutung sei, mit einem solchen System objektivierte Anhaltspunkte zum Verkehrswert einer Praxis zu erhalten, gerade auch vor dem



Ariadne Sartorius

Hintergrund der Debatte um die Stilllegung von Psychotherapeutenpraxen. Der DPT verabredete, auf dem 26. DPT das Thema Praxismachfolge zusätzlich unter berufspolitischer Perspektive aufzugreifen.

Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge

Der DPT verabschiedete eine Resolution „Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen bundesweit sicherstellen!“. Es sei wichtig, so wurde betont, dass Psychotherapeuten zu diesem Thema ihre Stimme erheben. Die Delegierten forderten mit Blick auf die Überarbeitung des Asylbewerberleistungsgesetzes, dass psychisch kranke Flüchtlinge künftig einen Zugang zur Psychotherapie erhalten. Notwendig sei es dafür, den Zugang zur Versorgung nicht mehr von Einzelfallentscheidungen zuständiger Amtsärzte oder Sachbearbeiter der Landesbehörden abhängig zu machen. Der DPT forderte die Bundesregierung auf, den Leistungsanspruch der Flüchtlinge sicherzustellen und durch eine bundeseinheitliche Regelung einen einheitlichen Zugang zu diesen Leistungen abzusichern. Die verabschiedete Resolution finden Sie auf der Homepage der BPTK: www.bptk.de.



Peter Lehndorfer

Dolmetscher und muttersprachliche Psychotherapie für Migranten

Außerdem forderte der DPT, für Menschen mit Migrationshintergrund Leistungen von Dolmetschern oder muttersprachliche Psychotherapie zum Leistungsanspruch zu machen. Fast jeder fünfte Migrant spreche nicht ausreichend deutsch, um sich in psychotherapeutische Behandlung begeben zu können. Damit entstehe eine vermeidbare Barriere beim Zugang zu einer leitliniengerechten Versorgung. Abhilfe werde geschaffen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für einen Dolmetscher trage oder wenn muttersprachliche Psychotherapeuten im Rahmen der Bedarfsplanung gesonderte Möglichkeiten erhalten, sich in bestimmten Versorgungsregionen niederzulassen. Es sei wichtig zu sehen – wurde aus den Reihen des DPT betont – dass viele der Menschen mit Migrationshintergrund über Jahrzehnte in die deutschen Sozialversicherungssysteme einzahlen. Man müsse sicherstellen, dass sie im Falle einer psychischen Erkrankung eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen können. Die verabschiedete Resolution finden Sie auf der Homepage der BPTK: www.bptk.de.

Versorgungsstärkungsgesetz für psychisch kranke Menschen

Die Bundesregierung plant, mit einem Versorgungsstärkungsgesetz unter anderem die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern. Im ersten Schritt hat sie hierzu einen Referentenentwurf vorgelegt.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Der Referentenentwurf sieht vor, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beauftragen, das Nähere zu psychotherapeutischen Sprechstunden in der Psychotherapie-Richtlinie zu regeln. Grundsätzlich hat die BPTK dies sehr begrüßt, da damit eine Anregung der Profession aufgegriffen wird.

■ Kurzfristige Termine und differenziertes Leistungsspektrum

Ausgangspunkt der Änderungsvorschläge der BPTK war die Erfahrung vieler Psychotherapeuten, dass Menschen mit sehr unterschiedlichen Anliegen ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten suchen. Manche Patienten sind so beeinträchtigt, dass rasch eine stationäre Behandlung notwendig wird. Manche brauchen eine Einzel- oder Gruppentherapie oder eine Kombination aus beidem. Anderen ist mit übenden

und suggestiven Interventionen, Angeboten der geleiteten Selbsthilfe, einem guten Präventionsangebot oder mit dem Verweis auf eine Beratungsstelle geholfen. Die Patienten warten mit diesen sehr unterschiedlichen Anliegen in aller Regel Wochen bis Monate auf eine Erstuntersuchung. Erst psychotherapeutische Sprechstunden mit einem geregelten schnellen Zugang eröffnen die Möglichkeit, eine zeitnahe, fachlich fundierte Entscheidung zu Art und zu Dringlichkeit der unterschiedlichen Anliegen und der ggf. erforderlichen Behandlung zu treffen.

Für eine fachlich fundierte Entscheidung, die eine vorläufige Indikationsstellung erlaubt, werden die Patienten ein, zwei oder in besonderen Fällen auch drei Termine im Rahmen einer Sprechstunde in Anspruch nehmen können. Bei manchen Patienten wird nach einem ersten Gespräch klar sein, wie ihnen weitergeholfen werden kann, z. B. durch den Verweis auf eine Beratungsstelle. Bei der Mehrzahl der Patienten wird aber eine vorläufige Indikationsstellung erst auf der Basis von Erstuntersuchung, Anamnese und orientierender Erstdiagnostik sowie ggf. einer psychotherapeutischen Differenzialdiagnostik ermög-

licht. Die psychotherapeutische Sprechstunde wird die ihr zugedachten Aufgaben erst dann angemessen erfüllen können, wenn auch ein differenziertes Leistungsspektrum vorgesehen wird, auf das erfolgreich verwiesen werden kann.

Die BPTK fordert vor diesem Hintergrund, dem G-BA für die Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie einen klaren Auftrag zu erteilen. Es muss deutlich werden, dass die Sprechstunde ein breites, differenziertes diagnostisches Leistungsspektrum beinhaltet. Alles andere würde dem fachlichen Standard der Psychotherapeuten nicht entsprechen.

■ Adäquate Vergütung

Damit die Sprechstunde, die ein freiwilliges Angebot der Psychotherapeuten sein sollte, ein versorgungsrelevantes Angebot werden kann, müssen Psychotherapeuten in die Lage versetzt werden, ihre Praxisstrukturen und -prozesse entsprechend weiterzuentwickeln. Hierfür ist eine ökonomisch angemessene Vergütung dieses neuen Leistungsspektrums zentrale Voraussetzung. Auch dies sollte der Gesetzgeber den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung vorgeben.

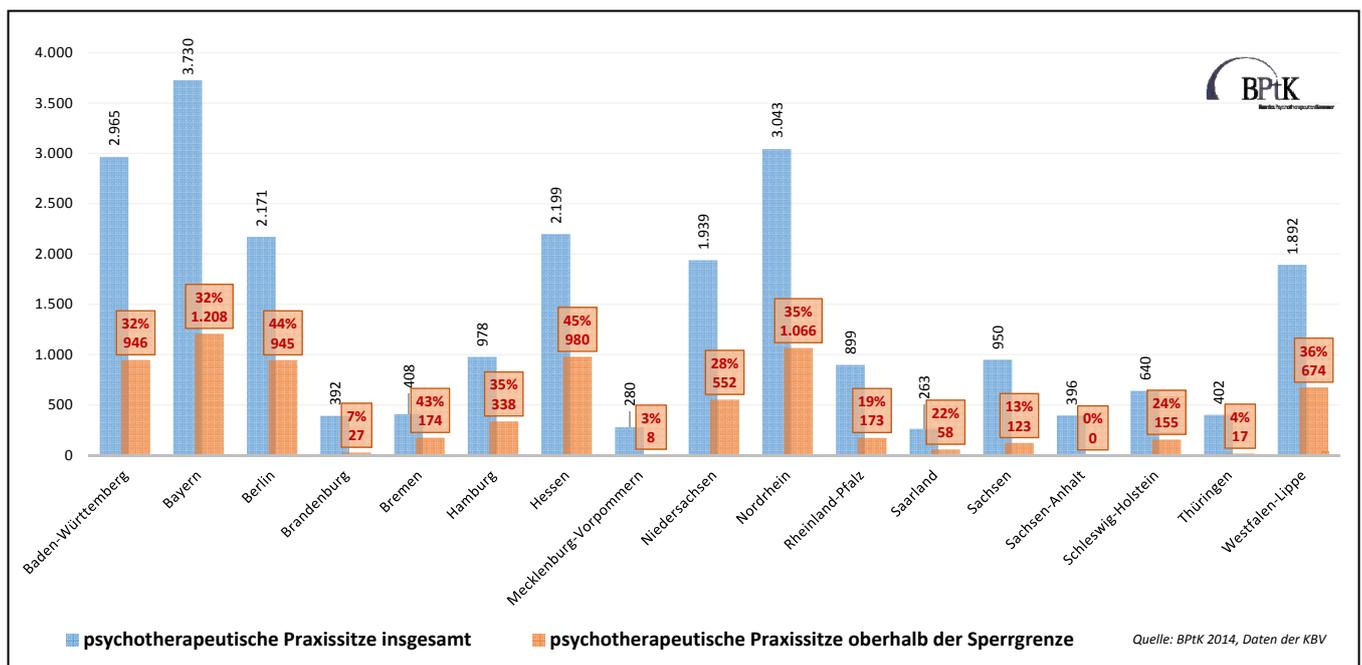


Abbildung: Von Abbau bedrohte psychotherapeutische Praxissitze
Quelle: BPTK 2014, Daten der KBV

■ Kapazitätsprobleme nicht gelöst

Mit der psychotherapeutischen Sprechstunde erhalten Patienten die Möglichkeit, ihre psychischen Beschwerden zeitnah abklären zu lassen und auf der Basis einer fachgerechten Diagnostik schneller zu erfahren, welches Versorgungsangebot ihrem Anliegen am ehesten entsprechen würde. Dank der Sprechstunde wissen Patienten künftig früher, ob und welche Versorgung sie benötigen. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz in Einzel- oder Gruppentherapie bleibt damit jedoch weitgehend unverändert. Das Kapazitätsproblem der psychotherapeutischen Versorgung lässt sich durch das Angebot psychotherapeutischer Sprechstunden nicht lösen.

Kein Kahlschlag der psychotherapeutischen Versorgung

Vor diesem Hintergrund ist es besonders kritisch zu sehen, wenn aufgrund des Versorgungsstärkungsgesetzes Zulassungsausschüsse künftig Praxen bei Praxisabgabe stilllegen, wenn der Versorgungsgrad im Planungsbereich über 110 Prozent liegt. Wird diese Regelung wirklich umgesetzt, sind langfristig 7.400 Praxissitze der Psychotherapeuten von einer Stilllegung bedroht. Das entspricht einem Drittel der verfügbaren Praxissitze. In Hessen wären 45 Prozent der verfügbaren Sitze betroffen, in Berlin 44 Prozent und in Bremen 43 Prozent.

Hintergrund dieser geradezu absurden Zahlen sind die strukturellen Fehler, die mit der Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gemacht wurden. Die 1999 vereinbarten Verhältniszahlen für die Anzahl der Niederlassungen für Psychotherapeuten sind nicht korrekt, weil sie nicht einmal den Status quo der Versorgung von 1999 erfasst haben. Viele Psy-

chotherapeuten mussten auf ihre Zulassung aufgrund juristischer Auseinandersetzungen Jahre warten, weshalb der Stichtag für die Ermittlung der Verhältniszahlen korrekterweise der 1. Januar 2005 und nicht der 31. August 1999 sein müsste. Außerdem wurden für die Psychotherapeuten die Verhältniszahlen auf der Basis Gesamtdeutschlands berechnet. Auch hier geht es um eine Gleichstellung mit den anderen Arztgruppen, denn für diese wurden die Verhältniszahlen auf der Basis Westdeutschlands ermittelt, was aufgrund der größeren Versorgungsdichte in Westdeutschland dann auch zu angemesseneren Versorgungsrelationen führte. Die Ausnahmen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten dienten dem strategischen Ziel, möglichst wenige Psychotherapeuten zur Versorgung zuzulassen. Im Ergebnis kam es zu absurd hohen Überversorgungsgraden. Wenn diese abgebaut werden sollen, wird es zu ebenso absurd hohen Stilllegungsraten bei psychotherapeutischen Praxen kommen, ohne dass in Rechnung gestellt wird, wie die reale Versorgungssituation vor Ort aussieht. Vor diesem Hintergrund fordert die BPTK, die Entscheidungsspielräume der Zulassungsausschüsse nicht einzuengen und es den Zulassungsausschüssen zu überlassen, ob sie die Stilllegung eines Praxissitzes für notwendig erachten. Gleichzeitig sollten die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten unter Zugrundelegung der Niederlassungszahlen in den alten Bundesländern im Jahr 2005 korrigiert werden (vgl. hierzu die Resolution des 25. DPT „Kein Kahlschlag psychotherapeutischer Praxen“).

Aufhebung der Befugnis-einschränkungen

Im Koalitionsvertrag der schwarz-roten Regierung ist vereinbart, dass die Aufhebung der Befugniseinschränkungen für Psycho-

therapeuten geprüft werden soll. Die BPTK schlägt vor, im Kontext des Versorgungsstärkungsgesetzes hier einen ersten Schritt zu gehen, indem der G-BA verpflichtet wird, seine Richtlinien für die Einweisung ins Krankenhaus und die damit verbundene Verordnung von Krankentransporten, medizinischer Rehabilitation und Soziotherapie anzupassen. Auch sollte in einem ersten Schritt die Heilmittel-Richtlinie insbesondere so verändert werden, dass für Kinder und Jugendliche die Verordnung von Ergotherapie und Logopädie ermöglicht wird und im Rahmen der Neuropsychologischen Therapie Psychotherapeuten Ergotherapie verordnen können. Dieser Einstieg in die Aufhebung der Befugniseinschränkungen sollte begleitend evaluiert werden, um einen Einblick darin zu erhalten, wie sich das Versorgungsgeschehen ändert und welche finanziellen Konsequenzen damit verbunden sind. Die weiteren Befugnisse sollten Psychotherapeuten dann in einem nächsten Schritt erhalten, um die Verantwortung für eine umfassende Versorgung psychisch kranker Menschen übernehmen zu können. Das schrittweise Vorgehen eröffnet die Chance, die erheblichen politischen Widerstände gegen die Aufhebung der Befugniseinschränkungen zu überwinden.

Die parlamentarischen Beratungen zum Versorgungsstärkungsgesetz werden 2015 beginnen. Die BPTK hat die Hoffnung, dass im Vorfeld des Gesetzentwurfes ihre Stellungnahme zum Referentenentwurf schon zu notwendigen Korrekturen im Sinne der besseren Versorgung psychisch kranker Menschen beitragen konnte.

EMDR bei Posttraumatischer Belastungsstörung anerkannt – G-BA integriert Behandlungsmethode in Psychotherapie-Richtlinie

Der G-BA hat auf seiner Sitzung am 16. Oktober 2014 das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Erwachsenen anerkannt. EMDR kann damit als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden

Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie erbracht werden.

Bei EMDR handelt es sich um eine psychotherapeutische Behandlungsmethode,

die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen abzielt und deren Wirksamkeit insbesondere bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1 nach ICD-10) untersucht wurde. EMDR zählt zu den traumaadaptierten Behandlungsme-

thoden, die in internationalen und nationalen Leitlinien für die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung empfohlen werden.

Aufgrund der Ergebnisse des Bewertungsverfahrens beim G-BA und der erforderlichen Integration der Methode in einen Behandlungsplan eines Richtlinienverfahrens wurde die Methode EMDR in Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie bei den weiteren Verfahren, Methoden und Techniken verortet, die unter bestimmten Bedingungen Anwendung finden können.

Die Anwendung von EMDR setzt dem Beschluss des G-BA zufolge eine hinreichen-

de fachliche Befähigung voraus, das heißt eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode EMDR. Eine nähere Regelung der Qualifikationsanforderungen soll in den kommenden Monaten in den Psychotherapie-Vereinbarungen getroffen werden. In diesem Zusammenhang strebt die BPTK mit der Bundesärztekammer die gemeinsame Entwicklung einer strukturierten curricularen Fortbildung in Psychotraumathe- rapie unter Einbezug von EMDR an.

Nach Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist derzeit eine eigene Gebührenordnungsposition im Einheitli-

chen Bewertungsmaßstab nicht vorgesehen, da die Methode stets in ein Gesamtkonzept eines Richtlinienverfahrens integriert sein soll und die Abrechnung entsprechend über die Gebührenpositionen des jeweiligen Richtlinienverfahrens erfolgen kann.

Die Prüfung von EMDR war vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der Patientenvertretung im Jahr 2011 beantragt worden. Zuvor hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seinem Gutachten vom 6. Juli 2006 EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen wissenschaftlich anerkannt.

Psychotische Erkrankungen sind Indikation für Psychotherapie – G-BA passt Psychotherapie-Richtlinie dem aktuellen Forschungsstand an

Internationale Leitlinien empfehlen schon seit Längerem, dass Patienten mit einer Schizophrenie in allen Phasen der Erkrankung eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden soll. Bei Patienten mit einer bipolaren Störung empfiehlt die S3-Leitlinie „Bipolare Störungen“ insbesondere für die akute depressive Phase, dass eine Psychotherapie angeboten werden sollte. Dieser Forschungsstand spiegelt sich künftig auch in den Vorgaben zur ambulanten Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung wider. Denn Psychotherapie ist zukünftig bei einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen sowie bei einer bipolaren affektiven Störung uneingeschränkt indiziert. Der G-BA hat auf seiner Sitzung am 16. Oktober 2014 die entsprechende Änderung der Indikationsbeschreibung in der Psychotherapie-Richtlinie beschlossen.

Psychotherapie ist ein unerlässlicher Bestandteil der evidenzbasierten Versorgung

einer Schizophrenie. Zahlreiche klinische Studien konnten die Wirksamkeit der Psychotherapie auch in der akuten Phase der Erkrankung und bei andauernden („persistierenden“) psychotischen Symptomen belegen. In der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung fand dieser Kenntnisstand jedoch bislang keine hinreichende Berücksichtigung. Trotz der Schwere der Erkrankung war diese Patientengruppe in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bislang unterrepräsentiert. Gegenwärtig machen diese Patienten nur etwa ein Prozent aller ambulanten Psychotherapiepatienten aus. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die bisherigen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie die Möglichkeiten der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu sehr einschränkten.

Die Psychotherapie-Richtlinie sah bislang vor, dass Psychotherapie nur bei psychischer Begleit-, Folge- oder Residualsymp-

tomatik psychotischer Erkrankungen angewendet werden darf. Diese begrenzte Indikationsbeschreibung in § 22 Absatz 2 der Psychotherapie-Richtlinie hatte entsprechend den Zugang für die betroffenen Patienten zur ambulanten Psychotherapie erschwert.

Vor diesem Hintergrund hatten sich die Bundespsychotherapeutenkammer und der Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie im Mai 2012 an den G-BA gewandt und gemeinsam auf eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Indikationsbeschreibung in der Psychotherapie-Richtlinie gedrungen.

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,

die neue Gesundheitsreform der großen Koalition mit dem Namen Versorgungsstärkungsgesetz hat vielfältige und heftige Resonanz ausgelöst. Im derzeitigen Entwurf ist vorgesehen, dass in den Planungsbereichen, in denen der offizielle Versorgungsgrad über 110% liegt, die frei werdenden Praxissitze nicht durch Nachfolger besetzt werden sollen. Im Fachgebiet Psychotherapie sind in Baden-Württemberg 30 der 43 Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von mehr als 110% ausgewiesen. Das hätte zur Folge, dass von den derzeit knapp 3 000 psychotherapeutischen Praxen etwa 900 in den nächsten Jahren nicht an Nachfolger übergeben werden könnten. Somit würden mehr als 30% der jetzigen Sitze wegfallen. Im Namen suggeriert das „Versorgungsstärkungsgesetz“ (GKV-VSG) eine bessere Patientenversorgung. Diese

Regelung bewirkt genau das Gegenteil und hilft nur den Krankenkassen, auf Kosten psychisch kranker Menschen Geld zu sparen, da es diesen noch schwerer gemacht wird, einen Behandlungsplatz zu finden.

Wir sind dabei, die Bundestagsabgeordneten und Gesundheitspolitiker aus Baden-Württemberg auf diese im GKV-VSG geplante Verschlechterung der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung aufmerksam zu machen, sie darauf hinzuweisen, was das für das Land und in ihrem Wahlkreis bedeutet und fordern sie auf, sich dafür einzusetzen, dass der Gesetzesentwurf dringend geändert werden muss.

Wir bitten alle Kolleginnen und Kollegen, zu Politikern, die Sie auf kommunaler, Kreis-, Landes- und Bundesebene kennen,

Kontakt aufzunehmen und darauf hinzuweisen, dass hier am falschen Ende auf Kosten psychisch kranker Menschen gespart werden soll. Wir werden in der Kammer Argumentationshilfen vorhalten, die wir Ihnen auf Nachfrage gerne zur Verfügung stellen. Sprechen Sie mit den Politikern.

Das sind leider kurz vor Jahresende keine erfreulichen, sondern herausfordernde Nachrichten. Wir wünschen Ihnen trotzdem erholsame Feiertage und einen schönen Jahreswechsel und alles Gute für das kommende Jahr!

Ihr Kammervorstand,

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

Vertreterversammlung am 17./18. Oktober 2014

Am ersten Tag der zweitägigen VV stand die Diskussion um die Reform der Psychotherapeutenausbildung im Vordergrund. Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz stellte den Stand der Diskussion dar. Er benannte die Probleme der Zugangsvoraussetzungen infolge der Bologna-Reform und stellte die verschiedenen Lösungsansätze vor,

die derzeit diskutiert werden. Er berichtete von den Aktivitäten der AG des Länderrates, in der ein Berufsbild und ein Kompetenzprofil für den Psychotherapeutenberuf entworfen und Anforderungen an eine Reform des Psychotherapeutengesetzes festgelegt wurden.

Anschließend wurde die Diskussion um die Haushaltsfragen begonnen, die dann am zweiten Tag der Vertreterversammlung fortgesetzt wurde. Die Rechnungsführerin und der Vorstand wurden entlastet, der Haushaltsplan für 2015 nach intensiver und auch kontroverser Diskussion verabschiedet.

Dr. Munz und weitere Vorstandsmitglieder stellten dann die Vorstandstätigkeit seit der



v. l. n. r.: Versammlungsleiter U. Böker und Dr. D. Horch sowie Kammervorstände Dr. D. Munz, M. Klett, B. Lackus-Reitter, Dr. R. Straub und K. Göpel (verdeckt).

letzten Vertreterversammlung vor. Zum Punkt Versorgungsstärkungsgesetz wurde eine Resolution verabschiedet, in welcher der Gesetzgeber aufgefordert wird, die vorgesehene Verschärfung bezüglich der Abgabe von Praxissitzen nicht umzusetzen.



Die Vertreterversammlung bei der Arbeit.

Die Umsetzung würde eine erhebliche Verschlechterung der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung bedeuten und zu einer Verlängerung der Wartezeiten führen, welche der Gesetzgeber mit dem Gesetz ja gerade abbauen will.

Die vorgesehene Wahl eines Stellvertreters für einen Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages wurde auf Antrag der vorschlagsberechtigten Wahlliste auf die nächste Vertreterversammlung vertagt.

Unter dem TOP Wahlen wurde eine Ersatzdelegierte in die Vertreterversammlung des Versorgungswerkes sowie ein weiteres Mitglied in den KJP-Ausschuss gewählt.

Broschüre zum Patientenrechtegesetz

Die LPK BW, die Ärztekammern und die Kassenärztliche Vereinigung haben gemeinsam eine Broschüre zum Patientenrechtegesetz erstellt. Hierzu wurden auch spezielle psychotherapeutische Anliegen

und Fragen dargelegt und beantwortet. Die Broschüre wendet sich an alle Kammermitglieder, die sich über das Gesetz informieren wollen, z. B. zu den zivilrechtlichen Regelungen zum Behandlungsver-

trag. Neben der Darstellung der Rechtslage werden Hinweise für den Praxisalltag gegeben. Die Broschüre finden Sie zum Download unter www.lpk-bw.de/broschueren.html.

Psychotherapeutische Versorgung von Soldatinnen und Soldaten

Für Soldatinnen und Soldaten übernimmt die Bundeswehr mit eigenem Personal und eigenen Einrichtungen notwendige medizinische Behandlungen. Kann sie diese selbst nicht sicherstellen, können Soldatinnen und Soldaten ambulant durch Ärzte und künftig auch Psychotherapeuten behandelt werden, die Kosten werden durch die Bundeswehr übernommen. Dies gilt u. a. auch für posttraumatische Belastungsstörungen, insbesondere nach Auslandseinsätzen. Hierzu hat die BPTK mit dem Verteidigungsministerium einen Vertrag geschlossen, in dem die Modalitäten geregelt sind.

Die Bundeswehr hat angeboten, mit interessierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Fortbildungen durchzuführen, in denen für therapierelevante bundeswehrspezifische Themen und Sachverhalte sensibilisiert wird. Am 14.10.2014 fand in der Sanitätsakademie in München die zweite dieser Fortbildungsveranstaltungen statt, zu der von den Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer eingeladen wurde und an der über 200 Mitglieder sowie auch fachärztliche Psychotherapeut/innen teilnahmen.

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz bezeichnet es als historischen Moment, dass die Bundeswehr posttraumatische Belastungsstörungen als Gesundheitsrisiko für SoldatInnen anerkennt und die psychotherapeutische Behandlung als Aufgabe der Bundeswehr sieht. Sowohl nach dem Ersten als auch nach dem Zweiten Weltkrieg sei abgelehnt und bekämpft worden, dass posttraumatische Belastungsstörungen bei ehemaligen Soldaten Anspruch auf Behandlung oder Berentung rechtfertigten. Betroffene seien oft diskriminiert und als Simulanten bezeichnet worden.

Fortbildungszertifikate – die 2014er Antragsflut ist bewältigt!

Zum Ende des zweiten sozialrechtlichen 5-Jahres-Zeitraums für viele Vertragspsychotherapeuten (Deadline = 30.06.2014) sind insbesondere in den letzten Wochen vor Ende der Nachweisfrist erwartungsgemäß Hunderte von Anträgen auf Erteilung des Fortbildungszertifikats in der Geschäftsstelle eingegangen. Wegen der zwischenzeitlich eben-

falls bestehenden sozialrechtlichen Fortbildungspflicht für PP und KJP in zugelassenen Krankenhäusern war die Antragsflut insgesamt vergleichbar mit derjenigen im Jahr 2009. Zur Bewältigung des Gesamtvolumens (etwa 1800 Anträge bis Mitte des Jahres) wurden die Mitarbeiter der Abteilung Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Quali-

tätssicherung um Dr. Jürgen Schmidt (befristet) von mehreren studentischen Hilfskräften unterstützt. Erfreulicherweise konnten bis Ende Oktober nahezu alle termingebundenen Zertifikatsanträge abgearbeitet werden. Die erteilten Fortbildungszertifikate wurden elektronisch der KVBW gemeldet (sofern von den Antragstellern gewünscht).

Stellungnahme der LPK zum G-BA Beschluss zur Anrechnung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in der Bedarfsplanung des Fachbiets Psychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, dass die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) mit mindestens einem halben Versorgungsauftrag in der Bedarfsplanung bei der Fachgruppe Psychotherapie angerechnet werden. Das be-

deutet, dass in den Planungsbezirken, in denen in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung eine PIA vorgehalten wird, in der Bedarfsplanung künftig ein halber psychotherapeutischer Praxissitz weniger ausgewiesen sein soll.

Die LPK BW hat eine Stellungnahme zum Beschluss des G-BA über die Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung verschiedenen Organisationen, Gremien und Behörden im Gesundheitswesen zur Kenntnis gebracht und

dargelegt, dass diese Regelung des G-BA nicht sachgerecht ist und nicht umgesetzt werden sollte. Zur Begründung haben wir ausgeführt, dass es Ziel der Behandlung in einer PIA ist, die Vermeidung oder Verkür-

zung stationärer Krankenhausaufenthalte zu ermöglichen sowie die Behandlung von Patienten, deren Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten nicht sichergestellt werden kann, durchzu-

führen. Damit ist es nicht angemessen, PIA in die Bedarfsplanung der Fachgruppe Psychotherapie einzubeziehen, da diese gerade nicht wie psychotherapeutische Praxen versorgen.

Fortbildungsveranstaltungen der Kammer

Aspekte der Zwangsbehandlung psychisch Kranker, Samstag, 18.04.2015 in Freiburg:

Fehlende gesetzliche Grundlagen führten bei Zwangsbehandlungen psychisch Kranker zwischen Betroffenen und Behandlungsteams teilweise zu extremen Belastungen und prekären Situationen. Auf Bundes- und Länderebene wurden inzwischen neue gesetzliche Regelungen geschaffen. Die geänderte Rechtslage stellt die Beteiligten jedoch nun vor neue Herausforderungen. Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer hat mit ihrer Stellungnahme vom April 2013 Handlungsempfehlungen gegeben.

Ebenso wird die Problematik der Zwangsbehandlung psychisch Kranker aus verschiedenen beruflichen Positionen und aus Sicht der Betroffenen beleuchtet. Mit dieser Veranstaltung wollen die Landesärztekammer und die Landespsychotherapeutenkammer informieren, gemeinsam diskutieren, Verständnis schaffen, Lücken erkennen und zur Klärung beitragen. Weitere Infos unter www.lpk-bw.de/veranstaltungen.html.

Berufs- und strafrechtliche Problemstellungen im psychotherapeutischen Praxisalltag, 20.02.2015 in Ulm, 12.06.2015 in Karlsruhe, jeweils 17-21 Uhr:

Auch 2015 wird die Kammer wieder zwei Fortbildungsveranstaltungen zur Berufsordnung anbieten. Eine ausführliche Ankündigung mit weiteren Informationen sowie Anmeldeformularen wird in Kürze über den Newsletter versandt sowie auf der Homepage bekannt gemacht.

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

Amtliche Bekanntmachung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Fünfte Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Vom 17.11.2014

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat aufgrund der §§ 9, 10 Nr. 11 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. BW v. 17.05.1995 S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 26 des Gesetzes über die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Baden-Württemberg (Landesanererkennungsgesetz Baden-Württemberg-LAnGBW) vom 19. Dezember 2013 (GBl. BW v. 10.01.2014 S. 44), in der Sitzung am 18. Oktober 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung beschlossen:

Artikel 1

Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Die Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vom 01.07.2006 (Psychotherapeutenjournal 3/2006, S. 286, Einhefter S. 8), zuletzt geändert durch die Vierte Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 24. März 2012 (Psychotherapeutenjournal 2/2012 S. 141, Einhefter S. 2), wird wie folgt geändert:

Abschnitt B. wird wie folgt geändert:

Es wird folgender Absatz 9 angefügt:
„Kammeranwälte erhalten eine pauschale Aufwandsentschädigung in Höhe von 350

Euro monatlich; Vorsitzende Richter und juristische Beisitzer an den Berufsgerichten eine pauschale Aufwandsentschädigung in Höhe von 150 Euro monatlich. Für die Sitzungen der Berufsgerichte erhalten Vorsitzende Richter, juristische Beisitzer und Kammeranwälte eine Aufwandsentschädigung von jeweils 350 Euro für die Sitzungszeit. Reisekosten können entsprechend Abschnitt C abgerechnet werden.“

Artikel 2

Ermächtigung zur Neubekanntmachung

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

Artikel 3

Inkrafttreten

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Vorstehende Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 30.10.2014, Az: 3-5415.5-001/1 hiermit ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht.

Stuttgart, den 17.11.2014

gez. Dipl.-Psych. Dr. Dietrich Munz
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Sechste Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Vom 17.11.2014

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat aufgrund der §§ 9, 10 Nr. 11 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. BW v. 17.05.1995 S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 26 des Gesetzes über die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Baden-Württemberg (Landesanererkennungsgesetz Baden-Württemberg-LAnGBW) vom 19. Dezember 2013 (GBl. BW v. 10.01.2014 S. 44), in der Sitzung am 18. Oktober 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung beschlossen:

Artikel 1

Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Die Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vom 01.07.2006 (Psychotherapeutenjournal 3/2006, S. 286, Einhefter S. 8), zuletzt geändert durch die Vierte Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 24. März 2012 (Psychotherapeutenjournal 2/2012 S. 141, Einhefter S. 2), wird wie folgt geändert:

Abschnitt B. wird wie folgt geändert:

Es wird folgender Absatz 2a. eingefügt:
„Übernehmen Ausschussmitglieder in einem Ausschuss vorübergehend besondere Aufgaben, erhalten sie eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 60,- Euro pro Stunde. Voraussetzung für die Aufwands-

entschädigung ist, dass der Ausschuss die Aufgabenübernahme mehrheitlich beschlossen, beim Kammervorstand einen Antrag gestellt und der Vorstand dem Antrag zugestimmt hat. Der Antrag hat den Namen des Ausschussmitgliedes, den Inhalt der Aufgabe und deren voraussichtliche Dauer zu bezeichnen. Das Protokoll über die Beschlussfassung des Ausschusses ist dem Antrag beizufügen. Hat der Vorstand dem Antrag zugestimmt, so ist mit der Abrechnung eine detaillierte Aufstellung vorzulegen, aus der die aufgewendete Arbeitszeit hervorgeht.“

Artikel 2

Ermächtigung zur Neubekanntmachung

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

Artikel 3

Inkrafttreten

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Vorstehende Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 30.10.2014, Az: 3-5415.5-001/1 hiermit ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht.

Stuttgart, den 17.11.2014

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

Beitragstabelle 2015

vom 17.11.2014

Aufgrund des § 24 Abs. 1 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg vom 16.03.1995 (GBl. 1995, 313), zuletzt geändert durch Artikel 26 des Gesetzes über die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Baden-Württemberg (Landesanererkennungsgesetz Baden-Württemberg-LAnGBW) vom 19. Dezember 2013 (GBl. BW v. 10.01.2014 S. 44), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 17. Oktober 2014 die folgende Beitragstabelle beschlossen:

- A.** Gemäß § 2 Abs. 4 Satz 1 der Umlageordnung wird festgesetzt:
- Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2015 wird für alle Mitglieder eine Umlage (Regelbeitrag) von 400,00 Euro erhoben. Der ermäßigte Regelbeitrag I beträgt 240,00 Euro, der ermäßigte Regelbeitrag II 160,00 Euro und der Mindestbeitrag 100,00 Euro.
 - Nicht beitragspflichtig sind Mitglieder der Kammer, die ihren Beruf nicht mehr ausüben und auf Wahlrecht, Wählbarkeit und Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung schriftlich verzichten.
 - Freiwillige Mitglieder, die sich in der praktischen Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 3 Abs. 4 Satz 1 Hauptsatzung) befinden, haben null Euro zu entrichten.
 - Mitglieder, die auch als Ärztin oder Arzt approbiert sind, zahlen einen Beitrag von 200,00 Euro.
 - Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 200,00 Euro.
- B.** Die Beitragstabelle 2015 tritt am 1. Januar 2015 in Kraft, zugleich tritt die Beitragstabelle 2014 (Psychotherapeutenjournal 4/2013 vom 18.12.2013, Seite 409) außer Kraft.
- Vorstehende Beitragstabelle 2015 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 28.10.2014, Az. 3-5415.5-003/1, hiermit ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht.
- Stuttgart, den 17.11.2014
- gez. Dipl.-Psych. Dr. Dietrich Munz
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg*

Stellungnahme der Kammer zum Maßregelvollzugsgesetz

Das bayerische Sozialministerium hat der Kammer Ende Juli Gelegenheit zu einer Stellungnahme zum Entwurf für ein „Gesetz über den Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung sowie der einstweiligen Unterbringung“ (Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz – BayMRVG) gegeben. In der Stellungnahme wird von Seiten der Kammer die Berücksichtigung folgender Punkte gefordert: Gleichberechtigte Einbeziehung der Psychologischen Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen neben Ärzt/innen hinsichtlich der Behandlungs-

zuständigkeit für psychische Erkrankungen von untergebrachten Personen und der Leitung von Einrichtungen entsprechend der durch das Psychotherapeutengesetz geschaffenen Rechtslage. Berücksichtigung der besonderen Kompetenzen von Psychologischen Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen bei der Erstellung von gutachterlichen Stellungnahmen. Die Kammer hat hierzu diverse Kontaktgespräche mit verantwortlichen Politikern und dem federführenden bayerischen Sozialministerium geführt und Mitte Oktober ihre Stel-

lungnahme auch an die Vorsitzenden der Fraktionen im Bayerischen Landtag sowie an alle Mitglieder des Sozialausschusses des Landtags geschickt. In den Schreiben betonte die Kammer, dass insbesondere die fehlende Berücksichtigung der Kompetenzen der Psychologischen Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen die bereits bestehende umfassende Einbindung dieser Berufsgruppen in die Praxis des Justiz- und Maßregelvollzugs verkenne und damit hinter der bereits erreichten Interdisziplinarität in diesem Bereich zurückbleibe.

Treffen der Psycholog/innen im Maßregelvollzug



Die Referenten und Organisatorinnen des 3. Treffens der bayerischen Psycholog/innen im Maßregelvollzug (v. l.): Dominik Schirmer, ver.di-Landesfachbereichsleiter, Uta von Hahn, Vorstandsmitglied Heiner Vogel, Katrin Hammer und Christian Hartl, Bezirksklinikum Regensburg. (Foto: Bezirksklinikum Regensburg)

Am 30.09.2014 trafen sich im Bezirksklinikum Regensburg zum dritten Mal die bayerischen Psycholog/innen im Maßregelvollzug. Dr. Christian Hartl, Fachklinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg, erläu-

terte den Entwurf des bayerischen Sozialministeriums für ein Maßregelvollzugsgesetz und die Stellungnahme der PTK Bayern hierzu. Im Gesetzentwurf des Ministeriums seien die Psycholog/innen und Psychologischen Psychotherapeut/innen bisher „komplett vergessen“ worden. Während ihre Tätigkeit im praktischen Alltag der Kliniken in keinem

Bereich wegzudenken sei und die Chefärzte auf örtlicher Ebene regelmäßig betonten, wie unverzichtbar die Kolleg/innen seien, scheint es hier nicht zu einer einheitlichen Stellungnahme der Chefärzte und der Verwaltungen zu reichen. Eine

Forderung der Klinikleitungen nach gesetzlich verankerter Gleichstellung habe sicherlich ein ganz besonderes Gewicht und würde den klinischen Gegebenheiten besser gerecht. Die Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer, die diese Forderung näher darlegt, wurde in der Diskussion einhellig begrüßt. ver.di-Landesfachbereichsleiter Dominik Schirmer ging auf die tariflichen Besonderheiten der verschiedenen „Berufsgruppen“ der Psycholog/innen ein. Bedauerlich sei, so Schirmer, dabei immer noch der Status der Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie, die in vielen psychiatrischen Kliniken deutlich unter dem Mindestlohn bezahlt würden, obwohl sie ein abgeschlossenes Studium aufzuweisen haben und größtenteils vollwertig therapeutisch eingesetzt würden. Für den Bereich der Psychologischen Psychotherapeut/innen, die seit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 den Fachärzten gesetzlich gleichgestellt sind, sei man

in den meisten Kliniken von einer praktischen Umsetzung dieses Gesetzes noch weit entfernt. Häufig werde sogar die gesetzlich vorgesehene Berufsbezeichnung „Psychologische/r Psychotherapeut/in“ verweigert, auch im TVöD tauche sie bisher

nicht auf. Heiner Vogel, Vorstandsmitglied der PTK Bayern, informierte über die mögliche Reform des Psychologiestudiums bzw. die aktuell diskutierte Einführung einer Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung. Anschließend ging es um die mög-

lichen Folgen des neuen Maßregelvollzugsgesetzes auf die dort aktuell nicht berücksichtigten Berufsgruppen der Diplom-Psycholog/innen und Psychotherapeut/innen und um Möglichkeiten, auf die Diskussion des Gesetzentwurfes Einfluss zu nehmen.

Behandlung von psychischen Störungen bei Flüchtlingskindern



Barbara Abdallah-Steinkopff, REFUGIO München, vermittelte in ihren Vorträgen Kenntnisse, die für die psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen relevant sind. (Foto: Peter Lehdorfer)

Bereits zum vierten Mal richteten REFUGIO München und die PTK Bayern eine gemeinsame Veranstaltung aus. Thema war am 27.09.2014 die Behandlung von psychischen Störungen bei Flüchtlingskindern. Gut 40 Kammermitglieder nahmen an der Veranstaltung teil, die in der Hauptsache Dipl.-Psych. Barbara Abdallah-Steinkopff, die auch Psychologische Psychothe-

rapeutin ist, als Referentin bestritt. Kinder und Jugendliche, die wegen Verfolgung aus ihrem Heimatland nach Deutschland flüchten mussten, haben oft schwere traumatisierende Erlebnisse in ihrer Heimat und häufig auch während der Flucht erfahren. Diese können zu schweren psychischen Beeinträchtigungen führen. In Deutschland angekommen, sind sie zudem konfrontiert mit einer neuen Kultur und mit aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen, die ihre Lebensführung über Jahre gravierend beeinflussen können. Ziel dieser Fortbildungsveranstaltung war daher die Vermittlung von Kenntnissen, die für die psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten

minderjährigen Flüchtlingen relevant sind. Barbara Abdallah-Steinkopff referierte über die Hauptsymptomatiken nach extremen traumatischen Erfahrungen, die psychischen Auswirkungen von Migrationsprozessen und über kultursensible Aspekte in der Therapie. Minderjährige Asylbewerber/innen sind – sofern die Eltern nicht über den Arbeitgeber krankenversichert sind – über das Asylbewerberleistungsgesetz krankenversichert. Hier gelten sehr enge Regelungen, weswegen Psychotherapieanträge auch oft abgelehnt werden – wenn es überhaupt dazu kommt, dass ein Kind bei einer/m Psychotherapeut/in/en vorgestellt und ein Antrag zur Kostenübernahme gestellt wird. Die BPTK und auch die PTK Bayern fordern deshalb nicht zum ersten Mal, dass Psychotherapie in den Leistungskatalog des Asylbewerberleistungsgesetzes aufgenommen wird und dass auch notwendige Dolmetscher/innen einbezogen werden können und deren Finanzierung gesichert ist.

Psychotherapeutische Versorgung von Soldat/innen: Fortsetzung der Fortbildungsveranstaltung in München. „Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen“

Am 14.10.2014 fand in der Sanitätsakademie in München die zweite Fortbildungsveranstaltung im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung von Soldat/innen mit dem Titel „Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen“ statt. Über 200 Psychologische Psychotherapeut/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen sowie fachärztliche Psychotherapeut/innen nahmen daran teil. Diese Kooperationsveranstaltung der Bundeswehr, der PTK Bayern, der Landespsychotherapeutenkammer

Baden-Württemberg sowie der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer geht auf den Vertrag der BPTK mit dem Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) vom September 2013 über die psychotherapeutische Behandlung von Soldat/innen in Privatpraxen zurück. Im Zuge des Vertrages wurden auch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen vereinbart. Denn es werden auch weiterhin interessierte Kolleg/innen für die psychotherapeutische Versorgung von Soldat/innen benötigt.

Ziel der Veranstaltung war, den Teilnehmer/innen einen Einblick in den soldatischen Alltag zu geben, um sie für therapierelevante bundeswehrspezifische Themen und Sachverhalte zu sensibilisieren. Dr. med. Erika Franke, Generalstabsärztin und Kommandeurin der Sanitätsakademie der Bundeswehr, sagte in ihrer Begrüßung wörtlich: „Wir sind froh und dankbar, dass der Vertrag mit Ihrem Berufsstand die psychotherapeutische Versorgung unserer psychisch kranken Soldatinnen und Soldaten verbessern wird und dass Sie unseren



Die Kammervertreter und Expert/innen der Bundeswehr (v. l.): Alexander Hillers, Geschäftsführer der PTK Bayern, Kammervizepräsident Bruno Waldvogel, Dr. med. Erika Franke, Generalstabsärztin und Kommandeurin der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Regierungsdirektor Dipl.-Psych. Stefan Schanze, Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr, Christian Dietrich, Geschäftsführer der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. (Foto: Johannes Schuster)

Soldatinnen und Soldaten helfen wollen, wieder psychisch gesund zu werden und damit mehr Lebensqualität zu erlangen.“ Kammervizepräsident Bruno Waldvogel betonte, dass die Kooperation mit der Bundeswehr dem Berufsstand Gelegenheit gebe, hinsichtlich der Entstigmatisierung psychotherapeutischer Behandlungen gemeinsam mit der Bundeswehr und auch in der Bundeswehr noch viel zu bewirken. Die Inhalte der Fachvorträge können Sie in unserer Homepagemeldung vom 16.10.2014 nachlesen.

Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern: Weiterhin 65,5 freie Sitze für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Bayern

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern hat am 26.09.2014 die neuen Planungsblätter für die ambulante psychotherapeutische und ärztliche Versorgung in Bayern veröffentlicht. Im Vergleich zur letzten Veröffentlichung vor sieben Monaten hat sich zwar die Anzahl der Niederlassungsmöglichkeiten um 25,5 Sitze reduziert, es gab aber bei Redaktionsschluss noch immer 65,5 freie Sitze. In zwölf nicht gesperrten Planungsbereichen gibt es insgesamt 33,5 Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeut/innen, 16 verbleibende Sitze für Psychotherapeut/innen in bereits gesperrten Planungsbereichen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln sowie 13,5 noch mögliche Zulassungen in bereits gesperrten Planungsbereichen ausschließlich für psychotherapeutisch tätige Ärzt/innen. Die Zulassungsbeschränkungen im Landkreis Neuburg-Schrobenhausen und in der Kreisregion Schweinfurt wurden aufgehoben, in diesen beiden Planungsbereichen entstanden daher 2,0 bzw. 0,5 Niederlassungsmöglichkeiten. Bereits Anfang Juni hatte der Landesausschuss die im November 2013 festgestellte Unterversorgung in der Psychotherapie im Planungsbereich Freyung-Grafenau aufgehoben. Die 7,5 freien Sitze konnten alle besetzt werden. Kein einziger der 79 bayerischen Planungsbereiche gilt derzeit als psychotherapeutisch unterversorgt.

Planungsbereich	Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung
KR Ansbach	0,5
LK Cham	3,5
LK Dillingen	2,5
LK Dingolfing-Landau	1,0
LK Donau-Ries	3,0
KR Hof	5,0
LK Kronach	3,0
LK Kulmbach	1,5
LK Regensburg	2,5
LK Tirschenreuth	5,0
KR Weiden i. d. Opf./Neustadt a. d. Waldnaab	2,5
LK Wunsiedel i. Fichtelgebirge	3,5
Gesamt	33,5

Feststellung von Zulassungsmöglichkeiten gem. § 63 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie für Psychotherapeut/innen in Bayern. Die 12 in der Tabelle genannten Planungsbereiche gelten als offen für alle psychotherapeutischen Leistungserbringer mit Fachkunde in Richtlinienverfahren. Stand: 05.09.2014.

In Bayern gibt es derzeit in 65 Planungsbereichen insgesamt 1.257,9 Sitze (psychotherapeutische Leistungserbringer mit Fachkunde im Richtlinienverfahren) oberhalb der Sperrgrenze (Versorgungsgrad eines

Planungsbereich	Noch mögliche Zulassungen
LK Altötting	0,5
LK Bad Kissingen	2,0
KR Bamberg	1,0
LK Bayreuth	1,5
LK Deggendorf	1,5
LK Günzburg	1,5
KR Landshut	0,5
LK Miltenberg	0,5
LK Neumarkt i. d. Opf.	0,5
KR Passau	2,0
LK Rhön-Grabfeld	2,0
LK Rottal-Inn	2,0
KR Straubing/Straubing-Bogen	0,5
Gesamt	16,0

Mögliche Zulassungen für PP bzw. KJP oder ärztliche Psychotherapeut/innen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, in 13 bereits gesperrten Planungsbereichen. Stand: 05.09.2014. KR = Kreisregion; LK = Landkreis.

Planungsbereiches über 110 %). Die Zulassungsausschüsse könnten entscheiden, diese Sitze im Rahmen des Praxisübergebens nicht mehr zu besetzen. Die Praxisabgeber/innen müssten von der KVB in diesen Fällen entschädigt werden. Die Präsenzberater/innen der Kassenärztli-

chen Vereinigung Bayerns (KVB) für die jeweiligen Bezirke und Zulassungsbereiche sind Ihre Ansprechpartner/innen, wenn

Sie sich auf einen der freien Sitze bewerben möchten. Weitere wichtige Informationen wie z. B. Bewerbungsmodalitäten

und Antragsformulare finden Sie auf der Website der KVB.

Neue Berufsordnung der PTK Bayern ist am 1. Oktober 2014 in Kraft getreten

Seit dem 1. Oktober 2014 gilt für die Psychologischen Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen in Bayern eine völlig neu gefasste Berufsordnung. Die Novellierung der Berufsordnung war auf der 24. Delegiertenversammlung vom 2. Juli 2014 nach umfassender Diskussion einstimmig beschlossen worden. Die neue Berufsordnung ersetzt die bisherige Berufsordnung vom 28. Oktober 2004.

Die Berufsordnung regelt die wesentlichen Berufspflichten der Psychotherapeut/innen. Im Rahmen der Neufassung hat die Berufsordnung eine umfassende Überarbeitung erfahren und orientiert sich dabei nun an der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer. Es wurden jedoch durch die bayerische Delegiertenversammlung auch von der Musterberufsordnung abweichende Regelungen getroffen sowie in der Musterberufsordnung derzeit nicht geregelte Themen aufgenommen (z. B. berufsrechtliche Anforderungen an die Vereinbarung eines sog. Bereitstellungshonorars in § 14 Abs. 5).

Die wesentlichen Neuerungen gegenüber der bisherigen Berufsordnung

- Anpassung der Vorschriften zu wesentlichen berufsrechtlichen Themen wie

Aufklärungs- und Informationspflichten (z. B. § 7, § 14 Abs. 4), Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht (§ 9) sowie Einsichtnahme von Patient/innen oder Dritten in die Patientenakte (§ 11) unter Berücksichtigung des Patientenrechtegesetzes.

- Regelung zu sog. „Fernbehandlungen“ (§ 5 Abs. 5).
- Konkretisierung der Vorschriften zum Abstinenzgebot, insbesondere zu dessen Fortwirkung nach Ende der Therapie (§ 6).
- Regelungen zur Behandlung von minderjährigen und eingeschränkt einwilligungsfähigen Patient/innen (§ 12 und § 13).
- Regelung von berufsrechtlichen Anforderungen an die Vereinbarung eines sog. Bereitstellungshonorars (auch „Ausfallhonorar“ genannt).
- Regelungen zum Gebot der Kollegialität (§ 17).
- Konkretisierung der Regelungen zur Außendarstellung der psychotherapeutischen Tätigkeit (§ 23).
- Regelungen zu Vorsorgemaßnahmen für Aktenaufbewahrung und Datensicherheit für den Fall eigenen Unvermögens (z. B. Krankheit oder Tod).

■ Regelungen zur Tätigkeit von Psychotherapeut/innen in der Aus- und Weiterbildung (§ 26) sowie Vorgaben für die Erstellung/Ausstellung von Gutachten, Stellungnahmen und Bescheinigungen (§ 27).

■ Regelungen zur Tätigkeit von Psychotherapeut/innen in der Forschung (§ 28).

■ Regelungen zu Pflichten gegenüber der Berufsvertretung und zur Berufsaufsicht durch die Kammer (§ 29 und § 30).

Die neue Berufsordnung im Wortlaut finden Sie auf unserer Website. In der 25. Delegiertenversammlung am 18.12.2014 sollen noch einige wenige redaktionelle Anpassungen vorgenommen werden. Anfang nächsten Jahres werden wir die neue Berufsordnung dann auch in Papierform an die Mitglieder versenden. Zudem sind Kammerveranstaltungen zur Vorstellung der neuen Regelungen in Planung. Gerne können Sie sich bei Fragen an die Geschäftsstelle der PTK Bayern wenden.

Kurznachrichten

Gespräch mit Prof. Dr. Frank Arloth, Amtschef im Justizministerium

Am 16.09.2014 fand ein Gespräch zwischen Mitgliedern des Präsidiums des Verbands Freier Berufe in Bayern (VFB) und Prof. Dr. Frank Arloth, Amtschef und Ministerialdirektor im Bayerischen Staatsministerium der Justiz, statt. Kammervizepräsident Bruno Waldvogel stellte Arloth und weiteren Vertreter/innen des Justizministeriums die Gutachterrichtlinie Forensik vor und informierte über wesentliche Eck-

punkte in der psychotherapeutischen Behandlung von Straftäter/innen. Prof. Arloth sagte zu, die von der Kammer geführte Sachverständigenliste den Gerichten, Behörden, Sachverständigen und Institutionen zur Verfügung zu stellen. In Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung von Straftäter/innen informierte Waldvogel, dass die Bereitschaft, psychisch kranke Straftäter/innen zu behandeln, in der bayerischen Psychotherapeutenchaft stetig zunehme. Darüber hinaus wies Waldvogel auch auf die Stellungnahme der PTK Bay-

ern zum Gesetzentwurf des Bayerischen Maßregelvollzugsgesetzes hin. Er kritisierte, dass die Berufsgruppe der Psychotherapeut/innen im Gesetzentwurf keine Berücksichtigung gefunden habe.

Beratung für Patient/innen in Psychotherapie: Berater/innen sind berufen

Auf der 24. Delegiertenversammlung der PTK (DV) am 02.07.2014 haben die Delegierten die Verfahrensordnung beschlossen, die die rechtlichen und organisatori-

schen Grundlagen der „Beratung von Patienten in Psychotherapie“ regelt. Der Vorstand hat die Umsetzung dieser Verfahrensordnung aufgenommen und die vier Berater/innen bestimmt: Gerda B. Gradl, Almut Gessler-Engelbrecht, Kamil Arsanalp und Peter Drißl.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Korruption

Das Bayerische Gesundheitsministerium hat der Kammer Ende August Gelegenheit zu einer Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen gegeben. In ihrer Stellungnahme befürwortete die Kammer den Entwurf im Kern. Sie regte allerdings an, die im Gesetzentwurf vorgenommene Beschränkung des möglichen Täterkreises nur auf akademische Heilberufe im geplanten neuen Straftatbestand „Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“ im Sinne eines umfassenden Patientenschutzes zu überdenken.

Mitgliederbrief erst Ende Januar 2015

Da wichtige Beschlüsse des 25. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT, 15. 11.2014) und der 25. Delegiertenversammlung (DV, 18.12.2014) der PTK abgewartet werden sollen, wird der nächste Mitgliederbrief abweichend vom üblichen Erscheinungstermin erst bis Ende Januar bei den Mitgliedern eintreffen.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervorteilnehmer teilgenommen haben: Heilberufekammertreffen am **15.09.2014**; Gesundheitspolitisches Oktoberfest der KVB/KZVB am **16.09.2014**; 3. Sitzung der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern am **16.09.2014**; Treffen der Kooperationspartner zur Entwicklung der App „Gesundheitsservice Bayern“ am **17.09.2014**; Sitzung des Landesgesundheitsrats am **29.09.2014**; Ideenwettbewerb III „Direktstudium und Weiterbildung“ am **07.10.2014**; Konferenz Gesundheitsbeirat der Stadt München am **08.10.2014**; Fachtag

„Seelische Entwicklung fördern – normative Übergänge meistern“ des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München am **10.10.2014**; 2. Sitzung der AG Verbesserung der psychiatrischen Krisenintervention am **15.10.2014**; Jahreshaupt- und Delegiertenversammlung des Verbandes Freier Berufe in Bayern am **21.10.2014**; 55. Bayerischer Zahnärztetag am **23.10.2014**; Workshop der BAS „Ohne Gehirn ist alles nichts, aber Gehirn ist nicht alles ...?! – ersetzt die Neurobiologie die Psychologie der Sucht?“ am **23.10.2014**; 73. Bayerischer Ärztetag am **24.10.2014**; AK Jugendhilfe und Ganztagschule des Kultus- und Sozialministeriums am **28.10.2014**; AG Versorgungssituation bei psychischen Erkrankungen am **06.11.2014**; Symposium „Was können wir aus Fehlern und Grenzverletzungen in der Psychotherapie lernen“ des Ethikvereins am **08.11.2014**; Symposium „Aktiver Kinderschutz – Prävention durch Weiterbildung“ des Universitätsklinikums Ulm am **10.11.2014**; Verleihung des Bayerischen Gesundheitspreises am **11.11.2014**; kbo-Fachsymposium 2014 „Kinderkrankheiten? Entwicklung und psychische Erkrankungen“ am **12.11.2014**; Mitgliederversammlung der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern am **12.11.2014**; Treffen mit Sprecher der bayerischen Psychiatriedirektoren und Vorsitzendem der Bundesdirektorenkonferenz am **17.11.2014**; Pflegeforum des vdek „Pflege von morgen – Weichenstellungen und Herausforderungen“ am **26.11.2014**; Sitzung des Landesgesundheitsrats am **01.12.2014**.

Bevorstehende Veranstaltungen

Verlust, Trauer, Tod – Wie begleite ich Kinder und Jugendliche? Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der Landesarbeitsgemeinschaft und Fachverband für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung in Bayern e. V. (LAG). Termin 07.03.2015 in München.

14. Suchtforum mit dem Titel „Essstörungen unter besonderer Berücksichtigung der Adipositas“ in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen

Landesapothekerkammer. 1. Termin: 22.04.2015 in München. 2. Termin: steht noch nicht fest, in Nürnberg.

6. Bayerischer Landespsychotherapeutentag:

Titel: Psychotherapie und Internet ... zwei kompatible Systeme?

Termin: 09.05.2015 in München, Alte Kongresshalle, Theresienhöhe 15.

Alle Kammermitglieder sind herzlich eingeladen!

Schmerzpsychotherapie: Update und Perspektiven bei Rheuma und Rückenschmerzen: Eine Fortbildungs- und Infoveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 23.05.2015 in Nürnberg.

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

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

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

Vorstand der Kammer:

Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel, Birgit Gorgas, Anke Pielsticker, Heiner Vogel, Benedikt Waldherr.

Geschäftsstelle

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



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Medizinischer Dienst der Krankenkassen Berlin Brandenburg (MDK BB) zu Besuch in der PTK Berlin

Dipl.-Psych. Beate Lämmel und Dipl.-Psych. Jens Lückert (Delegierte der PTK Berlin)

Auf Einladung des Ausschusses für ambulante Versorgung besuchten uns am 16.06.2014 zwei Vertreterinnen des MDK Berlin Brandenburg in der PTK zu einem Austausch an Informationen. Die zwei Ärztinnen des MDK Berlin Brandenburg stellten die rechtlichen Hintergründe und den Ablauf einer Begutachtung unter Berücksichtigung der Qualitätssicherung und des Datenschutzes detailliert dar. Im Anschluss fand ein reger Austausch in sachlicher und freundlicher Atmosphäre statt.

Hintergrund für unseren Wunsch, mit VertreterInnen des MDK ins Gespräch zu kommen, ist der Anstieg der Psychotherapie im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens in Berlin. Viele Neuaprobierende entscheiden sich nach dem Abschluss ihrer Psychotherapieausbildung an einem der ca. 20 Ausbildungsinstitute in Berlin für die Eröffnung einer Kostenerstattungspraxis, da sie keine Aussicht auf einen Kassensitz haben. Dabei ist vielen von ihnen zu Beginn unklar, dass der „Bericht an den Gutachter zur Einleitung einer Psychotherapie“ an den MDK BB gesendet wird. Dieses Prozedere hat unter den KollegInnen viele Fragen aufgeworfen.

Die Sozialmedizinische Begutachtung durch den MDK BB wurde wie folgt dargestellt: Der MDK BB wird von der jeweiligen Krankenkasse mit der Begutachtung von Anträgen zur außervertraglichen Psychotherapie beauftragt. Diese Begutachtung erfolgt auf der Basis der Sozialgesetzbücher sowie der Psychotherapievereinbarung und der Psychotherapierichtlinie. Der MDK-BB-Gutachter benötigt neben dem Kassenauftrag die (bekannten) relevanten Unterlagen (Antrag des Versicherten, Bericht des Psychotherapeuten, Konsiliarbericht durch einen Vertragsarzt, Notwendigkeitsbescheinigung für außervertragliche

Psychotherapie, Nachweis der erfolglos kontaktierten Vertragsbehandler, Fachkundenachweis und Approbationsurkunde des Psychotherapeuten). Es erfolgt eine gutachterliche Bewertung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der beantragten Leistungen. Die Krankenkasse ist in ihrer leistungsrechtlichen Entscheidung frei und nicht an die Empfehlung des MDK gebunden, folgt dieser aber in der Regel.

Hierzu erläuterte man uns, dass der Bericht an den Gutachter dem in der Vertragsbehandlung entspreche. Die Qualität der eingereichten Schreiben sei aber sehr unterschiedlich. Ein Bericht mit einem differenzierteren psychischen Befund unter Einbeziehung der Fähigkeitsstörungen nach ICF-Kriterien¹ würde aber als sehr wünschenswert erachtet. Als Nachweis erfolglos kontaktierter Vertragsbehandler werde eine Liste mit fünf Namen akzeptiert (unabhängig der Aussagen der Krankenkassen gegenüber den PsychotherapeutInnen), wobei eine Wartezeit von drei Monaten (Sozialgerichtsurteil) als zumutbar angesehen werde. Die Begutachtung erfolgt durch Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie, für Neurologie/Psychiatrie mit Sozialmedizin. Die Qualitätssicherung erfolgt durch regelmäßigen fachlichen Austausch in der AG Psychiatrie, durch Verwendung eines mit den Fachgutachtern abgestimmten, einheitlichen, strukturierten Begutachtungsbogens sowie mittels regelmäßiger, stichprobenartiger Kontrolle von sozialmedizinischen Gutachten auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit.

Die Beachtung des Datenschutzes ist Aufgabe jedes Gutachters und wird ebenfalls stichprobenartig kontrolliert. Die Sicherstellung des Sozialdatenschutzes beim MDK BB basiert auf § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Hierzu erläuterte man uns, dass der MDK die Antragsunterlagen zur außerver-

traglichen Psychotherapie mit Klarnamen erhalte und speichere.

Für Umwandlungs- und Fortführungsanträge sowie für andere sozialmedizinische Begutachtungen können diese Unterlagen (Antragsbericht) wieder hinzugezogen werden. Hilfreich für den MDK wäre, wenn die KollegInnen neben der weiteren beantragten Stundenzahl auch die bereits bewilligten und geleisteten Therapiesitzungen nennen und dem Fortführungs- oder Umwandlungsbericht die vorangegangenen Berichte in Kopie beifügen würden. Den Krankenkassen gegenüber gebe man Daten nur insofern weiter, als man Krankenkassen-SachbearbeiterInnen die Empfehlung des MDK nachvollziehbar machen wolle.

Auch der MDK zeigte sich interessiert an genauen Zahlen über eingereichte Anträge und über das Entscheidungsverhalten der Kassen, da diese Information von der Kasse nicht an den MDK gegeben werde. Die VertreterInnen des MDK BB berichteten jedoch, dass derzeit ca. 500 Anträge im Monat auf Kostenübernahme einer außervertraglichen Psychotherapie beim MDK gestellt würden – bei steigender Tendenz. Bei einer Ablehnungsquote von ca. 30/70 würden jedoch auch die Anträge von Anbietern ohne Fachkunde und Approbation (z. B. Heilpraktiker) mit einfließen. Die zur Finanzierung der Medizinischen Dienste erforderlichen Mittel werden durch eine Umlage auf Basis der Anzahl der Mitglieder von Kranken- und Pflegekassen im jeweiligen Bundesland aufgebracht. Seitens der Krankenkassen gäbe es diesbezüglich keine Einflussnahme, die sich auf die Begutachtungs- und Bewilligungspraxis auswirke.

¹ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Einsehbar unter www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf

Fähigkeiten und psychische Erkrankungen

Dr. Phil. Dipl.-Psych. Beate Muschalla

Psychische Erkrankungen führen regelhaft zu Beeinträchtigungen in den alltäglichen Lebensvollzügen, z. B. wenn ein Agoraphobiker nicht in einen Zug einsteigen kann oder ein Sozialphobiker keinen Vortrag vor der Arbeitsgruppe halten kann. Eine genaue Beschreibung der Art der Fähigkeitsbeeinträchtigung ist nicht nur im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsfeststellung von Bedeutung, sondern auch, wenn es darum geht, im Rahmen einer Psychotherapie nicht nur Symptome zu reduzieren, sondern vor allem Fähigkeiten der PatientInnen zu trainieren (Muschalla, 2014). Ein Konzept mit einer Liste von Fähigkeiten, die bei psychischen Erkrankungen von Bedeutung sind, liefert das auf Grundlage der ICF (WHO, 2001) entwickelte Fähigkeits-Fremdrating Mini-ICF-APP (Linden et al., 2009). Mithilfe des Mini-ICF-APP kann eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß PatientInnen in ihren „Fähigkeiten“ bei der Durchführung von Aktivitäten beeinträchtigt sind bzw. wodurch sie an der Erfüllung von Rollenerwartungen gehindert werden, die sie bei voller Gesundheit (und unter Berücksichtigung ihres sozialen und ethnischen Hintergrundes, ihres Geschlechts, Alters, beruflichen Ausbildungsstatus oder ihrer Lebenserfahrungen) ausfüllen könnten.

Tabelle 1 (S. 420) gibt einen Überblick über die bei psychischen Erkrankungen besonders gefährdeten und zu beachtenden Fähigkeiten im Sinne des Mini-ICF-APP (Linden et al., 2009).

Die Beurteilung der Beeinträchtigungsschwere kann in Anlehnung an die Vorga-

ben der ICF auf einer fünfstufigen Skala erfolgen: „0“ bedeutet keine Beeinträchtigung, „1“ eine leichte Beeinträchtigung ohne Negativfolgen, „2“ eine Beeinträchtigung mit Negativfolgen ohne Unterstützungsnotwendigkeit, „3“ eine Beeinträchtigung mit partieller Unterstützungsnotwendigkeit durch Dritte und „4“ eine Beeinträchtigung, die eine partielle oder vollständige Entpflichtung von der Rollenanforderung notwendig macht.

Geht es um die Arbeitsfähigkeitseinschätzung, bezieht sich das Rating auf die aktuelle bzw. zuletzt ausgeübte Arbeitstätigkeit. Es kann jeweils beurteilt werden, inwieweit es durch die psychische Erkrankungssymptomatik auf jeder Fähigkeitsdimension zu Aktivitätsbeeinträchtigungen kommt, gemessen an den Rollenanforderungen des „konkreten Arbeitsplatzes“. Geht es um die Berufsfähigkeit, kann auch das jeweilige „Berufsfeld“ als Referenz herangezogen werden. Geht es um den allgemeinen Arbeitsmarkt, dann kann eine Tätigkeit in einem „Hotel“ zugrunde gelegt werden. Geht es um das allgemeine Leben in der Gesellschaft, dann bietet sich als Referenz ein „Restaurantbesuch“ an.

Die 13 Fähigkeitsdimensionen des Mini-ICF-APP können darüber hinaus inhaltlich einen nützlichen konzeptuellen Rahmen für die Therapiezielplanung darstellen (Muschalla, 2014). Außerdem können sie zur Beschreibung einer klinischen Arbeits- und Anforderungsanalyse genutzt werden, wie sie für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer bestimmten Tätigkeit vonnö-

ten ist. Es kann damit beschrieben werden, welche Fähigkeit (z. B. Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit) in welcher Form und in welchem Ausmaß bei einer speziellen Arbeit (z. B. Zimmermädchen: hohes Maß an Durchhaltefähigkeit; Türsteher: hohes Maß an Selbstbehauptungsfähigkeit) benötigt wird.

Literatur

Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). *Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hans Huber.

Muschalla, B. (2014). Fähigkeitsorientierte Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen. *Verhaltenstherapie*, 24, 48-55.

World Health Organization WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Genf: WHO [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF. Köln: DIMDI 2004, verfügbar unter URL: www.dimdi.de]

Korrespondenzadresse:

B. Muschalla
Universität Potsdam
Karl-Liebknecht-Str. 24-25, Haus 14
14476 Potsdam OT Golm
bmuschal@uni-potsdam.de

Tabelle 1:

Fähigkeitsdimensionen nach Mini-ICF-APP

1 Anpassung an Regeln und Routinen

Fähigkeit, sich an Regeln zu halten, Termine verabredungsgemäß wahrzunehmen und sich in Organisationsabläufe einzufügen. Dies beinhaltet z. B. die Erfüllung von täglichen Routineabläufen, das Einhalten von Verabredungen, pünktliches Erscheinen usw.

2 Planung und Strukturierung von Aufgaben

Fähigkeit, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, d. h. angemessene Zeit für Aktivitäten (Arbeit, Haushaltsführung, Erholung und andere Tages- und Freizeitaktivitäten) aufzuwenden, die Reihenfolge der Arbeitsabläufe sinnvoll zu strukturieren, diese wie geplant durchzuführen und zu beenden.

3 Flexibilität und Umstellungsfähigkeit

Fähigkeit, sich im Verhalten, Denken und Erleben wechselnden Situationen anzupassen, d. h. in der Lage zu sein, je nach Situation unterschiedliche Verhaltensweisen zu zeigen. Dies kann Veränderungen in den Arbeitsanforderungen, kurzfristige Zeitveränderungen, räumliche Veränderungen, neue Sozialpartner oder auch die Übertragung neuer Aufgaben betreffen.

4 Anwendung fachlicher Kompetenzen

Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, d. h. beruflich, ausbildungsspezifisch oder aufgrund der Lebenserfahrung.

Fähigkeit, Fach- und Lebenswissen oder Kompetenzen gemäß den situativen Rollenerwartungen einzusetzen und unter Berücksichtigung des Lebenshintergrunds zumutbare inhaltliche und fachliche Anforderungen zu erfüllen.

5 Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit

Fähigkeit, kontextbezogen und nachvollziehbar Entscheidungen zu fällen oder Urteile abzugeben.

Fähigkeit, Sachverhalte differenziert und kontextbezogen aufzufassen, daraus die angemessenen Schlussfolgerungen und Konsequenzen zu ziehen und dies in er-

forderliche Entscheidungen umsetzen zu können.

6 Durchhaltefähigkeit

Fähigkeit, hinreichend ausdauernd und während der üblicherweise erwarteten Zeit an einer Tätigkeit (im Beruf oder bei sonstigen Aufgaben) zu bleiben und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechterhalten zu können.

7 Selbstbehauptungsfähigkeit

Fähigkeit, in sozialen Kontakten oder auch Konfliktsituationen ohne beeinträchtigende Befangenheit bestehen und für seine Überzeugungen einstehen zu können, ohne dabei soziale Normen zu verletzen.

8 Kontaktfähigkeit

Fähigkeit, unmittelbare informelle soziale Kontakte mit anderen Menschen aufnehmen zu können, wie Begegnungen mit KollegInnen, Nachbarn oder Bekannten, und mit diesen angemessen interagieren zu können, wozu auch Rücksichtnahme, Wertschätzung des Gegenübers oder die Fähigkeit, Gespräche zu führen gehören. Dazu gehört auch die Fähigkeit, unverbindlich kommunizieren zu können.

9 Gruppenfähigkeit

Fähigkeit, sich in Gruppen einfügen, die expliziten oder informellen Regeln der Gruppe durchschauen und sich darauf einstellen zu können. Die Beurteilung bezieht sich auf das Verhalten in Gruppensituationen bzw. die Fähigkeit zur öffentlichen Präsentation. Dazu gehören Kleingruppen wie das Arbeitsteam oder der Verein oder Großgruppen wie die Firma, eine politische Gruppierung oder die Kirche.

10 Familiäre bzw. intime Beziehungen

Fähigkeit, enge und ggf. intime Beziehungen zu einem vertrauten Menschen oder in der Familie aufnehmen und aufrechterhalten zu können. Beurteilt wird die Fähigkeit, enge emotionale Zuwendung zu geben und zu empfangen und mit den anderen Rollenerwartungen und dem be-

ruflichen Umfeld befriedigend abzustimmen.

11 Spontan-Aktivitäten

Fähigkeit, außerhalb beruflicher oder sozialer Pflichten Spontanverhalten zu initiieren, Freizeitaktivitäten wahrzunehmen und in den Alltag zu integrieren. Beurteilt werden Aktivitäten, bei denen ProbandInnen selbst aktiv und initiativ werden müssen und die nicht beispielsweise durch eine Berufsrolle aufgezwungen werden. Dazu gehören zum Einen Aktivitäten des täglichen Lebens wie etwa häusliche Aktivitäten, z. B. die Beschaffung von Waren- und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, die Zubereitung von Mahlzeiten, die Pflege von Wohnung, Haus und Haushaltsgegenständen, die Versorgung von Pflanzen oder Haustieren. Dazu gehören des Weiteren kreative oder rekreative Aktivitäten, z. B. Hobbys, der Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Erholungsaktivitäten, Sport oder künstlerische Aktivitäten. Die Qualität und Quantität stehen in einem sich ergänzenden Verhältnis: Jemand kann ein intensives Hobby haben, dem viel Zeit gewidmet wird, oder sich vielen verschiedenen Dingen zuwenden.

12 Selbstpflege

Fähigkeit zur Selbstfürsorge und -pflege, also die Fähigkeit, sich zu waschen, Haut, Fuß- und Fingernägel, Haare und Zähne zu pflegen, sich sauber und der Situation, dem Anlass und der Jahreszeit entsprechend zu kleiden, die gesundheitlichen Bedürfnisse des eigenen Körpers wahrzunehmen und darauf angemessen zu reagieren.

13 Verkehrsfähigkeit

Fähigkeit, zu verschiedenen Orten zu gehen bzw. sich in verschiedene Situationen zu begeben und Transportmittel wie Auto, Bus oder Flugzeug zu benutzen. Beurteilt wird, ob ProbandInnen ohne Probleme jeden verkehrsüblichen Platz aufsuchen und jedes verkehrsübliche Fortbewegungsmittel benutzen können.

BMBF Projekt „Release“: Behandlungsangebot für Betroffene von Missbrauch und Gewalt in der Kindheit in Berlin, Frankfurt und Mannheim

Prof. Dr. Thomas Fydrich, Dipl.-Psych. Kathlen Priebe und das Release-Team



*Prof. Dr. Thomas Fydrich
Projektleitung*

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Therapiestudie bieten die Hochschulambulanz der Humboldt-Universität zu Berlin, das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim und die Goethe-Universität in Frankfurt ab sofort Frauen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung und komorbider Borderline-Symptomatik eine ambulante Psychotherapie an.

Das Verbundprojekt „RELEASE“ untersucht unter der Leitung von Prof. Martin Bohus die Wirksamkeit von zwei ambulanten Behandlungsprogrammen: die Dialektisch-Behaviorale Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (DBT-PTSD, Bohus et al., 2013; Priebe et al., 2012; Steil et al., 2011) und die Cognitive Processing Therapy (CPT, Resick & Schnicke, 1993).

An der neuen Therapiestudie teilnehmen können Frauen, die unter einer PTBS nach körperlicher oder sexualisierter Gewalt vor dem 18. Lebensjahr leiden und mindestens drei der neun DSM-Kriterien einer BPS erfüllen. In den Behandlungszentren der Humboldt-Universität zu Berlin, der Goethe-Universität Frankfurt sowie des Zentralinstitutes für seelische Gesundheit Mannheim können insgesamt 180 Betroffene einen Therapieplatz erhalten. Die Therapie beinhaltet 45 Therapieeinheiten in einem Zeitraum von bis zu einem Jahr.



*Dipl.-Psych. Kathlen Priebe
Studienkoordination*

In allen Behandlungszentren sind noch Plätze frei. Die Anmeldung ist noch bis Herbst 2015 möglich.

Kontakt:

Humboldt-Universität Berlin
Hochschulambulanz für Psychotherapie und Psychosomatik
Release – Ambulanz für Traumatherapie
Tel.: 030/2093-99144
traumatherapie@hu-berlin.de
www.traumatherapie-verbund.de

Vorankündigung: Interkulturelles Training in Berlin

Bei einem Bevölkerungsanteil von ca. einem Drittel Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist es Ziel des Trainings, bei den Teilnehmern die interkulturelle Kompetenz für die Behandlung von Patienten aus anderen kulturellen Kontexten zu steigern.

Das Training findet am Wochenende 21./22.02 und Samstag, den 07.03.2015 in den Räumen der Psychotherapeutenkammer Berlin statt.*

Titel der Einzelmodule: Kultur... was ist das? – Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung – Migration – Sprache in der Psychotherapie – Diagnostik – Interkulturelle Öffnung des Versorgungssystems

Die Trainerinnen Dr. Ulrike von Lersner und Dipl.-Psych. Kirsten Baschin arbeiten seit Jahren in der Therapieforschung zur Interkulturellen Psychotherapie an der HU Berlin und entwickelten und evaluierten im vergangenen Jahr in Kooperation mit der PTK Berlin das nun hier angebotene interkulturelle Kompetenztraining.

Dr. Ulrike von Lersner ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin und leitet dort die Arbeitsgruppe „Transkulturelle Psychologie“. Sie hat langjährige Forschungserfahrung im Bereich Migration und psychische Gesundheit und ist erfahrene Trainerin für interkulturelle Kompetenzen. Zudem arbeitet sie in eigener Praxis als approbierte Verhaltenstherapeutin für Erwachsene und Kinder und Jugendliche.

Dipl. Psych. Kirsten Baschin ist ebenfalls seit mehreren Jahren im Forschungsgebiet zu Migration und psychischer Gesundheit tätig und promoviert aktuell zu diesem Thema. Sie ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie.

* Die Höhe des Teilnahmebeitrages sowie die Anzahl der Fortbildungspunkte und Näheres zu den sechs Einzelmodulen wird noch auf unserer Homepage bekanntgegeben.

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin
Tel. 030 887140-0; Fax -40

info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Mitglieder setzen sich für Direktausbildung ein

Bremer Kammerversammlung spricht sich für umfassende Reform der Psychotherapieausbildung aus und warnt vor Abbau psychotherapeutischer Sitze

Die Bremer Psychotherapeuten haben sich auf ihrer 31. Kammerversammlung am 11. November 2014 mit großer Mehrheit für eine umfassende Reform der Psychotherapeutenausbildung ausgesprochen. Dadurch sollen auch die derzeit unklaren Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung nach Etablierung des Bachelor- und Mastersystems geklärt werden. Zudem sei es erforderlich, den Status der Ausbildungsteilnehmer (PiA) im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit zu definieren und darüber hinaus die noch immer fehlende Gleichstellung psychologischer Psychotherapeuten mit Fachärzten durchzusetzen. In einer von den Mitgliedern verabschiedeten Resolution wurde als vorrangiges Ziel der Reform eine Angleichung der Ausbildung an andere akademische Heilberufe gefordert. Deshalb müsse das Reformmodell ein Studium der Psychotherapie mit Abschluss eines Staatsexamens und Erhalt der Approbation als einheitliche Zugangsvoraussetzung für eine vertiefende Weiterbildung sicherstellen. Das Studium sollte dabei neben der Lehre der klinischen Psychologie auch die Grundlagen der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren, wesentliche Inhalte der psychologischen Grundlagendisziplinen sowie die psychologische Methodik und Diagnostik enthalten. Die anschließende, mindestens dreijährige Weiterbildung sollte mit der Erlangung der Fachkunde enden. „Innerhalb der Weiterbildung erfolgt eine Spezialisierung in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sowie der Tätigkeit in verschiedenen Altersgruppen. Die Weiterbildung wird in Anlehnung an tarifrechtliche Regelungen vergütet.“, heißt es dazu in der Resolution. Die Versammlungsteilnehmer waren sachkundig in das Thema eingeführt worden. Michael Krenz, Psycho-



Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens und Vizepräsident Hans Schindler (von rechts) hatten mit Michael Krenz einen sach- und fachkundigen Referenten zum Thema Ausbildungsreform gewonnen. Sein Vortrag war Basis für eine sehr lebhafte Diskussion.

therapeut und Psychoanalytiker sowie Präsident der Berliner Psychotherapeutenkammer, ging in seinem Vortrag zunächst auf die zahlreichen Veränderungen ein, die seit der Psychotherapieausbildung im Jahr 1999 eingetreten sind, um daraus abgeleitet die Notwendigkeit einer Reform darzulegen. Er stellte kurz die vier wichtigsten Modelle vor und erläuterte die unterschiedlichen Sorgen bezogen auf die sogenannte basale Direktausbildung. Zugleich betonte er auch die Chancen, die dieses Modell mit sich bringe. Die basale Direktausbildung sieht die Approbation nach einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Masterniveau vor. In der dann anschließenden Weiterbildung soll es zu einer Schwerpunktbildung in der Behandlung von Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen sowie in wissenschaftlich anerkannten Psychotherapiever-

fahren kommen. Michael Krenz gehörte selbst zu den Antragstellern, die sich auf dem 25. DPT in München, der wenige Tage nach der Kammerversammlung stattfand, für diesen Weg einsetzten.

In der anschließenden Diskussion gab es zahlreiche Wortmeldungen, die sich u. a. mit der Finanzierung der Weiterbildung beschäftigten. Bei der Erteilung der Approbation vor der Weiterbildung müsse die Finanzierung gesichert sein, waren sich die Mitglieder einig. Auch wurde die Sorge geäußert, dass es durch die Reform zu einer Reduzierung der Studienplätze kommen könnte. Zudem müsste eine Reform das EU-Recht berücksichtigen.

Im folgenden Bericht des Kammervorstandes informierte Kammerpräsident Karl

Heinz Schrömgens die Versammlung zunächst über den im Oktober vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Entwurf eines Versorgungsstärkungsgesetzes, das zu erheblichen Änderungen der Regelungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung führen wird. Der Entwurf sieht u. a. vor, die bisherige Regelung, wonach in sogenannten überversorgten Gebieten die Weitergabe von Praxissitzen verweigert werden „kann“, wenn die bisherigen Inhaber aus Alters- oder Krankheitsgründen ausscheiden, in eine „Soll“-Regelung umzuwandeln.

Damit droht laut Kammerpräsident der Verlust von bis zu 130 Kassen-Praxen in Bremen und neun Sitzen in Bremerhaven. Dem paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung in Bremen besetzten Zulassungsausschuss, der über die Weitergabe von Sitzen entscheidet, werde damit der Ermessensspielraum erheblich eingeschränkt.

In einer auf der Kammerversammlung am 11. November 2014 beschlossenen Resolution wird darauf verwiesen, dass die Be-

darfsplanung in der Gesetzlichen Krankenversicherung nichts über den tatsächlichen Bedarf an Versorgung psychisch kranker Menschen aussagt. Sie beruhe auf fehlerhaften Bedarfszahlen aus dem Jahr 1999. „Die Anzahl der psychotherapeutischen Praxen, die 1999 als ausreichend festgelegt wurde, hatte schon damals mit dem realen Bedarf nichts zu tun und ist viel zu niedrig angesetzt. Dadurch droht jetzt ein radikaler Abbau von ambulanten Behandlungsplätzen für psychisch kranke Menschen, denn die angebliche Überversorgung mit psychotherapeutischen Praxen existiert nur auf dem Papier“, heißt es dazu in der Resolution. Ohne eine Reform der Bedarfsplanung, die die historischen Fehler aus dem Jahr 1999 korrigiere, sei eine seriöse Versorgungsplanung für psychisch kranke Menschen nicht möglich.

Begrüßt wurde von den Psychotherapeuten, dass im Entwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz auch die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorgesehen ist, die den Patienten den Zugang zur Versorgung erleichtern soll. Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, bis

zum 30. Juni 2016 in den Psychotherapie-Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu beschließen, gehe in die richtige Richtung.

Zudem wurde auf der Kammerversammlung der Jahresabschluss 2013 vorgelegt. Die Mitglieder entlasteten den Vorstand und beschlossen anschließend den Haushaltsplan 2015. Positiv wurde dabei zur Kenntnis genommen, dass der Hebesatz zur Berechnung des Kammerbeitrages für das nächste Jahr erneut stabil gehalten werden konnte.

Mit großer Mehrheit verabschiedete die Kammerversammlung zudem die Neufassung der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen. Diese war in einem Ausschuss erarbeitet worden. Die Ergebnisse hatte Amelie Thobaben vorgestellt. Danach wurde bis auf wenige Ausnahmen die Struktur der Muster-Berufsordnung übernommen.

Kammervorstand tauschte sich mit Patientenvertretern aus

Ausbau von halben Sitzen wird von beiden Seiten für sinnvoll gehalten

Nicht erst seit dem im vergangenen Jahr in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz ist für den Vorstand der Bremer Kammer klar, dass Patientinnen und Patienten ein wichtiges Mitspracherecht eingeräumt werden sollte, wenn es um ihre Gesundheit bzw. Krankheit geht. Deshalb trafen sich am 15. Oktober 2014 Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens und Beisitzerin Helga Loest mit Vertretern von Patientenverbänden zu einem Gedankenaustausch in den Räumen der Kammer an der Hollerallee. Edeltraut Paul-Becker von der Patientenstelle im Gesundheitsladen und Thomas Wolter vom

Sozialverband Deutschland waren die Gesprächspartner. Beide nehmen regelmäßig mit beratender Stimme an den Sitzungen des Zulassungs- und Berufungsausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen teil. Die Gäste äußerten unter anderem ihr Befremden darüber, dass es Praxen gebe, die weit unter zehn Behandlungsstunden pro Woche leisteten. In Anbetracht der vielen Patienten, die einen Psychotherapieplatz suchten, sei dies unverständlich.

Die Kammervertreter erklärten daraufhin die Struktur des psychotherapeutischen

Angebotes, den Arbeitsumfang und die Sprechzeiten psychotherapeutischer Praxen, die ein anderes Bild vermitteln als die von der KV herausgegebenen Zahlen. Nach eingehender Diskussion der Standpunkte waren sich beiden Seiten darin einig, dass ein verstärkter Ausbau von halben Kassensitzen ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen sein dürfte.

Darüber hinaus herrschte Einigkeit darüber, den Gedankenaustausch fortzusetzen.

Kammer sprach Rüge und Geldbuße gegenüber Mitglied aus

Unzulässiger Umgang mit Ausfall-Honoraren und IGELE-Leistungen wurde geahndet

Bei der Bremer Psychotherapeutenkammer hat ein junger Mann Beschwerde gegen eine Psychotherapeutin eingelegt.

Wesentlicher Inhalt: Er sei gesetzlich versichert und habe bei der Psychotherapeutin eine analytische Psychotherapie begon-

nen. Ihm sei angetragen worden, in eine vierstündige Therapie einzuwilligen. Ohne eine solche vierte Stunde sei eine sinnvol-

le Behandlung nicht möglich. Diese vierte Stunde sei von ihm privat zu bezahlen. Da ihm die Sitzungen gut getan haben, er aber als Auszubildender das nicht habe finanzieren können, habe er seine Eltern gebeten, die Finanzierung zu übernehmen. Zugleich sei er verpflichtet worden, jede Behandlungsstunde, die er nicht wahrnimmt, selbst zu bezahlen. Es sei nun zum Konflikt gekommen, da er aufgrund seiner Ausbildung einmal im Monat den gesetzten Termin nicht wahrnehmen können. Eine frühzeitige Absage sei von der Psychotherapeutin nicht akzeptiert worden, ihm sei jedes Mal die ausgefallene Stunde in Rechnung gestellt worden.

Der Fall wurde dem Beschwerde- und Schlichtungsausschuss vorgelegt. Er behandelt Beschwerden grundsätzlich in anonymisierter Form. Diese wird erst dann aufgehoben, wenn eine persönliche Ladung von Beschwerdeführer und Beschwererten erforderlich erscheint. Der Ausschuss bat die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung um Auskunft, welche Auffassungen dort vertreten werden. Die Vereinigung stellte einen Zeitschriftenartikel zum Thema „Kassenleistung und ergänzende Privatbehandlung“ (Medizinrecht 31, 2013) zur Verfügung. In diesem Aufsatz beschäftigen sich Thomas Clemens, ehemaliger Richter am Bundessozialgericht, und Holger Schildt, ehemaliger Justiziar und Geschäftsführer der DGPT, mit der Frage, inwieweit es zulässig ist, im Rahmen einer kassenfinanzierten Psychotherapie die sogenannte vierte Stunde im Rahmen einer hochfrequenten analytischen Psychotherapie als zusätzliche privatfinanzierte Leistung zu erbringen.

Sie verweisen zunächst darauf, dass innerhalb der Psychotherapie-Richtlinien, d. h. im Rahmen von Kassenbehandlungen, grundsätzlich ein Rahmen von maximal drei Behandlungsstunden je Woche einzuhalten ist. In speziellen Fällen, bei bestimmten Patienten in besonderen Krankheitssituationen, eröffnet allerdings die Richtlinie auch die Möglichkeit, eine abschnittsweise höherfrequente psychotherapeutische Behandlung durchzuführen. Bei Vorliegen eines entsprechenden Falles ist diese dann auch zu bewilligen, freilich nur für einen (oder mehrere) Abschnitt(e)

innerhalb der Behandlung, und dies auch nur, um dadurch eine größere Effektivität der Therapie zu gewährleisten (§ 20 Abs. 2 S. 2 PsychThRL). Sind diese Voraussetzungen gegeben, so ist das im Gutachterverfahren dementsprechend zu beantragen und zu begründen sowie vom Gutachter zu bewilligen.

Wann sind IGEL-Leistungen zulässig?

Unter Verweis auf andere Kassenleistungen, z. B. Sonographie oder Krankengymnastik, begründen die Verfasser, warum sie die Vereinbarung einer sogenannten vierten Stunde darüber hinaus als sogenannte IGEL-Leistung für zulässig halten. Sie betonen aber auch, dass diese Auffassung unter Medizinrechtlern durchaus umstritten ist. In ihrem Fazit stellen sie fest: „Der Patient darf insbesondere nicht zu der zusätzlichen privaten Honorierung ‚gedrängt‘ werden. Der Arzt bzw. Psychotherapeut muss eine grundsätzliche Bereitschaft zeigen, eine Kassenleistung – ohne zusätzliche Privatbehandlung – zu erbringen.“ Die zusätzliche private Leistung müsse den Charakter eines zusätzlichen Angebots haben, das der Patient nicht unbedingt annehmen muss. Der Therapeut dürfe die Übernahme der Behandlung nicht davon abhängig machen, dass der Patient eine privat vereinbarte zusätzliche vierte Stunde akzeptiert. Der Patient sei sehr sorgfältig darüber aufzuklären, welche Möglichkeiten ihm offenstehen und welche Rechte er hat. Dies sei die Voraussetzung dafür, dass die zusätzliche Privatbehandlung auch tatsächlich vom Patienten verlangt worden sei. Abschließend betonen sie, dass bei Verstößen gegen diese Voraussetzung der Behandler mit einer Disziplinarmaßnahme oder gar mit der Zulassungsentziehung rechnen müsse.

In der Bewertung der Beschwerde bezüglich der Verpflichtung zur vierten Stunde kam der Beschwerde- und Schlichtungsausschuss zu der Empfehlung an den Vorstand der PK Bremen, einen Verstoß gegen § 14 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen festzustellen.

Danach haben Psychotherapeuten auf eine angemessene Honorierung ihrer Leis-

tung zu achten. Eine darüber hinausgehende Honorierung ist unzulässig. Das Honorar für Psychotherapie ist nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) zu erheben, soweit nicht gesetzlich etwas anderes bestimmt ist. Honorarfragen sind zu Beginn der Psychotherapie mit dem Patienten zu klären. Dieses soll schriftlich festgehalten werden (§ 14 Abs. 1 bis 3 BO der PKHB). Nach dem vorliegenden Sachverhalt war eine vierte Behandlungsstunde gegenüber dem Patienten nicht abrechnungsfähig. Gemäß § 20 der Psychotherapie-Richtlinien beträgt die Behandlungsfrequenz in den psychoanalytisch begründeten Verfahren maximal drei Behandlungsstunden in der Woche. Eine durchgehend hochfrequente Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinie keine Anwendung finden.

Vierte Stunde in der analytischen Psychotherapie bedarf besonderer Sorgfalt

Soweit die Psychotherapeutin eine Behandlung des Patienten mit einer vierten Wochenstunde als notwendig erachtet habe, wäre sie verpflichtet gewesen, hierfür einen Genehmigungsantrag an die Krankenkasse des Patienten zu richten und die Notwendigkeit einer abschnittsweise höheren Wochenfrequenz im Bericht an den Gutachter differenziert zu begründen. Dies habe die Behandlerin trotz entsprechender Hinweise des Patienten jedoch unterlassen. Weiter heißt es: „Darüber hinaus ist die Berechnung einer vierten Therapie-stunde als individuelle Gesundheitsleistung ggf. möglich. Gesetzliche Voraussetzung hierfür ist nach § 1 Abs.1 GOÄ i. V. m. §§ 1 und 2 GOÄ Folgendes: Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 GOÄ). Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Einer Vereinbarung ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigen vor Er-

bringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 und § 2 Abs. 2 GOÄ).“

Diese Regelungen seien von der behandelnden Psychotherapeutin missachtet worden. Danach verstoße die Berechnung einer vierten Therapiestunde gegenüber dem Patienten gegen § 20 der Psychotherapie-Richtlinien und gegen die §§ 1 und 2 der Gebührenordnung für Ärzte. Es liege nicht nur ein Verstoß gegen § 14 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen vor, sondern auch gegen die allgemeinen Aufklärungs- und Sorgfaltpflichten nach § 10 Abs. 2 Satz 4 der Berufsordnung. Patienten sind danach zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung „über die Indikation und die Rahmenbedingungen der Behandlung zu in-

formieren, insbesondere über Schweigepflicht, Honorarregelungen (einschließlich Ausfallregelung), Sitzungsdauer und -frequenz, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Ablauf der Behandlung, voraussichtliche Dauer der Behandlungen, mögliche Behandlungsrisiken“.

Aufklärungs- und Sorgfaltpflichten müssen beachtet werden

Diese Aufklärungs- und Sorgfaltpflichten hätten es mithin erfordert, dass der Patient über die vorstehend beschriebenen Honorarregelungen gemäß § 20 der Psychotherapie-Richtlinien und die bestehenden Regelungen zur Vereinbarung einer individuellen Gesundheitsleistung hätte aufgeklärt werden müssen. Dies sei, wie aus der Stellungnahme der Psychotherapeutin ersichtlich, nicht erfolgt. Zu den Aufklärungs- und Sorgfaltpflichten eines Psychotherapeuten gehört nach Auffassung der Psychotherapeutenkammer auch, dass ein Ausfallhonorar bei Terminabsage nur dann beansprucht werden kann, wenn diese erst innerhalb von 48 Stunden vor dem Termin erfolgt und auch nur dann, wenn die Stunde nicht anderweitig gefüllt werden kann. Soweit die Durchfüh-

rung oder Fortführung der analytischen Psychotherapie mit dem Patienten von der Einhaltung bzw. Beibehaltung der Regelungen zur Vergütung einer vierten Therapiestunde und zur Vergütung von Ausfallhonorar abhängig gemacht und nach Darlegung der Psychotherapeutin von diesem finanziellen Rahmen auch keine Abweichung zugelassen wurde, liegt darin nach Auffassung der Psychotherapeutenkammer Bremen ein Verstoß gegen § 4, gegen § 10 und gegen § 14 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen vor.

Auf der Grundlage dieser Ermittlungen und Bewertungen des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses hatte der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen dann beschlossen, gegen das Kammermitglied wegen Verstoßes gegen die §§ 4, 10, 14 Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen eine Rüge nach § 61 a Abs. 1 des Heilberufsgesetzes des Landes Bremen auszusprechen. Die Rüge wurde mit einer Geldauflage in Höhe von 1.000,00 € versehen.

Die Entscheidung der Kammer ist inzwischen von der Kammerangehörigen akzeptiert worden.

Bremer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am 25. September 2014 aktiv in Berlin



Nahezu 1.500 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben am 25. September 2014 an der großen Demonstration für Honorargerechtigkeit in Berlin teilgenommen – darunter auch eine Gruppe Bremer Kolleginnen und Kollegen. Alle Teilnehmer zeigten sich begeistert über die tolle Stimmung, die in Berlin herrschte. Es war ein deutliches Signal an Bundesgesundheitsministerium und Spitzenverband der Krankenkassen, vor deren Häusern jeweils Kundgebungen stattfanden.

Redaktion Bremer Kammerseiten

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

Geschäftsstelle

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

Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr

Reform der Psychotherapeutenausbildung auf dem Kammertag 2014

Von **Dipl.-Psych. Torsten Michels und Birte Westermann**

Der diesjährige Kammertag am 13.09.2014 im New Living Home in Hamburg hatte die „Reform der Psychotherapeutenausbildung“ zum Inhalt. Leider war die Veranstaltung trotz der für die Profession so bedeutsamen Reform nur gering besucht. Dennoch zeigte die lebhafteste Diskussion der Teilnehmenden die Gestaltungsmöglichkeiten, aber auch Sorgen und Ängste, die mit der Reform verbunden sind. Am Ende der Veranstaltung konnte sich die Mehrheit der Teilnehmenden in einem Stimmungsbild unter bestimmten Bedingungen ein Votum für die Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung vorstellen.

Im ersten Teil des Nachmittags stellten Dipl.-Psych. Torsten Michels, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg sowie Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Psychotherapeutenkammer verschiedene Konzepte zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vor.

In diesem Zusammenhang erläuterten die Vorstandsmitglieder noch einmal die Gründe für die Notwendigkeit der Reform der Psychotherapeutenausbildung. Als Beispiel nannten sie die unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung, die in den Bundesländern derzeit bestehen, die unregelmäßige Vergütung der praktischen Tätigkeit während der Ausbildung sowie den unregelmäßigen Rechtsstatus der Psychotherapeuten in Ausbildung besonders in der praktischen Tätigkeit. Darüber hinaus besteht weiterer Reformbedarf, der wesentlich von der Versorgung her gedacht werden sollte. So ist die Ausbildung heute im Schwerpunkt auf die Niederlassung in der eigenen Praxis bezogen, vernachlässigt aber die stationären, teilstationären und komplementären Bereiche, in denen die Richtlinienverfahren in Reinform keine Anwendungen finden. Darüber hinaus seien



Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kammertags 2014

Leitungsaufgaben für PP/KJP nach wie vor nicht rechtlich geregelt. Eine umfassende Reform könnte somit Geburtsfehler des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) von 1999 korrigieren und die Möglichkeiten der Profession erweitern.

Dass mit einer umfassenden Reform auch Sorgen und Ängste verbunden sind, wurde breit diskutiert. Deshalb waren sich auch alle Beteiligten einig, dass die Reform an Bedingungen geknüpft ist, die mit der Politik geklärt werden müssen, damit sich die Profession für solch einen Weg entscheiden kann. Hier sei besonders die praktische Tätigkeit im Studium, die Approbation, die Finanzierung der Weiterbildung und die Überführung der staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute in anerkannte Weiterbildungsinstitute genannt sowie auch die Theorie- und Praxisvermittlung an den Hochschulen durch in den entsprechenden Verfahren qualifizierte Lehrende.

Anschließend präsentierten Prof. Dr. Rainer Richter und Dipl.-Psych. Torsten Michels das aktuelle Ergebnis der Arbeitsgruppe des Länderrats und des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Diese AG hatte in vielen Gesprächen mit Vertretern von Hochschulen, Fach- und Berufsverbänden und Ausbildungsstätten,

Psychotherapeuten*) in Ausbildung und Vertretern von Gesundheits- und Wissenschaftsministerien auf Bundes- und Landesebene sowie in Kammergremien einen Entwurf mit unterschiedlichen Szenarien zur Reform der Psychotherapeutenausbildung entwickelt. Der Entwurf verdeutlicht die Anforderungen an eine Reform:

- Versorgung und Prävention,
- Tätigkeitsprofil der Psychotherapeuten,
- Psychotherapie als Wissenschaft und Praxis,
- Strukturen und Prozesse der Qualifizierung in Aus- und Weiterbildung und Qualitätssicherung,
- Finanzierung der Qualifizierung.

Diese aus dem Berufsbild und dem Kompetenzprofil im Hinblick auf die Versorgung entwickelten Anforderungen für die Reform der Ausbildung wurden zum Ende des Kammertags von den Teilnehmenden intensiv diskutiert. In einem abschließenden Stimmungsbild äußerten sich die Teilnehmenden vorsichtig hoffnungsvoll für ein „Direktstudium“ mit anschließender Weiterbildung, in welchem die Approbation durch ein direktes Studium der Psychotherapie erworben werden würde, wenn die oben genannten Bedingungen von der

Politik zugesagt werden. Teil eines Direktstudiums sind dabei nicht nur fachliche, sondern auch praktische Kompetenzen, die von in den Fachkunden qualifizierten Lehrenden an den Hochschulen vermittelt werden. Der dazu vorgestellte gemeinsame Entwurf der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und der psychodynamischen Hochschullehrer wurde sehr

begrüßt, weil er die Vielfalt der wissenschaftlich anerkannten Verfahren wieder in ihrer ganzen Breite an die Hochschulen bringen würde. Im Anschluss an das Studium, das mit der Approbation und einer staatlichen Prüfung endet, sollen dann im Rahmen einer Weiterbildung vertiefte Kenntnisse, praktische Fertigkeiten und Erfahrungen in mindestens einem wissen-

schaftlich anerkannten Verfahren erworben und mit dem sogenannten „Facharztstatus“ abgeschlossen werden. Die Besucher des Kammertags erhoffen sich von dieser Reform der Ausbildung unter anderem einen Weg zum Beruf des Psychotherapeuten, der nicht mit dem großen Schuldenberg und den bekannten rechtlichen Unsicherheiten wie bisher verbunden ist.

Beteiligung der PTK an einem Projekt der Hamburger Arbeitsgemeinschaft zur Gesundheitsförderung (HAG)

„Seelisches Wohlbefinden von Jugendlichen fördern“

Von Gabriela Küll

„Jugend“ ist die Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter. Heranwachsende haben viele Entwicklungsaufgaben und damit einhergehend oft auch psychische Krisen zu bewältigen. Dabei sind Depression, Mobbing und Cybermobbing, geringer Selbstwert, auffälliges Essverhalten etc. die am häufigsten beklagten Ursachen solcher Krisen.

Übergänge und Krisen implizieren Wandel und Veränderung. Sie können sich auf die individuelle Entwicklung positiv oder negativ auswirken – je nach Bewältigungsstrategie. Ein bedeutender Übergang ist der von der Schule in Ausbildung oder Studium. Hier setzt das Modellvorhaben an: Es sollen bedarfsgerechte Maßnahmen und Angebote zur Förderung des seelischen Wohlbefindens für Hamburger Jugendliche im Alter zwischen 16 und 20 Jahren entwickelt werden. Der Fokus liegt dabei in der Stärkung von persönlichen Ressourcen und Schutzfaktoren sowie in der Förderung der Selbstwirksamkeit. Das Projekt arbeitet

mit zwei Zielgruppen von Jugendlichen im Alter von 16 bis 20 Jahren, deren Gemeinsamkeiten erst auf den zweiten Blick deutlich werden:

- Schulabgänger*) in Berufsvorbereitungsmaßnahmen/ohne Schulabschluss,
- Studienanfänger.

Beide Gruppen sind erheblichen Belastungen ausgesetzt: Die einen haben (noch) keine Ausbildungsperspektive, die anderen stehen vor der Herausforderung eines schnellen, durchgetakteten Studiums, auf dessen Anforderungen sie durch die Schule oft nur schlecht vorbereitet sind.

Eine weitere Zielgruppe des Projektes bilden Multiplikatoren, die mit Jugendlichen arbeiten, Mitarbeiter aus der Jugendbildung sowie der Studierendenberatung. Das Projekt will das seelische Wohlbefinden von Jugendlichen fördern und persönliche Ressourcen und Schutzfaktoren stärken. Dabei werden die Heranwachsenden als Experten ihrer selbst direkt in die Projektumsetzung mit einbezogen. Die Multiplikatoren bilden sich im Rahmen des Projektes ebenfalls weiter in den Themenfel-

dem seelisches Wohlbefinden, Resilienz, Gesundheitskommunikation und Einsatz neuer Medien.

In Fokusgruppen werden Jugendliche in der Übergangsphase Schule/Beruf und Studienanfänger ihre Bedürfnisse und Bedarfe ermitteln und konkretisieren. Die Inhalte werden abgestimmt und gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie (gesundheits-) kommunikative Zugangswege entwickelt. Der Einsatz und die Nutzung neuer Medien stehen dabei im Vordergrund. Im zweiten Schritt werden die entwickelten Konzepte und Maßnahmen umgesetzt und Materialien, Social-Media-Elemente etc. erarbeitet.

Das Projekt läuft von Juli 2013 bis Juni 2018 und wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert.



Christoph Düring

Geschäftsführerwechsel in der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg begrüßt ihren neuen Geschäftsführer Christoph Düring, der seine Position am 01.12.2014 angetreten hat.

Er folgt in dieser Funktion Herrn Thomas Grabenkamp, der seit Ende September nicht mehr in unserer Kammer tätig ist. Wir

danken Herrn Grabenkamp auf diesem Wege nochmals für die gute Zusammenarbeit in den vergangenen elf Jahren und wünschen ihm alles Gute für die Zukunft.

Mit Herrn Düring übernimmt ein seit Jahren im Gesundheitswesen tätiger Geschäftsführer die operative Führung der Psychothera-

peutenkammer Hamburg. Unter anderem arbeitete er neun Jahre als Geschäftsführer der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft e. V. in Kiel. Zuletzt war er als selbstständiger Berater für Vereine und Verbände

im Gesundheitswesen tätig. Herr Düring hat einen Abschluss als Diplom-Kaufmann und promoviert derzeit als Doktorand an der Universität Bielefeld im Bereich der Gesundheitswissenschaften.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit und sind überzeugt, mit Herrn Düring die Zukunft der Kammer erfolgreich gestalten zu können.

Empfang für neuapprobierte Mitglieder in der Geschäftsstelle der PTK Hamburg

Von Birte Westermann und Dipl.-Psych. Torsten Michels

Am 06.11.2014 lud die Psychotherapeutenkammer Hamburg wieder zu einem Empfang für neuapprobierte Kammermitglieder ein. Etwa 40 Kollegen*) folgten der Einladung zu der Veranstaltung, die gegen 19 Uhr in der Geschäftsstelle in der Hallerstraße begann. Schon bei der Begrüßung wurde deutlich, dass die Veranstaltung einen sehr persönlichen Charakter hat: „*Toll, Sie persönlich kennenzulernen und zu sehen, wo und wie Sie hier arbeiten.*“

Der Abend diente zum gegenseitigen Informationsaustausch sowie zum Kennenlernen der Kammer. Hierzu standen die Vorstandsmitglieder, einige Ausschuss- und Kommissionsmitglieder sowie die Geschäftsstellenmitarbeiterinnen der Kam-

mer zur Beantwortung diverser Fragen zur Verfügung.

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Psychotherapeutenkammer, begrüßte die Kollegen mit einigen einleitenden Worten zu den Aufgaben und den Funktionen der Kammer. Vizepräsidentin Gabriela Küll stand für Fragen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Verfügung, Heike Peper war Ansprechpartnerin für Aufbau, Gremien und Aufgaben der Kammer. Bettina Nock beantwortete Fragen zu Berufsaufsicht, Beschwerdewesen, Berufsrecht und Berufsordnung, Torsten Michels erläuterte diverse Fragen zur Ausbildungsreform. Zudem war Dr. Thomas Bonnekamp, Vorsitzender des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung zu Gast und beantwortete Fragen zu eben diesen Themen.

Mit Getränken und Fingerfood war für das leibliche Wohl gesorgt. In entspannter Atmosphäre konnten sich die neuapprobierten Kollegen zu ihren Fragen in wechselnden Gesprächen informieren und Kontakte knüpfen. Die zahlreichen Gäste und die positiven Rückmeldungen der Kollegen bestätigt die Bedeutung des Empfangs junger Kollegen in der Kammer. Dadurch kann die Hemmschwelle gesenkt und die Identifikation mit der Kammer als Ort der Selbstverwaltung gestärkt werden.

Wir erhoffen uns für die Zukunft, durch Veranstaltungen wie diese junge Approbierte für die berufspolitische Arbeit in der Kammer zu sensibilisieren und zu motivieren. An diesem Abend ist das erneut gelungen.

Rücktritt Bettina Nock

Hiermit möchten wir Sie informieren, dass unser Vorstandsmitglied Bettina Nock aus persönlichen Gründen von ihrem Amt als Beisitzerin im Vorstand zum 30.11.2014 zurückgetreten ist.

Der Vorstand dankt Frau Nock für ihr langjähriges ehrenamtliches Engagement in der Psychotherapeutenkammer Hamburg und bedauert diesen Schritt so kurz vor dem Ende der Legislaturperiode sehr.

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

Dritte Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in der Fassung vom 13. September 2013

Auf Grund von §19 Abs. 2 Ziffer 1 und § 6 Abs. 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) vom 14. Dezember 2005 (HmbGVBl. S. 495), zuletzt geändert am 19.06.2012 (HmbGVBl. S. 254, 260) hat die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in ihrer Sitzung am 14. Mai 2014 die dritte Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg beschlossen, die die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gem. § 57 HmbKGGH am 29.10.2014 genehmigt hat.

Die Anlage der Gebührenordnung (Gebührenverzeichnis) der Psychotherapeutenkammer Hamburg wird wie folgt geändert:

§ 1 Änderung des Gebührenverzeichnisses

Punkt 1. Allgemeine Verwaltungsgebühren

a) Unterpunkt 1.4. wird durch die nachfolgende Regelung ersetzt:

1.4. Beauftragung der Kammergeschäftsstelle mit der Erfassung von Fortbildungsnachweisen auf dem Punktekonto des Mitglieds, einmalig pro Fortbildungszeitraum (5 Jahre) für Mitglieder, die die Möglichkeit der eigenen Online-Erfassung nicht nutzen

1.4.1 bei Eingang der Unterlagen bis spätestens drei Monate vor Ende des Fortbildungszeitraumes	200,- €
---	---------

1.4.2 bei Eingang der Unterlagen innerhalb der letzten drei Monate vor Ende des Fortbildungszeitraumes	250,- €
--	---------

b) Der bisherige Unterpunkt 1.5.

1.5. Anerkennung von EU-Diplomen und Zertifikaten je Diplom/Zertifikat	100,- €
--	---------

wird ersatzlos gestrichen.

Die Nummerierung der Folgepunkte unter Punkt 1. Allgemeine Verwaltungsgebühren wird entsprechend angepasst.

§ 2 Inkrafttreten

Die vorstehende Änderung der Gebührenordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Krieger

Hessen vorn? Ja, leider! Denn in keinem anderen Bundesland sind derartige Einbrüche in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geplant wie in Hessen. Und in Hessen trifft es keine andere Gruppe so hart wie die der Psychotherapeuten. Von derzeit 2199 Niederlassungen liegen 980 über 110% und alles über dieser Grenze gilt als Überversorgung. Im Klartext: Fast jede zweite

Praxis (45%) wird nach dem Gesetzesentwurf als zu viel und künftig wegfallend angesehen! Nach jahrelangen Protesten des Berufsstands gegen die vorliegende Bedarfsplanung, die weder mit Bedarf noch mit Planung zu tun hat, sollen jetzt psychisch kranke Menschen die Folgen dieser Fehlplanung zu spüren bekommen. Dabei ist der Bundesgesetzgeber mit der Zielsetzung angetreten, die Wartezeiten zu verkürzen. Genau das Gegenteil wird erreicht werden, wenn der Zug in die geplante Richtung fährt. Und wer soll die künftig nicht mehr von Niedergelassenen kurzfristig behandelbaren Patientinnen und Patienten versorgen? Die Antwort der Bundesregierung: Die Krankenhäuser. Neben der massiven Einschränkung für den Freien

Heilberuf, die mit diesem Steuerungssinn verbunden ist, muss für psychisch kranke Menschen mit einer katastrophalen Verschlechterung gerechnet werden: Noch längere Wartezeiten, und das nicht nur in Praxen, sondern dann auch in den Ambulanzen der Krankenhäuser. Seien Sie versichert, dass Ihre Kammer alles dafür tut, dieses „Versorgungsverschlechterungsgesetz“ zu verhindern.

Ich wünsche Ihnen einen guten Jahresausklang und für das neue Jahr die Kraft, die Sie für Ihre Arbeit und nicht zuletzt für sich brauchen.

Alfred Krieger
(Kammerpräsident)

Qualitätsstandards bei forensischen Gutachten – im Interesse aller

Das Aufgabenfeld anerkannter forensischer Sachverständiger ist nur selten im Fokus berufspolitischer Aufmerksamkeit. Dabei handelt es sich um eine höchst anspruchsvolle Tätigkeit, die einer hohen professionellen und auf breiten wissenschaftlichen Erkenntnissen fundierten Qualität bedarf. Bei dem Beruf des „Psychotherapeuten“ assoziiert das Gros der Menschen niedergelassene Therapeuten in Praxen oder denkt an Angestellte in Kliniken, Beratungsstellen und anderen Institutionen. Auf das Berufsbild eines Sachverständigen oder „Gutachters“ kommt man eher beim zweiten Nachdenken. Erstaunlicherweise trifft dies auch auf die Profession selbst zu.

In der medialen Öffentlichkeit hingegen wurden besonders in den vergangenen Jahren etliche Beispiele dokumentiert, bei denen die Arbeit von Sachverständigen eine breite Aufmerksamkeit erfuhr. Nicht immer jedoch handelte es sich um eine posi-

tive Darstellung des Berufsstandes, wie der Spiegel 2010 mit „Aufmarsch der Gutachter“ zum Fall Kachelmann schrieb oder die Berichterstattung zum aktuellen Geschehen um den Mollath-Prozess zeigte.

Wie kommt es innerhalb der Therapeuten-schaft zu einer solchen Marginalisierung dieser spezifischen Tätigkeit, wo doch zahlreiche Menschen davon mit erheblichen Folgen betroffen sind? Die Arbeit eines Sachverständigen findet in allen gesellschaftlichen Schichten statt, sie kann jeden in allen Lebensphasen betreffen. Bei näherem Hinsehen wird deutlich, in wie viele Bereiche diese Tätigkeit sich verzweigt. Das beginnt bereits früh mit der Überprüfung der Schulreife, oft auch von Lernstörungen. Es gibt zahlreiche sozialrechtliche oder zivilrechtliche Fragestellungen, strafrechtliche Begutachtungen, familienrechtliche Aufträge, bis hin zu Fragen der Geschäftsfähigkeit, Mündigkeit oder auch dem Anspruch auf Rente. Hinter je-

dem Begutachtungsauftrag steht ein Individuum, das seinerseits mit Angehörigen, Bekannten, Freunden verbunden ist. Auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können bei der Ausübung ihrer Berufstätigkeit mit Gutachten zu tun haben, wenn beispielsweise ihre Patienten betroffen sind.

Als zuständiges Vorstandsmitglied befasste ich mich seit über drei Jahren intensiv mit dem Berufsfeld forensischer Sachverständiger, mit den erforderlichen Qualitätsstandards, den Inhalten der Weiterbildung, den unterschiedlichen Einsatzgebieten. Der Bedarf an qualifizierten Sachverständigen ist groß und er wird bei Weitem nicht gedeckt, vielmehr wird er sogar in Zukunft noch weiter wachsen. Das implizieren u. a. die steigenden Zahlen zur Berentung aufgrund psychischer Erkrankungen im Bereich des Sozialrechts. Psychische Störungen bilden hier die zweithäufigste Krank-



Yvonne Winter

heitsgruppe bei Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt sind bis zu 43% der Bevölkerung in Deutschland irgendwann von einer psychischen Störung betroffen.

Auch im Bereich der Strafjustiz wächst die Bedeutung forensischer Sachverständiger. In der Regel sind die Entscheidungen der Strafkammern zur Glaubwürdigkeit von Verfahrensbeteiligten gut begründet. Eine wissenschaftliche Bewertungsmethodik, wie Sachverständige sie für die Prüfung der Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen anwenden, führt zu einer Versachlichung der juristischen Entscheidung und ist der einfachen juristischen Befragung sicher überlegen.

1999 hat der Bundesgerichtshof festgelegt, welche wissenschaftlichen Anforderungen an aussagepsychologische Begutachtungen zu stellen sind. „Glaubhaftigkeit“ bezieht sich auf die Erlebnisbasiertheit einer Aussage, die anhand von aussagepsychologischen Analysen und mittels weiterer psychologischer Untersuchungen evaluiert wird. Aussagepsychologische Gut-

achten enthalten keine Feststellungen, ob sich ein behaupteter Sachverhalt tatsächlich so ereignet hat. Sie enthalten psychologische Informationen über die Wahrscheinlichkeit von Hypothesen, die je nach Einzelfall aufzustellen und zu überprüfen sind. In dem dabei üblichen Drei-Säulenmodell werden hierzu die Aussagefähigkeit, die Qualität der Aussagen und die Zuverlässigkeit der Aussage erfasst.

Auf diese anspruchsvolle Tätigkeit der Gutachtererstellung bereitet das Psychologiestudium durch fundiertes Grundlagenwissen und umfassende Methodenlehre vor. Nur ein profundes Wissen über normale und gestörte Wahrnehmungs- und Denkprozesse, Gefühle und Verhaltenssteuerung unter Berücksichtigung von Entwicklungsaspekten erlaubt eine angemessene Begutachtung. Ein vertieftes Methodenwissen stellt sicher, dass Tests nicht nur richtig eingesetzt werden, sondern vor allem auch, dass die Ergebnisse angemessen interpretiert werden. Im Rahmen einer mehrjährigen Psychotherapieausbildung werden die notwendigen differentialdiagnostischen Kenntnisse erworben. Die abschließende Approbation zum Psychotherapeuten dokumentiert auch den Erwerb des heilkundlichen Wissens.

In der forensischen Sachverständigentätigkeit findet der approbierte Psychothera-

peut ein breites, anspruchsvolles Arbeitsfeld. Die Vergütung bei Gericht ist mit M3 (100,- €/Std.) in der Regel höher als die für eine Therapiesitzung. Dennoch entscheiden sich relativ wenige Psychotherapeuten für diese berufliche Spezialisierung.

Dies ist erstaunlich, da seit etlichen Jahren ein richtiger Hype im Fernsehen um das Thema Forensik zu beobachten ist. Serien wie „CSI“ oder „Dexter“ sind Publikumsrenner und treffen offenbar auf eine weit verbreitete Faszination für kriminologische Forschung. Dieses wachsende Interesse an Forensik spiegelt sich auch in der zunehmenden Zahl an Studiengängen für Rechtspsychologie in Berlin, Bonn, Bremen, Heidelberg, Konstanz und Kiel.

Aktuell finden konzertierte Aktivitäten zur weiteren Verbesserung der Qualitätsstandards von forensischen Gutachten statt, wie es im Koalitionsvertrag von 2013 gefordert wird. Diese politische Zielsetzung sollten die Psychotherapeutenkammern unterstützen, indem sie ihren eigenen Sachverstand in die öffentliche Diskussion einbringen. Dies würde zudem verhindern, dass die Deutungshoheit über die Tätigkeit von Sachverständigen den Medien überlassen bleibt.

Yvonne Winter
(Vorstandsmitglied)

Fortbildungstag: Akut- und Notfallpsychotherapeutische Versorgung (PTK Hessen und PTK-Rheinland-Pfalz)

Großschadensereignisse erfordern eine rasche Reaktion zur Versorgung der Betroffenen, Zeugen und Angehörigen. Bereits 2006 wurden von der Psychotherapeutenkammer Hessen verbindliche Fortbildungsstandards für psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall definiert. In 2007 und 2008 wurde die Fortbildung erstmalig durchgeführt. Im Anschluss daran wurde eine Liste derjenigen Mitglieder erstellt, die die Fortbildung absolviert hatten.

Gemeinsam mit der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz führte die Kammer am 13. September 2014 erneut eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

durch. Dabei ging es zum einen um eine Darstellung der Strukturen und Verantwortungsbereiche, zum anderen um konkrete Ansätze in der Versorgung Betroffener.

Der Präsident der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Alfred Kappauf, und die Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen, Dr. Heike Winter, eröffneten gemeinsam die ausgebuchte Veranstaltung im Haus am Dom in Frankfurt. Diese länderübergreifende Zusammenarbeit fand erstmalig statt und wurde von allen Beteiligten sehr begrüßt.

Als erster Redner stellte **Dipl.-Psych. Thomas Weber**, Geschäftsführer des Zent-

rums für Trauma- und Konfliktmanagement (ZTK), Köln, unter dem Titel **„Notwendigkeit einer spezifischen Versorgungsstruktur bei Großereignissen“** die spezifischen Strukturen dar. Psychotherapeutische Akutversorgung umfasse alle Maßnahmen, die Opfer psychisch zu stabilisieren und den weiteren Versorgungsbedarf abzuschätzen. Es habe sich gezeigt, dass in erster Linie Personen mit situationsbedingten psychoreaktiven Störungen bei körperlichen und psychischen Vorerkrankungen versorgt werden müssten. Die Organisationsstrukturen und Befehlshierarchien im Rettungswesen seien dabei zu beachten.



PSNV-Veranstaltung: Dr. Heike Winter und Dr. Thomas Götz

Dr. Thomas Götz, Leiter der Abteilung Psychiatrie des Gesundheitsamtes Frankfurt und Psychiatriekoordinator in Frankfurt, präsentierte anschließend unter dem Titel „**PSNV in der Kommune, Grundlagen, Strukturen und Schnittstellen**“ die neu entstandenen Strukturen der Stadt Frankfurt. Ausgehend von den Vorbereitungen zur Fußballweltmeisterschaft 2006 wurde erstmalig ein Konzept zur psychosozialen Unterstützung erarbeitet. Dies wurde in den folgenden Jahren um den Bereich PSNV erweitert, und es wurde eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Neben den Verantwortlichen im Gesundheitsamt sollen auch Psychotherapeuten mit spezieller Fortbildung sowie die Notfallseelsorger an der Versorgung beteiligt werden. Frankfurt

ist derzeit die einzige bundesdeutsche Großstadt, die ein solches Konzept zur Bewältigung von Großschadensereignissen erarbeitet hat.

PD Dr. Christoph Kröger, Dipl.-Theol., Dipl.-Psych., Leiter der Psychotherapeutischen Hochschul- und Ausbildungsambulanz, TU Braunschweig, Vorstandsbeauftragter der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für den Bereich Psychosoziale Notfallversorgung, führte in seinem Vortrag „**Maßnahmen in der Akutversorgung von Erwachsenen**“ und dem anschließenden Workshop aus, dass die akute Belastungsreaktion eine normale psychische Antwort auf ein unnormales Ereignis sei, für die sich frühestens nach zwei Wochen

bestehender Symptomatik die Frage einer Behandlung stelle. Eine behandlungsbedürftige posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sei keine zwangsläufige Folge eines traumatischen Erlebnisses, auch depressive Episoden nach Verlustereignissen seien von Bedeutung für eine Nachfolgebehandlung. Zur Feststellung von Schutz- und Risikofaktoren habe sich ein symptomorientiertes Screening mit speziellen Kurz-Fragebögen bewährt. Eine klinisch manifeste PTBS lasse sich mit traumafokussierten kognitiv-behavioralen Verfahren sehr wirksam behandeln.

Dipl.-Psych Matthias Heidt, niedergelassen in eigener KJP-Praxis, Leiter des Kriseninterventionsdienstes beim DRK Südliche Weinstraße und Fachberater für die Psychosoziale Notfallversorgung des Katastrophenschutzstabs, zeigte in seinem Vortrag anhand vieler Beispiele aus der Praxis, wie die Arbeit der Notfallpsychotherapeuten konkret aussieht und mit welchen Situationen man konfrontiert sein könne. Im vertiefenden Workshop ging Heidt auf die Spezifika bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein.

Der Fortbildungstag bildete die Auftaktveranstaltung des Fortbildungscurriculum zur „Psychotherapeutischen Versorgung im Notfall“ der Psychotherapeutenkammer Hessen, eine Fortsetzung ist für 2015 geplant.

*Dr. Heike Winter
(Vizepräsidentin)*

Psychotherapie in der Psychiatrie – Veranstaltung in Gießen

Im September führte die Kammer eine gut besuchte Veranstaltung zum Thema „Psychotherapie in der Psychiatrie“ durch.

In ihrer Eröffnung machten Kammerpräsident Alfred Krieger und Vorstandsmitglied Karl-Wilhelm Höffler deutlich, wie wichtig es für die KollegInnen in den psychiatrischen Kliniken ist, sich über die psychotherapeutische Profession zu definieren und ihre Kompetenzen sowohl im Hinblick auf die Behandlung von PatientInnen wie im Hinblick auf die Gestaltung des Settings offensiv einzubringen.

Drei KollegInnen mit Erfahrungen in psychiatrischen Einrichtungen berichteten aus ihrem Arbeitsalltag. Sarah Fanter sprach über „CBASP“ (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), ein modular strukturiertes psychotherapeutisches Konzept zur Behandlung chronischer Depressionen. Sowohl im Einzelsetting wie auch in psychotherapeutischen Gruppen wird die kognitive und emotionale Entwicklung der PatientInnen gefördert. Sie lernen, ihre Wirkung in sozialen Interaktionen besser abzuschätzen und bauen eine Überzeugung von Selbstwirksamkeit auf. Sabine

Wald berichtete über ihre Erfahrungen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) für Kinder, Jugendliche und ihre Angehörigen. Dabei machte sie deutlich, dass die PIAs trotz aller Arbeitsverdichtung ein wichtiges Glied der Versorgungskette darstellen und insbesondere in Krisensituationen Anlaufstelle sind. Damit stellen die PIAs keine Konkurrenz zur vertragsärztlichen Versorgung dar, sondern haben wichtige Anteile daran, dass Krankenhausaufenthalte vermieden werden und stationäre Behandlungszeiten verkürzt werden können. Ralph Wohlfarth, der Vorsitzende des



Veranstaltung: „Psychotherapie in der Psychiatrie“

Angestelltenausschusses der Kammer, stellte das Konzept einer Stations-PsychotherapeutIn vor, das den Aufgabenkatalog der KollegInnen über die Versorgung von PatientInnen hinaus erweitert im Hinblick auf die therapeutische Durchdringung des Handelns aller Berufsgruppen im Team. Dabei soll die Begrifflichkeit einer „Stations-PsychotherapeutIn“ die Augenhöhe mit den StationsärztInnen und die enge Kooperation mit ihnen im Hinblick auf Steuerung von Diagnostik und Therapie verdeutlichen.

Als kammerexterne Referentin konnte die Geschäftsführerin des Klinikums Hanau, Monika Thieß-Kreye, gewonnen werden. Sie sprach über die sektorübergreifende

psychiatrische Versorgung im „Hanauer Modell“. Dort wurde das Budget für ein definiertes Kontingent stationärer Betten dafür genutzt, eine hochkarätige und hochfrequente ambulante, wohnortnahe und sogar die Wohnung aufsuchende Versorgung sicherzustellen. In einem Konzept modularer Interventionen legt das interdisziplinäre Team die jeweils geeignete Maßnahme fest. Dabei können PatientInnen mit bisher stationärer Behandlungsindikation sehr häufig durch intensiv-ambulante Leistungen versorgt werden. Den Kostenträgern konnte nachgewiesen werden, dass eine qualitativ bessere Versorgung zu erzielen war und im Zuge der Enthospitalisierung bezogen auf die einzelnen PatientInnen (nicht im Hinblick auf die laufende

Behandlung, aber doch im Hinblick auf die Behandlungsbioografie) eine Kostensenkung zu erwarten ist. Damit stellt das „Hanauer Modell“ eine Alternative zum Pauschalisierten Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) dar.

Abschließend fasste Karl-Wilhelm Höffler die Botschaft dieses erfolgreichen Fortbildungstages der Kammer noch einmal zusammen: (a) PsychotherapeutInnen verfügen über ein transparentes, wirksames und empirisch geprüftes Interventionswissen. (b) PsychotherapeutInnen werden auch im Hinblick auf die psychotherapeutische Durchdringung der kompletten Behandlung und das Handeln anderer Gesundheitsberufe tätig. (c) PsychotherapeutInnen verfügen über differenzierte Interventionsstrategien, jeweils abgestimmt auf das Setting, auch das Setting der Institutsambulanzen, und abgestimmt auch auf die besondere Situation von Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen. (d) Im Hinblick auf die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung müssen auch andere Modelle als das PEPP-System ins Auge gefasst werden.

Die Beiträge der Veranstaltung stehen auf der Kammer-Website online.

*Karl-Wilhelm Höffler
(Vorstandsmitglied)*

Wege in die Zulassung

Am 05.11.2014 veranstaltete die LPPKJP in Frankfurt eine Veranstaltung für Ausbildungskandidaten und (Neu-)Approbierte mit dem Titel „Wege in die Zulassung“. Informiert wurde über den Weg in eine Zulassung als Vertragspsychotherapeut/in.

Dr. Heike Winter, Vizepräsidentin der Kammer, begrüßte die zahlreichen Gäste. Die hohe Zahl der Erschienenen mache den Bedarf sichtbar. Die weitere Moderation der Abendveranstaltung wurde von Ariadne Sartorius, Vorstandsmitglied der LPPKJP

und dort zuständig für das Ressort Neuprobierete, übernommen.

Tilo Silwedel, als Psychologischer Psychotherapeut Mitglied im Zulassungsausschuss der KV Hessen, erläuterte die gesetzlichen Grundlagen und das Procedere im Zulassungsverfahren. Dr. Ole Ziegler von der Kanzlei Plagemann in Frankfurt konnte mit umfangreichen Informationen wichtige Punkte bei der Vertragsgestaltung einer Praxisübergabe verdeutlichen. Als dritter Referent konnte Herr Sawas Koutsis,

Berater der gastgebenden Deutschen Apotheker- und Ärztebank ein Finanzierungs-konzept der Apobank darlegen.

Die vielen Fragen der interessierten Zuhörer verhalfen dem Abend zu einer angenehmen, informativen Gesprächsatmosphäre. Die Kammer plant, auch in der Zukunft weitere Veranstaltungen dieser Art.

*Ariadne Sartorius
(Vorstandsmitglied)*

Vorveranstaltung zur Ausbildungsreform Im Rahmen der 8. Delegiertenversammlung der LPPKJP Hessen

Die fachöffentliche Vorveranstaltung der Delegiertenversammlung war dem Thema Ausbildungsreform gewidmet. Prof. Dr. Ulrich Müller stellte die aktuelle Initiative der Autoren des Forschungsgutachtens zur „Sofortlösung“ dar, d. h. einer zügigen bundeseinheitlichen Regelung der Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung auf Master-niveau unabhängig von allen weiteren Reformbemühungen. Birgit Pechmann referierte Eckpunkte der reformierten postgradualen Ausbildung (Entwurf nach den Beschlüssen des 16. u. 17. DPT) sowie der sogenannten „dualen Direktausbildung“ (Gleiniger u. a.) – die in einem ersten Abschnitt ein Hochschulstudium der Psychotherapiewissenschaften mit einem 1. Staatsexamen, im zweiten Abschnitt eine vertiefte Verfahrens- und Altersschwerpunkt bezogene Ausbildung vorsieht und einem Abschluss mit einem 2. Staatsexamen und Approbation. Vizepräsidentin Dr. Heike Winter informierte über die Grundzüge der basalen Direktausbildung – d. h. eines Hochschulstudiums mit Approbation und anschließender Weiterbildung.

PiA-Landessprecher Sven Baumbach stellte Mindestanforderungen an eine Ausbildungsreform aus Sicht der AusbildungsteilnehmerInnen dar: Vergütung der Praktischen Tätigkeit, Flexibilität in Fragen von Arbeitszeitmodellen und Unterbrechungsmöglichkeiten der Ausbildung, ein breiter Zugang mit gegenseitiger Anerkennung von Qualifikation/Inhalten und Möglichkeiten des Quereinstieges und die Forderung nach einem Qualifikationsniveau EQR7 am Ende des Studiums (Masterniveau). Unabhängig vom jeweiligen Modell sollte eine Reform positive Aspekte der jetzigen Ausbildung erhalten, keine alternativen neuen

Probleme für die PiA schaffen, z. B. hinsichtlich der Vergütung. Ralph Wohlfarth (Vorsitzender des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen) plädierte für eine Verbesserung des Status der PP und KJP sowie der PiA in Institutionen hinsichtlich Vergütung, Behandlungsstatus und der Übernahmen von Leitungsfunktionen. Die Ausbildung sollte intensiver als bisher auf die institutionelle psychotherapeutische Tätigkeit vorbereiten, z. B. durch Vermittlung von Grundkenntnissen in dort vorrangig angewandten psychotherapeutischen Verfahren, Gruppenpsychotherapie und Zulassung der Durchführung der Praktischen Tätigkeit in Beratungsstellen. Ariadne Sartorius nahm für die KJP-AG Stellung zu den „Anforderungen an eine Reform des PsychThG“ (Länderrat; BPTK-VS): Die KJP-AG hatte in dieser Stellungnahme gefordert, die sog. „Kleine Lösung“ sollte als optionale Reformvariante weiter diskutiert werden. Neue wissenschaftlich anerkannte Verfahren sollten zeitnah in die Versorgung aufgenommen werden können, Tätigkeiten in Einrichtungen der Jugendhilfe sollten in die Ausbildung integriert werden. Letztlich müssten insbesondere die bisherigen (sozial-)pädagogischen Zugänge und Inhalte der Ausbildung weiter ausreichend berücksichtigt werden. Kritisch wurden die Sicherung von ausreichend Ausbildungskapazitäten, die Erteilung einer Approbation unmittelbar nach einem Studium und Fragen des Erhalts eines bundeseinheitlichen Qualitätsstandards innerhalb einiger Reformvarianten in der KJP-AG beurteilt

Die Diskussion kristallisierte sich um folgende Schwerpunkte: Während einige KollegInnen in der Umsetzung der sog. „Sofortlösung“ eine notwendige Vorausset-

zung sahen, das akademische Niveau des Berufsstandes jetzt zu sichern, Tendenzen, den Bachelor-Abschluss als Zugang zur Ausbildung weiter fort- und festzuschreiben entgegen zu wirken, wurde eine solche Initiative von anderen so eingeschätzt, dass sie eine umfassende Reform gefährde und die Chance einer politischen Realisierung außerhalb einer großen Reform eher gering sei. Konsens herrschte hinsichtlich der Notwendigkeit, die rechtliche und finanzielle Situation der PiA grundlegend zu verbessern sowie der notwendigen Repräsentation der Verfahrensvielfalt in Lehre, Aus- bzw. Weiterbildung. Das Modell eines „Studiums mit Approbation und Weiterbildung“ wurde kontrovers diskutiert. Es liegt inzwischen ein weit fortgeschrittener Entwurf eines Strukturmodells für das Studium vor, die anschließende Weiterbildung ermögliche sowohl eine Klärung des rechtlichen Status als auch eine angemessene Vergütung. Offene Fragen und divergierende Einschätzungen ergaben sich in Bezug auf die Erteilung einer Approbation und damit Behandlungserlaubnis mit geringer Selbsterfahrung, der finanziellen Realisierbarkeit, der Sicherung ausreichender Studien- bzw. Weiterbildungskapazitäten sowie der Auswirkungen auf die staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute. In der Diskussion wurden offene Punkte der Modelle deutlich und damit auch der Klärungsbedarf, der auf Bundesebene sowohl innerhalb der Profession als auch mit den zuständigen Ministerien zu leisten ist. Wie im Kammervorstand ließen sich in der Veranstaltung keine eindeutigen Präferenzen für ein Modell erkennen.

*Birgit Pechmann
(Vorstandsmitglied)*

Bericht von der 8. Delegiertenversammlung

Die 8. Delegiertenkonferenz fand am 7./8. November mit einer thematisch weit gespannten Tagesordnung statt. Einen Schwerpunkt bildete die Diskussion um die Ausbildungsreform, die Gegenstand

einer in die Konferenz eingebetteten, fachöffentlichen Veranstaltung war (siehe gesonderten Bericht). Sie diente der Vorbereitung des Deutschen Psychotherapeutentages am 14./15. November, bei der

eine Beschlussfassung zur Ausbildungsreform vorgesehen ist. Im Rahmen der Delegiertenkonferenz wurde von der KJP-AG angehörenden Delegierten ein Resolutionsentwurf vorgelegt, der die Zielsetzung

verfolgte, erneut eine „Sofortlösung“ der Zugangsproblematik zur KJP-Ausbildung vom Gesetzgeber einzufordern. Mit einer Geschäftsordnungsentscheidung wurde die Befassung des Antrages von einer knappen Mehrheit der Delegierten abgelehnt.

Breiten Raum nahm die Teilnovellierung der Berufsordnung ein, mit der die Anpassung an das Patientenrechtegesetz vollzogen wurde. Kernpunkt der Diskussion in zweiter Lesung war die Ausgestaltung der Regelung zum Einsichtsrecht in die Patientenakte. Nicht (mehr) in Frage gestellt wurde, dass sich aus dem Persönlichkeitsrecht der Psychotherapeuten in Ausnahmefällen Beschränkungen der Einsicht ergeben und zum Beispiel zur Schwärzung von Passagen führen können. Stark umstritten war die mehrheitlich beschlossene Regelung, die der Kammer eine Überprüfungsmöglichkeit durch Einblick in die Patientenakte einräumt, ob im Einzelfall die Einsicht zu Recht verweigert wurde. Die Vorsitzende des Ausschusses Beschwerde und Schlichtung erläuterte, dass die Kam-

mer von dieser Möglichkeit nur mit Augenmaß und in unbedingt notwendigen Fällen Gebrauch machen und zuvor alle anderen Erkenntnismöglichkeiten ausschöpfen werde.

Die Aussprache zu dem Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes mündete in eine einstimmig beschlossene Resolution, mit der sich die Delegierten gegen die vorgesehene Verschärfung der Einziehungsmöglichkeit von Kassensitzen im Nachfolgefall wenden. Darüber hinaus wurde verabredet, gemeinsam mit den psychotherapeutischen VertreterInnen in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine umfassende Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf zu erarbeiten, der alle, die Psychotherapie betreffenden, Regelungsgegenstände umfasst.

Neben kleiner Änderungen der Beitragsordnung (Neuregelung für Zeiten der Arbeitslosigkeit und Elternzeit), der Aufwandsentschädigungsordnung und der Haushalts- und Kassenordnung wurden der Haushalt der Kammer für 2015 sowie

ein Nachtragshaushalt für das Haushaltsjahr 2014 beschlossen.

Darüber hinaus wurde zum Weiterbildungsgang Klinische Neuropsychologie erörtert, ob und in welchem Umfang Teile der Psychotherapieausbildung im Rahmen der Weiterbildung angerechnet werden können, sofern sie den spezifischen fachlichen Anforderungen der Weiterbildung entsprechen. Einvernehmen bestand hinsichtlich der grundsätzlichen Möglichkeit, hinsichtlich des Umfangs bestanden unterschiedliche Auffassungen. Der Prüfungsausschuss klinische Neuropsychologie votierte für Höchstgrenzen, die nicht zu eng bemessen sein sollen und besonderen Schwerpunktsetzungen von einzelnen Ausbildungsinstituten Rechnung tragen können. Der Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung konnte keine einheitliche Stellungnahme abgeben. Es gibt dort und in der Delegiertenversammlung Bedenken, die Qualität der grundständigen Ausbildung könnte gefährdet werden.

*Johann Rautschka-Rücker
(Geschäftsführer)*

Danksagung

Gründungspräsident Jürgen Hardt hat seine Tätigkeit im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals beendet.

Er hat sich seit dessen Anfängen dafür eingesetzt, dass die politische, gesellschaftliche und kulturelle Verantwortung von Psy-

chotherapeuten und deren Kammern sichtbar wird.

Wir danken Herrn Hardt für sein nachhaltiges Engagement.

Nachfolger ist Prof. Ulrich Müller, Mitglied des Kammervorstands.

Redaktion

Alfred Krieger, Dr. Heike Winter,
Yvonne Winter, Dr. Wiebke Broicher

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0
Fax: 0611/53168-29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Wahl zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen – Wahlausschreiben nach § 15 der Wahlordnung

Hinweis:

Das folgende Wahlausschreiben ergeht aus redaktionellen Gründen vor Schließung des Wählerverzeichnisses. Es steht unter dem Vorbehalt, dass sich aus den Mitgliedszahlen, die bei Abschluss des Wählerverzeichnisses festgestellt werden, keine Änderung der Anzahl der zu wählenden Mitglieder ergibt. Sollte das der Fall sein, ergeht rechtzeitig ein weiteres Wahlausschreiben.

Im März 2015 wird die Wahl zur Versammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen stattfinden. Hiermit möchte ich Sie mit dem weiteren Ablauf der Wahl vertraut machen.

I.

Das Wählerverzeichnis wird entsprechend der Wahlordnung im Dezember 2014 abgeschlossen. Auf der bislang absehbaren Zahlenbasis stellt sich die Anzahl der zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung wie folgt dar:

Es sind 40 Mitglieder zu wählen

davon gehören

29 Mitglieder zur Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und

11 Mitglieder zur Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP).

II.

Bewerber um einen Sitz in der Kammerversammlung können sich nicht direkt selbst zur Wahl stellen, sondern müssen von wahlberechtigten Kammermitgliedern vorgeschlagen werden.

Diese Wahlvorschläge müssen bis zum

30. Januar 2015

eingereicht werden; Wahlvorschläge, die nach diesem Termin eingehen, können nicht zugelassen werden.

Die Wahlvorschläge sind beim Wahlleiter unter der Anschrift der Kammer einzureichen. Bitte übersenden Sie die Wahlvorschläge möglichst früh, damit möglicherweise aufgetretene Mängel rechtzeitig beseitigt werden können.

Zur Sicherheit empfehle ich, die Unterlagen parallel zum Postweg auch an die Kammer zu faxen.

III.

Um zur Wahl zugelassen zu werden, müssen die Wahlvorschläge folgende Bedingungen erfüllen:

Weil die Gruppe der PP und die der KJP in gesonderten Wahlgängen ihre eigenen Vertreter in die Kammerversammlung wählen, müssen die Wahlvorschläge für jede Berufsgruppe gesondert eingereicht werden. Bewerber einer Berufsgruppe können dabei nur von Wahlberechtigten dieser Berufsgruppe vorgeschlagen werden.

Ein Wahlvorschlag enthält entweder einen Einzelbewerber (Einzelwahlvorschlag) oder eine Liste von Bewerbern (Listenwahlvorschlag). Auf den Listen müssen die zur Wahl stehenden Personen in erkennbarer Reihenfolge verzeichnet sein. Auf jedem Wahlvorschlag müssen

Familienname,
Vorname,
akademischer Grad,
Anschrift,
Berufsgruppe und
Ort der Berufsausübung

der Bewerber enthalten sein.

Ein Listenwahlvorschlag muss – als eine Art Überschrift – eine Kurzbezeichnung enthalten, die nicht länger als fünf Wörter sein darf.

Eine Bewerberin oder ein Bewerber darf nur für die Berufsgruppe kandidieren, in deren Wählerverzeichnis sie oder er eingetragen ist und darf nur in einem Wahlvorschlag benannt werden. Die Bewerberin oder der Bewerber muss schriftlich der Kandidatur zustimmen (Bewerbererklärung); die entsprechende Zustimmungserklärung muss dem Wahlvorschlag im Original beigelegt werden.

Jeder Wahlvorschlag – ob Einzelwahlvorschlag oder Liste – muss von mindestens zehn Wahlberechtigten, den sog. Unterstützern unterschrieben sein. Diese Personen müssen in derselben Berufsgruppe wahlberechtigt sein wie die Bewerber. Die Unterstützer müssen zusätzlich zu ihrer Unterschrift ihren Familiennamen, Vornamen und ihre Anschrift angeben. Unterschrift und Angaben können auf dem Wahlvorschlag selbst (z. B. Rückseite) oder auf einem gesonderten Blatt (unter Hinweis auf den unterstützten Wahlvorschlag) verzeichnet sein und müssen zusammen mit dem Wahlvorschlag eingereicht werden.

Jeder Unterstützer darf nur einen Wahlvorschlag unterzeichnen; hat ein Unterstützer mehrere Wahlvorschläge unterschrieben, so sind alle seine Unterschriften ungültig.

Zu jedem Wahlvorschlag gibt es eine Vertrauensperson, die zur Abgabe von Erklärungen gegenüber Wahlleiter und Wahlausschuss berechtigt ist.

Vertrauensperson für den jeweiligen Wahlvorschlag ist – wenn nicht anders angegeben derjenige, der den Wahlvorschlag an der ersten Stelle unterzeichnet hat; der an zweiter Stelle unterzeichnet hat, ist stellvertretende Vertrauensperson. Es kann aber auch eine andere Vertrauensperson oder Stellvertreter aus dem Kreise der Unterstützer benannt werden.

Wird in einer Berufsgruppe kein (gültiger) Wahlvorschlag eingereicht, findet für diese Berufsgruppe keine Wahl statt.

Über die Zulassung der Wahlvorschläge entscheidet der Wahlausschuss in seiner öffentlichen Sitzung am 02. Februar 2015. Bei dieser Gelegenheit wird auch die Reihenfolge der Wahlvorschläge auf den Stimmzetteln durch das Los bestimmt.

Die entsprechenden Formulare (Bewerbererklärung, Liste der Unterstützer, Wahlvorschlag Liste PP sowie Wahlvorschlag Liste KJP) finden Sie auf unserer Homepage www.pknds.de unter „Wahlen 2015“ oder können in der Geschäftsstelle angefordert werden.

Die folgenden Informationen betreffen den Wahlvorgang selbst. Sie werden hier pflichtgemäß aufgeführt und Ihnen zusammen mit den Wahlunterlagen noch einmal zugesandt.

IV.

Die Wahl erfolgt nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Wahlberechtigt ist jeder Kammerangehörige, der in ein Wählerverzeichnis eingetragen ist und nicht vom Wahlrecht ausgeschlossen ist.

Das Verfahren der Stimmabgabe ist in § 24 der Wahlordnung festgelegt. Diese Vorschrift hat den Wortlaut:

§ 24

- (1) Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt.
- (2) Ist auf dem Stimmzettel mehr als ein Wahlvorschlag aufgeführt, so hat jedes wahlberechtigte Kammermitglied nur eine Stimme. Zur Stimmabgabe kennzeichnet die Wählerin oder der Wähler

auf dem Stimmzettel die Bewerberin oder den Bewerber, dem sie ihre oder dem er seine Stimme geben will, durch ein Kreuz oder in sonst erkennbarer Weise. Die Wählerin oder der Wähler ist nicht an die Reihenfolge, in der die Bewerberinnen und Bewerber innerhalb eines Wahlvorschlages aufgeführt sind, gebunden.

- (3) Ist auf dem Stimmzettel nur ein Wahlvorschlag genannt, so hat jede Wahlberechtigte oder jeder Wahlberechtigte so viele Stimmen, wie Mitglieder der Kammerversammlung aus ihrer bzw. seiner Berufsgruppe zu wählen sind. Zur Stimmabgabe kennzeichnet die Wählerin oder der Wähler die Bewerberinnen oder Bewerber, denen sie ihre oder denen er seine Stimme geben will, durch jeweils ein Kreuz oder in sonst erkennbarer Weise. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.
- (4) Es ist nicht zulässig, weitere Vermerke in den Stimmzettel einzutragen.
- (5) Werden die Namen von mehr Bewerberinnen oder Bewerbern mit Stimmabgabevermerken versehen, als die Wählerin oder der Wähler abzugeben berechtigt ist, so ist die Stimmabgabe ungültig.
- (6) Die Wählerin oder der Wähler legt den entsprechend Abs. 2 bzw. Abs. 3 gekennzeichneten Stimmzettel in den inneren Briefumschlag und verschließt diesen. Der Briefumschlag darf keine Kennzeichen haben, die auf die Person der Wählerin oder des Wählers schließen lassen.
- (7) Die Wählerin oder der Wähler unterschreibt die Erklärung auf dem Wahlausweis unter Angabe des Ortes und des Datums.
- (8) Die Wählerin oder der Wähler legt den verschlossenen inneren Briefumschlag und den unterschriebenen Wahlausweis in den äußeren Briefumschlag, verschließt diesen, versieht ihn auf der Rückseite mit den Absenderangaben und übersendet diesen Brief (Wahlbrief) auf ihre bzw. seine Kosten der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter.

- (9) Der Wahlbrief muss spätestens um 18.00 Uhr des Tages, an dem die Wahlzeit endet, der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter zugegangen sein.

Das bedeutet zusammengefasst:

Mehr als ein Wahlvorschlag auf dem Stimmzettel:

nur ein Kreuz für einen Kandidaten

Ein Wahlvorschlag auf dem Stimmzettel:

soviel Kreuze, wie Mitglieder aus der Berufsgruppe in die Versammlung gewählt werden sollen.

Pro Kandidaten darf es nur ein Kreuz geben.

Keine Bindung an Reihenfolge!

Alles andere führt regelmäßig zur Ungültigkeit der Stimmabgabe.

Nur den Stimmzettel in den inneren Briefumschlag stecken; der innere Briefumschlag muss „anonym“ bleiben – nicht beschriften!

Der unterschriebene Wahlausweis und der innere Umschlag kommen in den äußeren Umschlag.

Absender und Postwertzeichen nur auf den äußeren Umschlag.

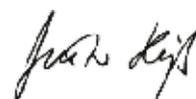
Eingang beim Wahlleiter (Anschrift wie Kammer) bis zum 11. März 2015, 18.00 Uhr.

Zu spät eingehende Wahlbriefe nehmen nicht an der Wahl teil.

Sollten Sie weitere Fragen haben, rufen Sie bitte die Geschäftsstelle der Kammer an, insbesondere wenn es um die Zusendung von Unterlagen oder Formblättern geht.

Mich können Sie über die Geschäftsstelle und unter 030 /18400 2600 und am Wochenende unter 05139/83 37 erreichen.

Mit freundlichen Grüßen



gez. Günter Heiß
(Wahlleiter)

Wichtiges zum Kammerbeitrag 2015

Aktuell laufen in unserer Geschäftsstelle die Vorbereitungen zur Beitragserhebung für das Jahr 2015. Gerne möchten wir deshalb schon jetzt die Gelegenheit nutzen, Ihnen erste wichtige Informationen zum Kammerbeitrag 2015 zu geben.

Antragsfristen nicht versäumen!

Im 1. Quartal 2015 werden Sie einen schriftlichen Bescheid über die Höhe Ihres Kammerbeitrages erhalten, der sich nach Ihrem hier bekannten Mitgliedsstatus richtet. Dann haben Sie noch die Gelegenheit, bei Vorliegen der Voraussetzungen bis spätestens 15. März 2015 einen schriftlichen Antrag auf Beitragsermäßigung zu stellen. Antragsformulare und den Text der Beitragsordnung finden Sie auf unserer Homepage www.pknds.de im Mitgliederbereich unter „Formulare“.

Bitte beachten Sie: Nach Fristablauf eingehende Anträge können nur abgelehnt werden, da die in der Beitragsordnung geregelte Ausschlussfrist zwingend einzuhalten ist.

Hat sich Ihre Tätigkeit seit Ihrer Beitragserhebung 2014 verändert?

Da sich die Beitragserhebung nach der Art Ihrer ausgeübten Tätigkeit richtet, sind wir auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Angaben zur Berufsausübung unterliegen der Meldepflicht. Auch Veränderungen in Art und Umfang Ihrer ausgeübten Tätigkeit sind grundsätzlich innerhalb eines Monats nach

Eintritt der Änderung schriftlich anzuzeigen.

Bitte denken Sie deshalb daran, Veränderungen Ihrer Tätigkeit fristgemäß mitzuteilen, da sie andernfalls nicht bei der Beitragserhebung 2015 berücksichtigt werden können.

Weiterhin gilt: Eine Beitragsermäßigung – auch bei Statusänderungen – kann Ihnen nur nach fristgerechter schriftlicher Antragstellung eingeräumt werden.

Hat sich Ihre Tätigkeit seit Ihrer Beitragserhebung 2014 nicht verändert?

Dann müssen Sie grundsätzlich nichts unternehmen, soweit nicht für die Höhe Ihrer (Nebentätigkeits-)Einkünfte für die Höhe des Kammerbeitrages 2014 relevant war. Folgenden Mitgliedern empfehlen wir deshalb schon jetzt, **bis spätestens 31.01.2015** den schriftlichen Ermäßigungsantrag einschließlich der notwendigen Nachweise vorzulegen, damit ihnen auch im Beitragsjahr 2015 die bereits im Jahr 2014 gewährte Beitragsermäßigung gewährt werden kann. Gehen die erforderlichen Unterlagen nicht rechtzeitig ein, erfolgt die Beitragserhebung nach Aktenlage. Sie haben dann aber noch die Gelegenheit, bis spätestens 15.03.2015 die Beitragsermäßigung zu beantragen und zu belegen.

- Sind Sie mit 50% einer Vollzeitstelle angestellt und erzielen Sie zusätzlich Nebentätigkeitseinkünfte, legen Sie bitte

einen Nachweis über die Höhe Ihrer jährlichen Nebentätigkeitseinkünfte im Jahr 2013 vor, sofern sie die Höhe von € 6.000,- nicht überschreiten.

Als Nachweise können nur der Einkommensteuerbescheid 2013 oder eine Steuerberaterbescheinigung (mit Stempel und Unterschrift Ihres Steuerberaters) akzeptiert werden, soweit sich die Höhe der Nebentätigkeitseinkünfte daraus ergibt.

- Sind Sie in einer Praxis selbständig tätig und lag Ihr steuerpflichtiges Jahreseinkommen (in Niedersachsen) unter € 25.000,- legen Sie bitte den Einkommensteuerbescheid 2013 oder eine Steuerberaterbescheinigung (mit Stempel und Unterschrift Ihres Steuerberaters) vor. Aus dem Nachweis muss sich die Höhe Ihres steuerpflichtigen Einkommens aus selbständiger Berufstätigkeit 2013 ergeben. Sind Sie Doppelmitglied, muss sich aus dem Nachweis die Höhe Ihrer niedersächsischen Einkünfte aus selbständiger Berufstätigkeit ergeben.

Dies gilt allerdings nur, wenn Sie nicht mit einem vollen KV-Sitz vertragspsychotherapeutisch tätig sind.

Falls Sie weitergehende Fragen zur Beitragserhebung 2015 haben, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle.

*Ass. jur. Susanne Passow
Geschäftsführerin*

Letzte Sitzung der dritten Wahlperiode: Die Kammerversammlung tagte am 25.10.2014

Das herbstliche Treffen der Kammerversammlung begann in recht ernster, nachdenklicher Stimmung. Präsidentin Getrud Corman-Bergau bezog sich in ihrer Begrüßungsrede auf die aktuelle weltpolitische Situation, die auch Jahrzehnte nach Ende des zweiten Weltkrieges Menschen und Menschengruppen Opfer von kriegerischen Auseinandersetzungen, Flucht und Vertreibung werden lasse. In der Verant-

wortung der Profession von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten läge es zum einen, die Opfer zu versorgen zum anderen die Mechanismen der Gewalt zu identifizieren, sie zu beforschen sowie die gewonnen Erkenntnisse der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Die Rede im Wortlaut finden Sie auf unserer Homepage www.pknds.de unter Aktuelles – News.

In ihrem Bericht stellten die Mitglieder des Vorstandes die Mitgliederstatistik 2014 vor und machten auf die für die Neuwahlen im Frühjahr 2015 einzuhaltenden Formalien aufmerksam. Anschließend sprachen Frau Corman-Bergau und Herr Dr. Köning über ausgewählte Themen aus dem Zeitraum seit der letzten Kammerversammlung darunter das erfolgreiche Engagement der PKN im Bereich der Kranken-

hausplanung, bei der Anhörung zur Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes und bei Einrichtung einer Zentralstelle für Psychosoziale Notfallversorgung. Thema waren auch wesentliche Aspekte aus dem Referentenentwurf zum Gesundheitsstrukturstärkungsgesetz. Die Entwicklungen im Modellprojekt „Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern und ihren psychisch erkrankten Eltern“ im Landkreis Wolfenbüttel fasste Herr Jörg Hermann zusammen.



*Sitzungsleitung
Gertrud Corman-Bergau
Foto: pkn*

In Vorbereitung auf den bevorstehenden 25. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) wurde ausführlich über die verschiedenen Modelle der Psychotherapieausbildung im Rahmen der Reform des Psychotherapeutengesetzes diskutiert. Die Mitglieder der Kammerversammlung konnten sich mehrheitlich darauf einigen, dass die Qualität der Ausbildung durch die Festlegung des

Masterabschlusses als Zugangsvoraussetzung zu sichern wäre. Aus Sicht der Kammerversammlung besteht angesichts der unklaren Rechtslage, insbesondere beim Ausbildungszugang und bei der Vergütung der Ausbildungsteilnehmer rascher Handlungsbedarf. An die Bundespsychotherapeutenkammer soll deshalb der Wunsch herangetragen werden, diese möge sich auf dem Weg zur Umsetzung einer grundlegenden Reform zunächst um das Zwischenziel der sogenannten „Kleinen Lösung“ bemühen.

Der Ausschuss für Finanz- und Beitragsangelegenheiten stellte den Haushaltsplan für 2015 vor, der dem Vorstand auch die Möglichkeit eröffnet, sich auf die Suche nach größeren Räumlichkeiten für die Geschäftsstelle zu machen. Aufgrund der stabilen Finanzlage befürworten die Ausschussmitglieder einen Umzug der PKN-Geschäftsstelle, die wegen steigender Mitgliederzahlen und zunehmender Aufgaben zu klein geworden ist, um den Mitarbeitern reibungslose Arbeitsabläufe zu ermöglichen. Der Haushaltsplan wurde mit großer Mehrheit verabschiedet.

Auch der Vorschlag zur Änderung der Berufsordnung der PKN stieß auf breite Zustimmung. Der Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik hatte insbesondere als Reaktion auf das Patientenrechtegesetz der Kammerversammlung einen Entwurf zur Änderung der Satzung vorgelegt, der sich an der Musterberufsordnung (MBO) der BPTk orientiert.

Alle Ausschüsse und Kommissionen stellen ihre Arbeit seit der letzten Sitzung im April 2014 vor.

PKN beschäftigt. In mehreren Ausschusssitzungen wurden Argumente für und wider eine Erweiterung der WBO um Zweitverfahren gemeinsam mit Vertretern mehrerer Fachgesellschaften abgewogen und nun in einer ausführlichen Aufstellung der Kammerversammlung vorgestellt.

Schwerpunkt der Arbeit des Ausschusses Qualitätssicherung war die Überarbeitung der Qualitätsmanagement-Handbücher für die psychotherapeutische Praxis. Hier erfolgt eine Zusammenarbeit mehrerer Landespsychotherapeutenkammern in einer länderübergreifenden Arbeitsgruppe.

Der Ausschuss für Nachwuchsförderung setzte sich dafür ein, dass das Thema Praxiswertermittlung/Praxisweitergabe auch auf Bundesebene umfassend aufbereitet, vorgestellt und auf berufspolitischer Ebene unter Beteiligung beider Generationen hinreichend diskutiert wird, bevor über Modellempfehlungen abgestimmt wird. Ein entsprechender Antrag wurde ohne Gegenstimmen angenommen.

Am Ende des Treffens zeigte sich ein Großteil der Mitglieder der Kammerversammlung gerne bereit, ihr Engagement für ihre Kolleginnen und Kollegen in der nächsten Wahlperiode fortzusetzen.

Frau Corman-Bergau dankte allen Vorstands- und Kammerversammlungsmitgliedern für die gute Zusammenarbeit der vergangenen Jahre sowie der PKN-Geschäftsstelle für ihre Leistungen in Service und Beratung.

Die nächste Kammerversammlung findet am 09. Mai 2015 statt.

*Lena Keeb
Wissenschaftliche Referentin*

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12,
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten:
Mo, Di, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Mail-Anschrift: info@pknds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“:
Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de



Blick in die Kammerversammlung. Foto: pkn

Konstituierende Kammerversammlung am 29. August 2014 – Neuer Vorstand der PTK NRW

Die konstituierende Kammerversammlung wählte am 29. August 2014 einen neuen Vorstand. Zum neuen Präsidenten der vierten Kammerversammlung für die Wahlperiode 2014 bis 2019 wurde Gerd Höhner, Psychologischer Psychotherapeut, angestellt in Köln, gewählt.



Gerd Höhner

Damit steht erstmals ein Angestellter an der Spitze des PTK-NRW-Vorstands. Neuer Vizepräsident ist Andreas Pichler, Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in eigener Praxis in Königswinter. Als Beisitzer und Beisitzerinnen wurden wieder bestellt: Barbara Lubisch, Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Aa-

chen; Hermann Schürmann, Psychologischer Psychotherapeut, angestellt in Bad Berleburg; Cornelia Beeking, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, derzeit in Elternzeit, und Bernhard Moors, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Viersen. Zum weiteren neuen Beisitzer wurde Wolfgang Schreck, Psychologischer Psychotherapeut, angestellt in Gelsenkirchen, gewählt.

Die Vorstandscoalition ist mit 57 von 85 Mandaten mit einer breiten Mehrheit in der Kammerversammlung ausgestattet, sodass die Kammer NRW für eine verlässliche Partnerin der Gesundheitspolitik steht.

Folgende Fraktionen sind in der Kammerversammlung vertreten: Kooperative Liste mit 18 Sitzen, Bündnis KJP mit 15 Sitzen, DGVT mit 14 Sitzen, PsychotherapeutInnen NRW mit 13 Sitzen, Analytiker mit 10 Sitzen, Kooperation starke Kammer mit 9 Sitzen und Psychotherapeuten OWL mit 6 Sitzen.

Die Fraktionsvorsitzenden in der neuen Kammerversammlung sind: Matthias Fink (Bündnis KJP), Dr. Wolfgang Groeger (Kooperation starke Kammer), Jürgen Kuhlmann (DGVT), Peter Müller-Eickelmann (PsychotherapeutInnen NRW), Dr. Karl Stricker (Kooperative Liste), Ferdinand von Boxberg (Analytiker) und Andreas Wilser (Psychotherapeuten OWL). Jüngstes Mitglied der Kammerversammlung ist Marijke Huven, ihr ältestes Peter Müller-Eickelmann.

Herr Höhner stellte in seiner Rede zur Kandidatur heraus, dass der neue Vorstand für die Weiterentwicklung der Debattenkultur und für die Stärkung der Partizipation der Kammerversammlung steht. Er habe Vertrauen darin, dass kontroverse Positionen vertreten werden und auch Dissens in der Kammerversammlung ausgehalten werden kann. Einig stehe man hinter dem



v. oben, l. n. r.: Matthias Fink, Dr. Wolfgang Groeger, Jürgen Kuhlmann, Peter Müller-Eickelmann, Dr. Karl Stricker, Ferdinand von Boxberg, Andreas Wilser

Leitbild der Kammer. Der Vorstand charakterisiere sich als Team; es sollen Ressorts gebildet und dem Vorstand eine Geschäftsordnung gegeben werden. Innenpolitisches Ziel sei die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zwischen Kammerversammlung, Vorstand, Ausschüssen und Kommissionen. Zur Reflexion der Arbeit solle ein Koalitionsrat gebildet werden. Kammerintern sei die Arbeit weiter zu professionalisieren, der Mitgliederservice auszubauen und die Mitglieder in berufsrechtlichen Fragen der Berufsausübung zu unterstützen. Der Stellenwert der Psychotherapie in der Gesundheitsversorgung solle weitergehend hervorgehoben werden. Psychotherapie sei nicht nur eine von mehreren Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Störungen. Sie böte den Patientinnen und Patienten ein grundsätzlich anderes Paradigma, über die Störungen von Autonomie und Lebensglück nachzudenken und Lösungen zu entwickeln. Psychotherapie stelle nicht zuletzt auch grundsätzliche Fragen für die individuelle und kollektive Lebensführung. Weitere



Der neue Vorstand der PTK NRW

wichtige Themen seien die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes, die Überprüfung der Beitragsordnung in ihrer Dynamik, Fragen der Zusatzqualifikationen und Weiterbildung sowie der Stellenwert der Patientenorientierung der PTK.

Der neue Vorstand betont, dass er sich in der Kontinuität der Politik der PTK NRW besonders für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungsangebote einsetzen wird. Schwerpunkt werde dabei die sektorenübergreifende Versorgung sein mit dem Ziel, die ambulanten und stationären Versorgungsangebote zu vernetzen und die psychotherapeutischen Behandlungsangebote im stationär-klinischen Bereich zu sichern. Diesbezüglich setze sich der Vorstand für die Erprobung neuer Versorgungsmodelle, für die Initiierung und die Konzeptentwicklung für Arbeitsbereiche außerhalb der Niederlassung, für eine bessere Akutversorgung und Erhaltungs-therapie sowie einen einfachen Zugang von Patientinnen und Patienten zur psychotherapeutischen Versorgung ein. Er stehe für eine angemessene Vergütung der Psychotherapie im ambulanten, stationären und institutionellen Bereich, für den Schutz vor Ökonomisierung, Entindividualisierung und die Verkürzung von Behandlungsmöglichkeiten ein.

Die neue Kammerversammlung sandte klare Aufträge an den neuen Vorstand: Für die Diskussionskultur seien die offene Kommunikation untereinander, gegenseitige Wertschätzung und die Einhaltung des Leitbildes der Kammer sowie Transparenz in der Ausschussarbeit achtenswert wie auch potenzielle Interessenskonflikte in eventuellen Ämterkollisionen kritisch zu hinterfragen. Darüber hinaus habe die Kammer ein sehr gutes Bild nach außen etablieren können, welches der neue Vorstand in der Kontinuität erhalten und weiterhin zu gewährleisten habe. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie solle als



Monika Konitzer

ein Ressort erhalten bleiben; die Themen Aus- und Weiterbildung in ihrer kontroversen Diskussion seien fortzuführen; die bisherige gute Arbeit der Geschäftsstelle zu würdigen. Ferner seien in der psychiatrischen Versorgung tätige Kolleginnen und Kollegen in Kammergremien stärker zu integrieren und es sei für die Verbesserung der Bedingungen in der praktischen Tätigkeit der Ausbildung einzustehen.

Der Alterspräsident Peter Müller-Eikermann nutzte die Gelegenheit für Anregungen. Er betonte, dass die Öffentlichkeitsarbeit der Profession intensiv offensiver betrieben werden müsse, um den Stärken von Psychotherapie und des Berufstandes mehr Gewicht zu geben. Dringend benötigt werde ein Paradigmenwechsel: Psychotherapie sei mehr als die Behandlung von seelischen Erkrankungen. Sie umfasse z. B. auch die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen.

Präsident Gerd Höhner hob nach seiner Wahl hervor, dass die PTK NRW vor einer Zäsur stehe. Seit ihrer Gründung habe Monika Konitzer die Kammervorstände geführt, doch sei sie jetzt aus dem Amt geschieden und als Kammermitglied zu be-



Plenum

grüßen. Herr Höhner würdigte Frau Konitzer für ihren grundlegenden Beitrag, den sie zum Aufbau der Psychotherapeutenkammer NRW und die erfolgreiche Etablierung der Kammer in der Gesundheitspolitik geleistet habe. Dass die PTK NRW heute so gut dastehe, dass man Ansehen und Respekt über das unmittelbare Kompetenzfeld hinaus in den anderen Heilberufskammern, in den Fach- und Therapieverbänden in Landes- und Bundesministerien genieße, sei wesentlich der Arbeit von Frau Konitzer zu verdanken.

Die neue Kammerversammlung wählte ihre Delegierten und Stellvertreter zum Deutschen Psychotherapeutentag. Als den ersten ihrer Ausschüsse richtete sie den Finanzausschuss mit acht Mitgliedern ein und bestimmte ihren Vertreter und Stellvertreter in den Finanzausschuss der Bundespsychotherapeutenkammer.

Zu Beginn des Tages und zugleich zum Ende ihrer Amtszeit als Präsidentin der dritten Kammerversammlung sprach Monika Konitzer einen Nachruf auf Frau Gerhild von Müller, kürzlich verstorbenes und langjähriges Kammerversammlungsmitglied, aus. Sie würdigte ihren berufspolitischen Einsatz, insbesondere ihr starkes Engagement in der Entwicklung der Berufsordnung, und zitierte Frau Gerhild von Müller in bewegenden Worten aus einem erst vor wenigen Monaten veröffentlichten Interview. Die Kammerversammlung gedachte Frau Gerhild von Müller in einer Gedenkminute.

10. Jahreskongress Psychotherapie in Bochum: Manie, Wahn, Schizophrenie – neue Wege

Ein zentraler Themenschwerpunkt des 10. Jahreskongresses Psychotherapie am 18./19.10.2014 in Bochum lautete „Manie, Wahn, Schizophrenie – neue Wege“. Der

zweitägige Kongress, mit in diesem Jahr 347 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, drei einleitenden Plenumsvorträgen und 53 Workshops an zwei Veranstaltungsta-

gen, ist eine gemeinsame Veranstaltung des Hochschulverbundes Psychotherapie NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW. Auch in diesem Jahr war die Veran-

staltung nicht zuletzt durch die professionelle Vorbereitung und Begleitung durch die Organisatoren Sybille Pasdzior und Britta Reinke-Kappenstein und ihrem Team ein voller Erfolg. Prof. Dr. Jürgen Margraf als Leiter des Hochschulverbundes Psychotherapie NRW eröffnete den Kongress mit dem „ganz besonderem Thema“, das in der Psychotherapeutenchaft nicht immer gebührende Aufmerksamkeit bekomme. Er leitete durch ein hochkarätig besetztes Vortragsprogramm. Der neu gewählte Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW, Gerd Höhner, richtete sich mit Grußworten an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung: „Die vielfältigen Kongressbeiträge treten einer tiefverwurzelten Behauptung entgegen, dass nämlich diese Störungen mit psychotherapeutischen Ansätzen gar nicht behandelbar seien und die medikamentöse Therapie das Vorgehen der Wahl sei. [...] Der jüngste Beschluss des G-BA ist insofern ein Meilenstein: Psychotherapie ist ohne Einschränkung zur Behandlung der Schizophrenie indiziert.“ Zukünftig kämen somit große Herausforderungen auf die ambulante Versorgung zu. Man werde sich Gedanken insbesondere über die sektorenübergreifende Versorgung machen müssen. In diesem Zusammenhang skizzierte Gerd Höhner auch den Stand der Diskussion um die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Die Profession sei gefragt und müsse die Chance unbedingt nutzen, konkrete Vorschläge zu machen. Er wies damit auf die besondere Bedeutung des 25. Deutschen Psychotherapeutentages hin und brachte seine Hoffnung zum Ausdruck, dass die dortige Diskussion zu einem richtungsweisenden Ergebnis führe.

Prof. Dr. Tania Lincoln von der Universität Hamburg stellte in ihrem Vortrag „Wo kann eine Therapie von Wahn ansetzen?“ Ergebnisse der klinischen Grundlagenforschung dar. Entgegen dem Zitat von Karl Jaspers, wonach man einen Wahn in seiner Genese nicht ganz verstehen können, zeigte sie auf, dass dem Wahn ähnliche Phänomene auch in der Normalbevölkerung bekannt seien. Wahn könne als eine Ausprägung auf einem Erlebens- und Verhaltenskontinuum eingeordnet werden. In seiner Entstehung spielten eine spezifische Vulnerabilität und Stress eine bedeutende Rolle. Auch Angst

könne als bedeutsame Einflussgröße benannt werden (Lincoln et al., 2009). In der Beschäftigung mit Patientengruppen sei klar geworden, dass die therapeutische Arbeit an der Fähigkeit zur Emotionsregulation Patientinnen und Patienten gegenüber Stress immunisieren könne. So komme es zu einem Rückgang paranoider Symptome. Ähnlich wie der Stress fördere auch ein starker Fokus auf wahrgenommene Selbstdiskrepanzen im Sinne einer Selbstwertbedrohung die paranoide Symptomatik. Studien über einen Zeitraum von z. B. sechs Tagen im Verlauf hätten gezeigt, dass Angst, Selbstwert und Paranoia im Alltag zwar fluktuieren, sich aber ein Zusammenhang von sinkendem Selbstwert, steigender Angst und einer wachsenden Paranoia bis hin zu einer paranoid-wahnhaften Episode zeigen lasse (Thewissen et al., 2011). Ebenfalls relevant sei die Tendenz von Patientinnen und Patienten zu vorschnellen Schlussfolgerungen. Zur Reduzierung von Wahn hätten sich psychotherapeutische Programme bewährt, die sich auf die Förderung der Fähigkeiten der Emotionsregulation und auf Informationsverarbeitung – z. B. das Schlussfolgern – konzentrierten. Ein berühmtes Beispiel sei das Metakognitive Training von Moritz et al. Auch gebe es einen vielversprechenden Ansatz einer emotionsfokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (CBTE) für Menschen mit Psychosen – ein Gemeinschaftsprojekt der Universitäten Hamburg, Marburg und Gießen. Hier gehe es in der Psychotherapie zunächst um eine emotionale Stabilisierung der Patientinnen und Patienten sowie um die Förderung von flexibler Emotionsregulation und die Förderung der Selbstakzeptanz. (Lincoln et al., 2013).

Dr. Thomas Meyer von der Newcastle University sprach zum Thema „Bipolare Störungen – eine Herausforderung für uns Psychotherapeuten?“ Hartnäckige Mythen zu den bipolaren Störungen hätten noch immer einen starken Einfluss auf das Verständnis und die Behandlungsentscheidungen. Nur die Hälfte aller bipolaren Patientinnen und Patienten hätte es tatsächlich mit einem klassischen Wechsel von manischen und depressiven Episoden zu tun. Tatsächlich seien die Phasenverläufe oftmals weniger eindeutig und komplexer. Der Einfluss von situativem Stress werde unterschätzt

und eher ein autonomer Störungsverlauf angenommen. Bei der Psychotherapie der bipolaren Störung zähle nicht nur die Medikation. 20–60% der Betroffenen hätten trotz regelmäßiger Einnahme Rezidive und 30–40% berichteten unter Medikation weiterhin von Symptomen. Die hohe Fehl diagnosenerate von bis zu 69% zeige, dass eine Manie keinesfalls leicht zu erkennen sei (z. B. Lish et al., 1994). Bio-Psycho-Soziale Störungsmodelle der bipolaren Störung seien noch immer unbekannt. Ein etabliertes Modell zur Erklärung der bipolaren Störung sei z. B. das allgemeine, kognitiv-behaviorale Modell von Meyer & Hautzinger (2013). Hier komme der Störung des sozialen und zirkadianen Rhythmus eine zentrale Bedeutung zu. Ebenfalls geeignet sei das Modell der Verhaltensaktivierung (BAS) (Depue & Iacono, 1989; Depue & Zald, 1993). Demnach gehe jeder externe oder interne Anreiz für Verstärkung/Belohnung mit einer Reaktion im Verhaltensaktivierungssystem (BAS) einher. Im Normalfall reguliere sich das BAS wieder, wenn eine Aufgabe erledigt ist. Im Fall der Manie komme es zu einer Dysregulation. Im Integrativen Modell von Alloy et al. (in Druck) stelle eine BAS-Hypersensitivität einen zentralen Vulnerabilitätsaspekt dar. Die psychologischen Erklärungsmodelle lieferten gute Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen. Die aktuelle S3-Leitlinie empfehle Kognitive Verhaltenstherapie, die Familien-Fokussierte Therapie (FFT), die Interpersonelle & soziale Rhythmus Therapie (IPSRT) und psychoedukative Interventionen (PE). Leider gebe es keine Belege für die Effektivität einer Psychotherapie bei der akuten manischen Episode. Zusammenfassend lauteten die Empfehlungen gemäß der S3-Leitlinie, dass eine hinreichend ausführliche und interaktive (Gruppen-)Psychoedukation angeboten werden sollte und KVT, FFT oder IPSRT eingesetzt werden könnten, wenn das Hauptziel die Rezidivprophylaxe sei. In hypomanen oder leicht manischen Episoden sei Psychotherapie „einen Versuch wert“. Patientinnen und Patienten mit bipolaren Depressionen sollte Psychotherapie immer angeboten werden (Pfennig et al., 2012).

Robert Whitaker, amerikanischer Wissenschaftsjournalist, Autor des berühmten Buches „Anatomy of an Epidemic“, stellte in seinem Vortrag die Studienlage zu Thera-

pieffekten bei langfristiger Neuroleptikagabe bei schizophrenen Patientinnen und Patienten dar. Den Durchbruch der Neuroleptika habe eine Studie des National Institute of Mental Health (NIMH) aus den 1960er-Jahren gebracht. Hier wurde gezeigt, dass 75% der so medikamentös behandelten Patienten nach sechs Wochen ein deutlich gebessertes Zustandsbild gegenüber nur 23% in der Placebo-Vergleichsgruppe zeigten. Die Ergebnisse der Einjahreskatamnese hingegen waren überraschend. Die Placebogruppe zeigte deutlich geringere Re-Hospitalisierungsraten. Dieses deutete die Möglichkeit an, dass Neuroleptika zwar kurzfristige Effekte zeigten, aber möglicherweise Patientinnen und Patienten biologisch vulnerabler für psychotische Episoden in der längerfristigen Betrachtung machten. Im Jahr 1969 habe die WHO die Ergebnisse der Behandlung von schizophrenen Patientinnen und Patienten in entwickelten und unterentwickelten Ländern verglichen. Wieder habe es Überraschungen gegeben: Patientinnen und Patienten aus Indien, Nigeria und Kolumbien zeigten einen dramatisch besseren Zustand im Zwei- oder Fünfjahres-Follow-Up als Patientinnen und Patienten in den USA oder anderen Industrienationen. Patienten aus „ärmeren Ländern“ hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, völlig zu genesen. Nur eine kleinere Gruppe (32%) chronifizierte und insgesamt waren 63%

der Patientinnen und Patienten in einem guten Zustand und gut sozial integriert. In den Industrienationen war es nahezu umgekehrt. Nur ein Drittel zeigte gute Ergebnisse der Behandlung, die verbleibenden zwei Drittel der Patientinnen und Patienten chronifizierten. Diese Ergebnisse hätten ihn als Wissenschaftsjournalisten nachdenklich gemacht und bis heute nicht mehr losgelassen. Nach nunmehr 50 Jahren des Einsatzes von Neuroleptika existierten zahlreiche Evidenzen dafür, Leitlinien und pharmakologische Behandlungsstrategien zu überdenken. Langzeitmedizierte Patientenpopulationen hätten eine höhere Wahrscheinlichkeit, zu chronifizieren – erklärbar auch auf der Basis der inzwischen bekannten pathologischen, substanzialen Veränderungen im Gehirn in Folge einer langanhaltenden Neuroleptikaeinnahme. Zudem wiesen die neuroleptischen Medikamente eine Vielzahl von unerwünschten Nebenwirkungen, Risiken und Schädigungen auf. Die Forschungsergebnisse zeigten konsistent, dass die neuroleptische Dauermedikation, die zum Standard geworden sei, mehr schade als nütze. Die Evidenzen legten vielmehr einen selektiven und minimalen Gebrauch der Neuroleptika nahe. Programme, die diesen Ansatz eines „Need-Adapted-Treatments“ und „Home-treatments“ verfolgten, zeigten gute, nachhaltige Ergebnisse, insbesondere über längere Zeit. De facto

Amtliche Bekanntmachung

Auslage Haushaltsplan 2015

Der Haushaltsplan 2015 kann in der Zeit vom 16. bis 28. März 2015 in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW eingesehen werden.

ignoriere die Psychiatrie diese Ergebnisse und tendiere auch mit der neueren Generation der Atypika dazu, den Kreis der Empfänger dieser Medikamente auszuweiten. Sicher sei, dass diese Strategie vielen Patientinnen und Patienten langfristig schade. Aufgrund der evidenten und unumkehrbaren hirnhypophysologischen Veränderungen bzw. Schädigungen bei einer längeren Neuroleptikagabe, gebe es ab einem bestimmten Zeitpunkt keinen Weg zurück mehr. Re-Hospitalisierung, Unselbstständigkeit und soziale Exklusion seien die Folge. Für die große Gruppe von Patientinnen und Patienten, die im „natürlichen Verlauf“ auf ein Abklingen der Symptomatik oder eine völlige Erholung ohne Medikation hoffen dürften, sei eine zu frühe, dauerhafte medikamentöse Einstellung kontraproduktiv und schädlich. Mit großem Beifall wurde der Vortrag von Robert Whitaker vom Plenum aufgenommen und es folgte eine engagierte Diskussion über die von ihm dargestellten Ergebnisse.

Weiterbildungsordnung um den Bereich „Systemische Therapie“ erweitert

Die Kammerversammlung hat am 23.05.2014 die Erweiterung der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW um den Bereich „Systemische Therapie“ beschlossen. Die Änderungen sind

am 06.09.2014 in Kraft getreten. Den Wortlaut der amtlichen Bekanntgabe des Beschlusses können Sie dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals als Einhefter entnehmen. Die entsprechend aktualisierte

Weiterbildungsordnung ist auf der Homepage der Kammer in der Rubrik „Recht“, Unterrubrik „Satzungen und Verwaltungsvorschriften der Psychotherapeutenkammer NRW“ eingestellt.

Berufsordnung geändert

In der Sitzung am 23.05.2014 hat die Kammerversammlung auch die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer geändert. Die Berufsordnung wird dadurch an die durch das Patientenrechtegesetz konkretisierten Regelungen des Zivilrechts und die entsprechenden Bestimmungen der Musterberufsordnung angepasst. Außerdem wird die Beschäftigung ehemaliger Patientinnen und Patienten als unzulässig bewert-

et und es ergibt sich eine Änderung bei Meldepflichten im Zusammenhang mit Ausbildungsteilnehmern. Der Wortlaut des Beschlusses der Kammerversammlung ist diesem Heft als Einhefter beigelegt. Die seit dem 06.09.2014 geltende Fassung der Berufsordnung können Sie auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer NRW einsehen oder herunterladen (Rubrik „Recht“, Unterrubrik „Satzungen und Ver-

waltungsvorschriften der Psychotherapeutenkammer NRW“).

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/52 28 47-0
Fax 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

OPK initiiert 1. Angestelltentag mit starkem Programm – Rund 130 Teilnehmer folgten der Einladung nach Leipzig

Zum 1. Angestelltentag, zu dem die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer am 8. Oktober 2014 nach Leipzig eingeladen hatte, gab es eine sehr große Resonanz. 130 Teilnehmer setzten sich mit den für in Institutionen angestellte Psychotherapeuten spezifischen Themen auseinander. Immerhin: Mehr als ein Drittel der approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der OPK arbeiten in einem Angestelltenverhältnis. Nach einleitenden Worten des Vorsitzenden des Ausschusses für Angelegenheiten der angestellten Psychotherapeuten, Herrn Jürgen Golombek, wurden am Vormittag zwei Fachvorträge angeboten.



Dipl.-Psych. Jürgen Golombek begrüßte die Teilnehmer zum Angestelltentag.

Auswertung der BPTK-Studie zeigt hohe Zufriedenheit

Das erste Hauptreferat zeigte ein realistisches Bild über die beruflichen Rahmenbedingungen, die Tätigkeiten und die psychotherapeutische Versorgungssituation in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Beratungsstellen. Die Daten für die OPK wurden von Herrn Dr. Gregor Peikert ausgewertet und von Herrn Dr. Thomas Guthke vorgelesen, beide Mitglieder des Ausschusses angestellte Psychotherapeuten.

Die BPTK hatte zuvor eine bundesweite Befragung der angestellten Psychothera-

peuten in Auftrag gegeben. Ziel der Befragung war eine Bestandsaufnahme zu den beruflichen Positionen, Tätigkeitsspektren und Funktionen in der Organisation sowie zum Status der Versorgung. Zum Angestelltentag wurden nun die Ergebnisse für den Bereich der OPK-Bundesländer vorgestellt. Mit einer Rücklaufquote von über 40% im OPK-Bereich liegen hier zuverlässige Daten vor. Die Ergebnisse zeigen eine durchaus hohe Zufriedenheit mit der Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Noch stärker als in der Gesamtstichprobe der BPTK-Befragten übt ein bedenklich hoher Teil der angestellten Psychotherapeuten eine Leitungsfunktion aus, ohne dass diese arbeitsvertraglich verankert oder schriftlich vereinbart ist oder gar ohne eine leistungsbezogene Vergütung. Insgesamt bilden sich Einkommensunterschiede zwischen den Beschäftigten im Bereich der OPK und der Gesamtstichprobe aller Befragten. Es zeigt sich auch ein hoher Anteil von Angestellten, bei denen die Approbation keinen Einfluss auf eine höhere Eingruppierung hat.

Wenngleich der Anteil der beruflichen Zufriedenheit bei der Mehrheit überwiegend gut bis sehr gut eingeschätzt wird, ist der Anteil der mit ihrer Tätigkeit zufriedenen Mitarbeiter bei den in den Rehabilitationskliniken Beschäftigten relativ am geringsten ausgeprägt. Eine sehr hohe Zufriedenheit zeigt sich bei den Angestellten in den Beratungsstellen. Die Daten können wir für die berufspolitische Arbeit nutzen, derzeit u. a. in der Erarbeitung für die Empfehlungen zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik. Ziel ist, dass hier Psychologische Psychotherapeuten entsprechend ihrer Ausbildung abgebildet werden. Aus der Untersuchung leitet sich ab, dass Leitungsfunktionen für PP/KJP definiert werden müssen, eine angemessene

Eingruppierung in die Tarifsysteme erfolgen und die Berufsgruppe insgesamt in gesetzliche Regelungen und Organisationsstrukturen in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken eingeführt werden müssen.



Ein Blick in den Workshop „angestellte Psychotherapeuten im Krankenhaus“.

Juristische Stellung der Profession

Das zweite Hauptreferat zielte folgerichtig auf Themen, wie sich juristisch die Stellung unserer Profession in Institutionen einordnen lässt. Herr Dr. iur. Jan Moeck (Kanzlei Dierks & Bohle, Berlin) näherte sich dem Thema mit dem Vortragstitel „Freiberufler im Krankenhaus.“ Das thematische Spektrum spannte sich vom Berufsrecht, Weisungsrecht des Arbeitgebers, dem Rangverhältnis zwischen Stationsärzten und Psychotherapeuten, der Stellung leitender Psychotherapeuten bis zum Tarifrecht. So zum Beispiel dürfen Psychotherapeuten in einem privaten oder öffentlich-rechtlichen Beschäftigungsverhältnis nur Weisungen befolgen, die mit der Berufsordnung vereinbar sind und deren Befolgung sie selbst verantworten können. Auch dürfen sie in Bezug auf fachliche Angelegenheiten ihrer Berufsausübung Weisungen von Vorgesetzten nur dann befolgen, wenn diese über entsprechende psychotherapeutische Qualifikationen verfügen. Dr. Moeck führte aus, dass auch der Angestellte freiberuflich tätig ist. Dies bedeutet, dass er

für die Durchführung seiner psychotherapeutischen Arbeit persönlich verantwortlich bleibt. Die tarifliche Eingruppierung auf Facharztniveau ist nach wie vor nicht umgesetzt und auch tarifrechtlich besteht hier weiterhin Klärungsbedarf.

Diskussionen und Anregungen in den Workshops am Nachmittag

Im zweiten Teil des Angestelltentages wurden in Workshops die jeweils tätigkeitsspezifischen Themen und Probleme diskutiert. Die Atmosphäre in den Workshops war lebendig und offen. Es wurden Workshops zu den Themen Tarif und Eingruppierung,

Psychotherapeuten in Leitungsfunktion, Berufsordnung und Rechtsfragen, Rehabilitationskliniken, Krankenhaus, Beratungsstellen und Forensik angeboten. Neben geschilderten Problemen wurde auch über erfolgreiche Entwicklungen berichtet. Deutlich wurde, dass von den Einzelnen Initiative und Mut zur Auseinandersetzung vor Ort erforderlich ist. Aber auch gemeinsame Initiativen sind angedacht worden. Beispielhaft erwähnt sei der Antrag einer Initiativentwicklung, eine Stellenbezeichnung „Leitender Psychotherapeut“ in Rehabilitationskliniken zu etablieren. Im abschließenden Plenum **würdigte die Präsidentin der OPK**, Frau Andrea Mra-

zek, die Arbeit und das berufspolitische Engagement der Angestellten.

Fazit – weiteres Abstecken berufspolitischer Aufgaben

Fazit des 1. OPK-Angestelltentages: Ein intensiver Austausch der Teilnehmer, aber auch ein Abstecken des noch weiten berufspolitischen Arbeitsfeldes für Angestellte.

*Jürgen Golombek,
Vorsitzender des Ausschusses für
Angelegenheiten der angestellten
Psychotherapeutinnen und
Psychotherapeuten*

„Neue Herausforderungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ – 1. KJP-Symposium lädt im Juni 2015 nach Potsdam ein



Das Inselhotel in Potsdam

Am 12. und 13. Juni 2015 lädt die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer zum 1. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten-Symposium nach Potsdam ein. Damit stellt die Kammer unsere junge Profession in den Mittelpunkt und gibt neben der Möglichkeit der Fortbildung die Chance zu berufspolitischen Betrachtungen und Vernetzungen. Zudem trägt die OPK mit diesem neuen Konzept der Tatsache Rechnung, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den letzten Jahren eine enorme Entwicklung genommen hat, sowohl in der Versorgung als auch in der Erarbeitung neuer Behandlungskonzepte.

Ein vielfältiges und interessantes zweitägiges Programm erwartet die Teilnehmer im Inselhotel.

Fachliche Angebote breit gefächert

In den Workshops des Symposiums wird die Möglichkeit geboten, sich über psychotherapeutische Interventionen bei Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern/Bezugspersonen zu informieren. Dabei liegt der Fokus auf bestimmten Patientengruppen, wie chronisch kranke oder geistig behinderte Kinder sowie Kinder von psychisch kranken Eltern. Abgerundet wird das Angebot durch die Vorstellung von Spielen in der Kindertherapie und die Möglichkeiten einer Vernetzung sozialpädagogischer/psychotherapeutischer/psychiatrischer Hilfen. Zudem präsentiert Frau Heike Hölling vom Robert Koch-Institut Berlin Ergebnisse der KiGGS-Studie unter der Überschrift „Pathologisierung von Kind-

heit? – Kindergesundheit und ausgewählte Ergebnisse der KiGGS-Studie“.

Berufspolitischer Diskurs „Neue Versorgungskonzepte“

Neben dem fachlichen-inhaltlichen Anspruch des Symposiums, die Patienten der verschiedensten Altersgruppen, in den unterschiedlichsten Entwicklungsphasen nach neuesten wissenschaftlichen Standards zu behandeln, gibt es auch einen berufspolitischen Aspekt:

Die derzeit in der Diskussion befindlichen so genannten „neuen Versorgungskonzepte“, sollen effektivere, flexiblere und natürlich möglichst kostengünstige Möglichkeiten der Behandlung bieten. Auch die Psychotherapeutenkammern haben mit dem bekannten differenzierten Versorgungskonzept den Fehdehandschuh aufgenommen. Sollte sich dieser Vorschlag durchsetzen, so würde dass einige neue Möglichkeiten der Behandlung mit sich bringen. Dies ist ein langwieriger Prozess mit ungewissem Ausgang. Wir haben jetzt die Chance, unser Tätigkeitsprofil als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu schärfen und die Besonderheiten, die sich aus der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ergeben, in die Diskussion einzubringen.



Ein Tagungsraum des KJP-Symposiums.

Wir möchten Sie einladen, sich an diesem Diskurs zu beteiligen. Hierfür stellt das Symposium eine gute Möglichkeit dar. Als Berufsgruppe sichtbar zu werden und mit einander zu überlegen, welche differenzierten Konzepte der Versorgung wir für die Behandlung unserer Patienten für zukunftsweisend halten.

Ziel: Interdisziplinäre Vernetzung

Ziel der Veranstaltung ist, herauszufinden, welche Wege der Vernetzung zu komplexeren Hilfs- und Behandlungsangeboten es gibt und wie hier mögliche Veränderungen umgesetzt werden können. Wir

sollten nicht darauf warten, dass andere die anstehenden Veränderungen für uns vorantreiben. Unsere Berufsgruppe ist noch jung und hat jetzt die Chance, ihren Platz in der Versorgung weiter zu festigen. Wir sollten diesen Prozess aktiv mitgestalten.

Die Teilnehmerzahl des Symposiums in Potsdam ist auf 100 Personen beschränkt. Das Programm des 1. OPK-KJP-Symposiums finden Sie auf unserer Homepage unter www.opk-info.de. Ab sofort können Sie sich in der OPK-Geschäftsstelle dafür anmelden.

Für die Teilnahme an der Veranstaltung erhalten Sie zehn Fortbildungspunkte.

Cornelia Plamann, Mitglied des Ausschusses für besondere Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Landespressekonferenz in Sachsen-Anhalt zur psychischen Gesundheit – OPK interpretierte die Zahlen des BARMER GEK-Gesundheitsreports 2014



Dr. Wolfram Rosendahl, Vizepräsident OPK (links im Bild), auf der Landespressekonferenz in Sachsen-Anhalt.

Die BARMER GEK in Sachsen-Anhalt präsentierte am 29. Oktober ihren Gesundheitsreport 2014 und lud zur Landespressekonferenz. Das große Thema des Reportes lautete in diesem Jahr „Psychische Gesundheit im Erwerbsleben“. Die OPK, vertreten durch den Vizepräsidenten der Kammer, Herrn Dr. Wolfram Rosendahl, in-

terpretierte die Zahlen des Reports und schilderte die psychotherapeutische Versorgungslage im Bundesland.

Laut des BARMER GEK Gesundheitsreports sind im vergangenen Jahr bei 26,7 Prozent der bei ihr versicherten Erwerbstätigen seelische Erkrankungen diagnosti-

ziert worden. Der Durchschnitt für ganz Deutschland liegt bei 29,7 Prozent.

Dr. Wolfram Rosendahl wies zugleich auf eine mangelhafte medizinische Versorgung der psychisch Kranken hin. In Sachsen-Anhalt müssten Patienten im Schnitt 16 Wochen auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten warten. In den langen Wartezeiten sieht Dr. Rosendahl auch einen Grund dafür, dass psychische Erkrankungen mit durchschnittlich 45 Fehltagen zu den am längsten dauernden Arbeitsunfähigkeitsfällen zählen. „Man kann sagen, je schneller Menschen in Behandlung kommen, desto kürzer und effektiver würde diese sein“, so Dr. Rosendahl.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
Homepage: www.opk-info.de
E-Mail: info@opk-info.de

Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen

Fachtagung und Herbstfest der LPK standen unter dem Motto der interkulturellen Öffnung der Psychotherapie

Mit großer politischer und medialer Beachtung fand am 27.09.2014 die LPK-Fachtagung „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen“ an der Universität in Mainz statt. Kooperationspartner war das rheinland-pfälzische Ministerium für Integration, Familie, Kinder und Frauen. Die zuständige Integrationsministerin Irene Alt hatte die Schirmherrschaft der Veranstaltung übernommen. Fast 150 interessierte Zuhörer diskutierten in der Alten Mensa der Universität Mainz darüber, dass Sprachbarrieren und verschiedene kulturelle Hintergründe von Psychotherapeuten und Klienten in der Therapiesituation überwunden werden müssen. Hierzu bedarf es der sprachlichen Verständigung und besonderer interkultureller Kompetenz. Insbesondere brauchen die Helfer aber auch Mut, sich diesen oft traumatisierten Menschen zu öffnen. Der Präsident der Kammer, Alfred Kappauf, stellte die politische Leistung der Landesregierung heraus, die Flüchtlingsfrage von einer ordnungspolitischen Sichtweise hin zu einer sozialpolitischen Sichtweise vollzogen zu haben. Dr. Mike Mösko vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gab einen Überblick über den aktuellen Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Frau Diplom-Psychologin Mahrokh Charlier berichtete über psychische Konflikte Jugendlicher zwischen zwei Kulturen. Brauchen wir Spezialstationen für Migranten? Mit dieser Frage setzte sich Dr. Ibrahim Özkan, Leitender Psychologe



Ministerin Irene Alt – die Schirmherrin der LPK-Fachtagung

des Asklepios Fachklinikums Göttingen aus- Prof. Dr. Cinur Ghaderi von der Evangeli-
einander. Und last but not least redete Frau schen Fachhochschule Bochum über die



Unsere Ehrengäste: M. Vicente, Landesbeauftragter für Migration, Dr. Dr. R. Schmidt, Mitglied des Landtags, Prof. Dr. K. Weiss, Abteilungsleiterin Ministerium



Thematik des Dolmetschens in der Psychotherapie.

Ministerin Irene Alt, der Beauftragte der Landesregierung für Migration und Integration, Miguel Vicente, die Abteilungsleiterin der Abteilung „Integration und Migration“ des Ministeriums Frau Prof. Dr. Karin Weiss und der Landtagsabgeordnete Dr. Dr. Rahim Schmidt nahmen aktiv an der Veranstaltung teil, sie diskutierten mit den vielen anwesenden LPK-Mitgliedern und stellten die Bedeutung der Psychotherapie für die Gesundheit von Migranten und Flüchtlingen dar. Unter den Teilnehmern waren auch Mediziner und Psychologen aus Syrien und Afghanistan, die zurzeit in einer Flüchtlingsaufnahmestation leben. Die Presseresonanz zur Fachtagung war überraschend groß, sowohl regionale als

auch überregionale Zeitungen und Online-Portale haben im Vorfeld über die Fachtagung und in diesem Kontext auch über die Gesamtproblematik berichtet: Die WELT, die Rheinpfalz, Trierischer Volksfreund, Rhein-Zeitung, T-Online, Pharmazeutische Zeitung, Krankenkassen.de und Ärztezeitung Rheinland-Pfalz.

Während der Veranstaltung wurden die Teilnehmer mit marokkanischem Minztee und deutschem Filterkaffee versorgt. Beim anschließenden Herbstfest gab es leckeres orientalisches Essen und guten rheinhessischen Wein – die LPK feierte ein interkulturelles Herbstfest.

Das rheinland-pfälzische Heilberufsgesetz wird novelliert

LPK-Präsident spricht bei Anhörung im Sozialpolitischen Ausschuss des Landtags – die LPK passt ihre Satzungen und Ordnungen an

Das neue rheinland-pfälzische Heilberufsgesetz HeilBG soll am 01.01.2015 in Kraft treten. Am 25.06.2014 hat die erste Lesung im Landtag stattgefunden. Am 18.09.2014 fand im Sozialpolitischen Ausschuss des Landtags eine erste Anhörung zum Heilberufsgesetz statt. Der Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Alfred Kappauf, ist vom rheinland-pfälzischen Landtag aufgefordert worden, zum Heilberufsgesetz mündlich und schriftlich Stellung zu nehmen. In diesem Jahr 2014 ist die Landespsychotherapeutenkammer bereits zum zweiten Mal vom Landtag um eine Stellungnahme in einer wichtigen und grundsätzlichen gesundheitspolitischen Frage gebeten worden. Das Wort der Landespsychotherapeutenkammer bekommt in der rheinland-pfälzischen Gesundheitspolitik ein zunehmend größeres Gewicht. In der Stellungnahme befürwortet die LPK prinzipiell die Novellierung des rheinland-pfälzischen Heilberufsgesetzes.

Das neue Gesetz bringt Änderungen für die Kammer und für die LPK-Mitglieder. Insgesamt elf Satzungen und Ordnungen der LPK müssen angepasst werden. Einige der wichtigsten Änderungen im Überblick:

Mitgliedschaft zur Kammer

Das neue HeilBG stellt eindeutig klar, wer Kammermitglied ist und was unter der Ausübung des Berufs zu verstehen ist. Es wird festgeschrieben, dass alle Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die in Rheinland-Pfalz ihren Beruf ausüben, der Kammer angehören. Dies war bislang nicht eindeutig geregelt. Außerdem ist nun per Gesetz festgelegt, dass die Ausübung des Berufs jede Tätigkeit umfasst, bei der **berufsgruppenspezifische Fachkenntnisse angewendet oder verwendet werden**. Dies ist eine wichtige Klärstellung.

Kammermitgliedschaft von PiA

Auf Antrag können nunmehr PiA und KJPIA Mitgliederstatus erlangen.

Kammermitgliedschaft muss innerhalb von zwei Wochen angezeigt werden

Psychotherapeuten haben die gesetzliche Pflicht, die Aufnahme, Beendigung und Verlegung ihrer beruflichen Tätigkeit spätestens nach zwei Wochen mitzuteilen – bisher lag die Meldefrist bei einem Monat.

Ausgabe von Heilberufsausweisen

Die Kammer wird verpflichtet, Heilberufsausweise auszugeben.



Aus Soll wird Muss – Rüge bei Berufspflichtverstoß

Der Vorstand der Kammer muss schriftlich rügen, wenn ein Verstoß gegen eine Berufspflicht deutlich geworden ist. Bisher war dies eine Soll-Regelung.

Berufshaftpflichtversicherung

Das Gesetz legt fest, dass sich Kammermitglieder gegen die aus der Ausübung ihres Berufs ergebenden Haftpflichtansprüche nach Art und Umfang dem Risiko angemessen versichern müssen. Neu vorgesehen ist, dass die Heilberufskammern die zuständigen Stellen zur Entgegennahme der Meldung von Versicherern über das Nichtbestehen oder die Beendigung des Versicherungsverhältnisses sind. Dies bedeutet, dass alle Mitglieder, außer denjenigen, die im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses gegen Haftpflichtansprüche abgesichert sind, der Kammer bestätigen müssen, dass sie eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Änderungen des Versicherungsverhältnisses müssen angezeigt werden.

Aufbewahrung von Patientenunterlagen

Nach Beendigung einer Tätigkeit in eigener Praxis sind die Berufsangehörigen verpflichtet, die Patientenunterlagen gemäß den Regeln der Schweigepflicht und des Datenschutzes aufzubewahren. Zugang haben dürfen nur Berechtigte.

Aufbau eines Weiterbildungsregisters bei der Kammer

Die Kammern werden verpflichtet, ein Weiterbildungsregister zu führen. Die Mitglieder werden verpflichtet, sich entsprechend bei der Kammer zu melden, wenn sie eine Weiterbildung beginnen, unterbrechen oder wieder aufnehmen.

Überprüfung der Sprachkompetenzen

Das neue HeilBG schreibt fest, dass Kammern für die Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Sprachkompetenz im Rahmen der Anerkennung ausländischer Bildungsnachweise zuständig sind.

Vertreterversammlung der LPK beschließt Resolution zur Reform der Psychotherapeutenausbildung



LPK-VV verabschiedet einstimmig Resolution zur Reform der Ausbildung

Die Vertreterversammlung der Kammer am 11. Oktober 2014 stand ganz im Zeichen zweier großer Themenbereiche. Zum einen wurde das Kammergremium vom zuständigen Referatsleiter des rheinland-pfälzischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Dr. Jürgen Faltn, über die Auswirkungen des neuen rheinland-pfälzischen Heilberufsgesetzes auf die Kammermitglieder und die Arbeit der Kammer informiert.

Darüber hinaus verabschiedete die Vertreterversammlung einstimmig eine Resolution zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Außerdem wurde der Haushalts-

plan 2015 verabschiedet und der Regelbeitrag für 2015 festgelegt.

Aufgrund einer soliden Haushaltsführung bleibt der Regelbeitrag für 2015 unverändert.

Resolution der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz am 11. Oktober 2014

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz fordert die Politik auf, umgehend Schritte für eine umfassende Reform der Psychotherapeutenausbildung einzuleiten, die die zukünftige Sicherung, Verbesserung und Differenzierung der psychotherapeutischen Versorgung der Patientinnen und Patienten und die Prävention von psychischen Erkrankungen zum Ziel hat.

Die Vertreterversammlung setzt sich für folgendes Reformmodell ein:

- Psychotherapiestudium auf Master-Niveau mit Staatsexamen als Abschluss und Erwerb der Approbation.

- Eine anschließende mindestens dreibis fünfjährige Weiterbildung unter tarifrechtlich abgesicherten Bedingungen auf der Grundlage eines Staatsexamens zur Qualifikationserweiterung und Vertiefung analog des Facharztstatus. Die Weiterbildung beinhaltet eine Spezialisierung für die psychotherapeutische Tätigkeit mit unterschiedlichen Altersgruppen.

Über diese Reformschritte werden die Ausbildungsstrukturen denen der anderen Heilberufe angeglichen. Mit dem Studium und der anschließenden Weiterbildung in Verantwortung der Profession ist am ehesten gewährleistet, dass wissenschaftliche Entwicklungen und Versorgungsrelevante gesellschaftliche Veränderungen sehr zeitnah in die Aus- und Weiterbildung aufgenommen werden können. Mit einer Ausbildungsreform, die lediglich die Zugangsvoraussetzungen an den Bologna-Prozess anpassen würde (sog. „Kleine Lösung“), sind die oben genannten Reformziele nicht zu erreichen. Die Vertreterversammlung der LPK Rheinland-Pfalz lehnt diese Option ab.

Psychisch krank und mittendrin – Leben mit Schizophrenie

Aktionstag der Seelischen Gesundheit in Ingelheim

Zum Tag der Seelischen Gesundheit veranstalten die Stadt Mainz und der Landkreis Mainz-Bingen in jedem Jahr einen Aktionstag. In diesem Jahr stand am 15. Oktober in Ingelheim die Thematik „Leben mit Schizophrenie“ im Mittelpunkt des Fachtages. Die LPK war Kooperationspartner der Veranstaltung und präsentierte sich den vielen Besuchern mit einem Informationsstand. Der Präsident der Kammer, Alfred Kappauf, hielt

einen viel beachteten Vortrag zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Schizophrenie.

Obwohl die wissenschaftliche Forschung seit Langem weiß, dass Psychotherapie bei Schizophrenie hoch wirksam ist, wurde erst vor wenigen Wochen die Psychotherapie-Richtlinie entsprechend angepasst. Damit können psychotische Störungen **von jetzt an ambulant in allen Phasen der Erkrankung** behandelt werden.

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Gisela Borgmann-Schäfer, Alfred Kappauf, Petra Regelin und Stefanie Rosenbaum.

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de, www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Änderungen im saarländischen Krankenhausgesetz – ein Meilenstein für den Berufsstand?

Die Landesregierung hat die PKS im Juli 2014 um schriftliche Anhörung zu einem Änderungsentwurf des Saarländischen Krankenhausgesetzes (SKHG) gebeten. Das ist zunächst einmal nichts Ungewöhnliches für die Psychotherapeutenkammer, da wir als berufsständische Selbstverwaltung wie alle anderen Heilberufekammern über gesetzliche Anhörungsrechte zu relevanten gesundheits-, sozial- und familienpolitischen Angelegenheiten sowie weiteren unsere Profession betreffenden Fragestellungen verfügen. Das Besondere ist eher, dass sich offenbar die Früchte unserer langen Berufspolitik nun auch in der Krankenhausgesetzgebung bemerkbar machen. So sollen die Kompetenzen unserer Profession in der stationären Versorgung psychisch Kranker nun explizit im Krankenhausgesetz verortet werden. In ihrem Gesetzes-Entwurf schlägt die Landesregierung u. a. vor, dass auch Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) Leitungsfunktion übernehmen können.

Zur Passage im Gesetzestext

Für den § 22 „Aufgaben und Grundsätze der Krankenhausplanung“ schlägt die Landesregierung für Abs. 5 folgende Formulierungen vor: „Leistungen eines Krankenhauses mit Ausnahme belegärztlicher Tätigkeit sind in Organisationseinheiten zu erbringen, die von mindestens einer hauptamtlich tätigen Fachärztin bzw. einem Facharzt in Leitungsfunktion geführt werden. Organisationseinheiten der Psychiatrie und Psychotherapie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie können auch von einer hauptamtlich tätigen Psychologische

Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise einer hauptamtlich tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleitet werden.“ (Seite 8, Entwurfstext der Landesregierung)

Im Begründungstext zur Gesetzesformulierung heißt es dazu: „Die Anforderungen, wonach die Leistungen eines Krankenhauses in Organisationseinheiten zu erbringen sind, die von mindestens einer hauptamtlich tätigen Fachärztin/Facharzt in Leitungsfunktion geführt werden, dient der Qualitätssicherung der Leistungserbringung und soll die Zersplitterung der Krankenhausangebotsstruktur verhindern. Für Organisationseinheiten der Psychiatrie und Psychotherapie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist dies auf hauptamtlich Psychologische Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erweitern. In Anlehnung an § 72 Abs. 1 SGB V sind die drei Heilkundeprofessionen zu erwähnen.“ (Seite 24, Entwurfstext der Landesregierung).

Stellungnahme der PKS

In ihrer Stellungnahme unterstützt die PKS nachhaltig den Entwurf des Ministeriums, da er die mit der Schaffung der akademischen Heilberufe der PP und der KJP entstandene Versorgungsrealität in den stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vorbildlich berücksichtigt und die umfassende Nutzung der Kompetenzen unserer Berufsgruppe ermöglicht. Damit nimmt das Saarland mit Bremen eine Vor-

reiterrolle bei der Umsetzung des PsychThG in die Landesgesetzgebung ein. So wird der Wille des Gesetzgebers umgesetzt, nach dem Schritt der Änderungen durch das Psychotherapeutengesetz sowie der Heilberufegesetze der Länder konsequent die Berücksichtigung unserer Kammermitglieder in den vielfältigen gesetzlichen Bestimmungen voran zu treiben.

Widerstand der Ärzteschaft

Der PKS ist in Gesprächen mit Politikern sowie saarländischen Ärztevertretern bekannt geworden, dass ärztliche Berufsverbände große Widerstände gegen den saarländischen Gesetzesentwurf ins Feld führen. So sind neben der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sogar die Bundesärztekammer mit dem Ministerium und weiteren Landespolitikern in Kontakt getreten und äußern, dass es aus ärztlicher Sicht sowohl im Hinblick auf die Einhaltung des Sozialrechts und des Berufsrechts als auch die Qualität der Versorgung in den Krankenhäusern Bedenken gebe. Die PKS hatte im Vorfeld der Abgabe ihrer Stellungnahme vergeblich versucht, mit saarländischen Ärztevertretern ins Gespräch zu kommen und solche Bedenken auszuräumen. Das ist uns offenbar nicht gelungen, so dass wir in unserer Stellungnahme u. a. auch darauf eingegangen sind.

Auszüge aus unserer Stellungnahme

Die PKS schreibt in ihrer Stellungnahme, dass sie nicht nachvollziehen kann, weshalb die Ärztevertreter in der Leitungsfunktion der genannten Organisationseinheiten durch PP beziehungsweise KJP eine Unvereinbarkeit mit dem Sozialrecht sowie

dem Berufsrecht der Ärzte und sogar eine Bedrohung der Qualität in der Versorgung psychisch kranker Patienten sehen. Zur Begründung stellen wir v. a. unsere Kompetenzen dar und gehen auf die verschiedenen Rechtsbereiche ein.

Begründung

PP und KJP erfüllen als Angehörige akademischer Heilberufe durch ihre Ausbildung alle Anforderungen zur Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung psychischer Störungen nach wissenschaftlich anerkannten Methoden. Sie sind berufs- und sozialrechtlich zur selbständigen und eigenverantwortlichen Behandlung befugt. Sie gewährleisten damit auch den für die Krankenbehandlung zivilrechtlich aus dem Behandlungsvertrag des Patienten mit dem Krankenhaus geschuldeten sog. „Facharztstandard“ im Gebiet ihrer Behandlungsbefugnis. Insofern ist es folgerichtig, ihnen als hauptamtlich tätige „Fachpsychotherapeuten“ (äquivalent zu Fachärzten) auch Leitungsfunktion in Organisationseinheiten zu übertragen, die ihr Fachgebiet betreffen.

Übereinstimmung mit dem Sozialrecht

Der seitens der Ärztevertreter aus dem Sozialrecht angeführte § 107 Abs. 1 Satz 2 SGB V, nach dem Krankenhäuser fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen sollen, steht der Leitung von Organisationseinheiten eines Krankenhauses durch PP und KJP aus Sicht der PKS schon deshalb nicht entgegen, weil er sich auf die Leitung des gesamten Krankenhauses bezieht. Die Frage der Leitung ist auch nach dem Fünften Sozialgesetzbuch inhaltlich-fachlich zu beurteilen und das SGB V unterscheidet grundsätzlich nicht zwischen den Berufsgruppen, die im Rahmen der GKV Patienten versorgen. Vielmehr gelten die Vorschriften einheitlich: *„Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.“* (§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Beachtung des Berufsrechts

Psychotherapeuten ist es untersagt, fachliche Weisungen von nicht entsprechend Qualifizierten entgegenzunehmen, auch

keine Weisungen von fachfremden Ärzten, die sich inhaltlich auf die Behandlung beziehen. Umgekehrt erfolgt auch keine Weisungserteilung seitens der Psychotherapeuten an fachfremde Ärzte: *„Fachliche Weisungen dürfen sie nur von Personen entgegennehmen, die über die entsprechende fachliche Qualifikation verfügen.“* (§ 3 Abs. 5 – Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes)

Das Berufsrecht der Ärzte sieht folgende Regelung vor: *„Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.“* (§ 2 Abs. 4 – Berufsordnung der Ärztekammer des Saarlandes)

Die Formulierung *„dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“* entspricht aus Sicht der Psychotherapeutenkammer nicht mehr der Entscheidung des Gesetzgebers, der weitere Heilberufe in die Krankenbehandlung für den Bereich der Psychotherapie einbezogen hat. PP und KJP sind zur selbständigen Heilkunde befähigt und befugt und können folgerichtig wie andere ärztliche Fachgruppen innerhalb der Organisation eines Krankenhauses auch in eine Leitungsfunktion eingebunden werden.

Sicherstellung der hohen Versorgungsqualität psychisch Kranker

PP und KJP tragen zur guten Versorgungsqualität psychisch Kranker in hohem Maße bei. Eine Regelung, wie im Gesetzesentwurf angedacht, wird sowohl der Qualifikation unserer Kammerangehörigen als auch der personellen und der Versorgungssituation in den Kliniken gerecht, in denen unsere Berufsangehörigen seit Jahren zahlenmäßig gleich mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen vertreten sind.

Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlung ist besonderes Qualitätskennzeichen der Behandlung psychisch Kranker und wurde bereits in der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV, 1990) zur Auflösung der Missstände in der Versorgung in den 1980er-Jahren des letzten Jahrhunderts gesetzlich bindend formuliert. Die geplante Umstellung der Finanzierung und Einführung der Pauschalierenden Entgelte für Psychiat-

rie und Psychosomatik (PEPP) erweitert folgerichtig den Kreis der Heilberufe um PP und KJP und weist ihnen innerhalb der multiprofessionellen Behandlung die sozialrechtlich verankerten Kompetenzen und Verantwortungen auf gleicher Augenhöhe mit dem ärztlichen Heilberuf zu. Für die Bereitstellung aller Fachkompetenzen in der Behandlung seiner Patienten ist das Krankenhaus zuständig. Dies gilt sowohl für die Multiprofessionalität für das Behandlungsteam in der Psychiatrie als auch die fächerübergreifende Behandlung in weiteren medizinischen Fachgebieten. Dabei hat jeder Heilberuf die Behandlungsbefugnisse seines Fachgebietes zu beachten und die jeweiligen Kompetenzen anderer Fachgebiete hinzu zu ziehen, soweit es die Behandlung des jeweiligen Patienten im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen gem. § 1 des Krankenhausgesetzes erfordert.

Fazit und Ausblick

Die Leitung von Organisationseinheiten in denen psychisch Kranke behandelt werden durch PP oder KJP, stellt keinen Verstoß gegen geltendes Sozialrecht dar. Das Berufsrecht der Psychotherapeuten ist gesetzeskonform. Der Entwurf des Krankenhausgesetzes sichert weiterhin die hohe Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in saarländischen Krankenhäusern.

Die BPTK unterstützt die Aktivitäten der PKS und hat sich in den „hochrangigen“ Widerstand der Ärzteschaft als unsere oberste Berufsstandsvertretung eingeschaltet. Wir werden unserer guten und meines Erachtens stichhaltigen Argumente in das weitere Gesetzgebungsverfahren einbringen. Gegenwärtig werden zur Erarbeitung des „Referentenentwurfs“ alle eingegangenen Stellungnahmen gesichtet. Der Referentenentwurf wird dann nach einer ersten Lesung im saarländischen Landtag in die Anhörung des Gesundheitsausschusses gehen. Spätestens dann wissen wir ob unsere Argumente die Politiker überzeugt haben oder am Ende „Standesdünkel“ eine überfällige Gesetzgebung behindert. Im letzten Fall wäre ein berufspolitischer Meilenstein für lange Zeit verpasst.

Bernhard Morsch
Präsident PKS

Formen der beruflichen Zusammenarbeit von Psychotherapeut/Innen

Außerhalb von Institutionen kommen verschiedene Formen in Betracht, in denen Psychotherapeut/Innen beruflich zusammenarbeiten können:

1. Anstellungsverhältnis (Arbeitsverhältnis)

Die Inhaberin einer Praxis kann einen anderen Psychotherapeuten „abhängig beschäftigen“, indem von beiden ein Arbeitsvertrag geschlossen wird. Die Praxisinhaberin zahlt „ihrem“ Angestellten ein Gehalt und führt Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ab. Im Arbeitsvertrag sollte geregelt werden, wer die Beiträge für Kammer und Berufshaftpflichtversicherung trägt; außerdem ist zu empfehlen, die im Nachweisgesetz genannten verpflichtenden Angaben im Vertrag aufzuführen. Vertragspartner des Behandlungsvertrags mit dem (Privat-)Patienten ist allein die Praxisinhaberin, selbst wenn die Therapie einschließlich der Aufklärung ausschließlich durch den Angestellten erfolgt.

2. Freie Mitarbeit

Bis zur Änderung des Sozialversicherungsrechts ab dem Jahr 1998 war unter Freiberuflern eine Beschäftigung als „freier Mitarbeiter“ häufig: Ein „freier Mitarbeiter“ wird aufgrund eines Dienstvertrags oder eines Werkvertrags für die Praxisinhaberin selbstständig tätig. Das geltende Sozialversicherungsrecht unterscheidet zwischen Beschäftigung (definiert als nichtselbständiger Arbeit) einerseits und selbständiger Tätigkeit andererseits (vgl. §§ 7 ff. SGB IV). Die Abgrenzung zwischen Beschäftigung und selbständiger („freier“) Tätigkeit kann sich im Einzelfall als schwierig erweisen; das Gesetz sieht ein spezielles Antragsverfahren vor, um eine – die Sozialversicherungsträger bindende – Entscheidung herbeizuführen. In aller Regel trägt der „freie“ Mitarbeiter nicht nur anfallende Sozialversicherungsbeiträge, sondern auch die Beiträge für Kammer und Berufshaftpflichtversicherung.

3. Gesellschaft bürgerlichen Rechts („Gemeinschaftspraxis“, „Berufsausübungsgemeinschaft“)

Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (auch als „BGB-Gesellschaft“ oder „Sozietät“ und unter Ärzten bzw. Psychotherapeuten häufig als „Gemeinschaftspraxis“ und in § 101 SGB V bzw. § 33 Abs. 2 Ärzte-Zulassungsverordnung als „Berufsausübungsgemeinschaft“ bezeichnet) ist die traditionelle, in den §§ 705 – 740 BGB geregelte Form der Zusammenarbeit (nicht nur) von Freiberuflern. Zwei oder mehr Gesellschafter betreiben eine Praxis und wirtschaften gemeinsam: Die Einnahmen werden auf einem Konto verbucht, die Ausgaben werden von diesem Konto beglichen, der Gewinn wird an die Gesellschafter nach einem im Gesellschaftsvertrag oder in § 722 BGB bestimmten Verteilungsschlüssel verteilt. Seit Anerkennung der Rechtsfähigkeit der Gesellschaft bürgerlichen Rechts durch die Rechtsprechung wird die Gesellschaft Vertragspartnerin des Behandlungsvertrags mit dem (Privat-)Patienten. Da alle Gesellschafter für Verbindlichkeiten der Gesellschaft (zum Beispiel für die Miete der Praxisräume oder die Ansprüche aufgrund eines Arzthaftungsfalls) mit ihrem privaten Vermögen haften, wird diese Form der Zusammenarbeit als wenig attraktiv empfunden; unter Architekten und Rechtsanwälten wird deshalb zunehmend die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), bei der die persönliche Haftung der Gesellschafter im Regelfall ausgeschlossen ist, als Rechtsform gewählt.

4. Partnerschaftsgesellschaft (mit beschränkter Berufshaftung)

Der Gesetzgeber hat für Freiberufler im Jahr 1994 die Rechtsform der Partnerschaftsgesellschaft durch ein besonderes Gesetz, nämlich das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (PartGG), geschaffen. Die Partnerschaftsgesellschaft unterscheidet sich von der Gesellschaft bürgerlichen Rechts durch die Regelung über die Haftung der Gesellschafter: Für die Verbindlichkeiten der Partnerschaftsgesell-

schaft haften neben dem Gesellschaftsvermögen zwar grundsätzlich alle Gesellschafter mit ihrem Privatvermögen; aber – anders als bei der Gesellschaft bürgerlichen Rechts – gilt eine Ausnahme, wenn nur ein Partner mit der Behandlung eines Patienten befasst war: Der Partner, der mit fehlerhaften, zu einem Schaden führenden Behandlung eines Patienten nicht befasst war, haftet für einen Behandlungsfehler, den der andere Partner verschuldet hat, nicht mit seinem Privatvermögen; vielmehr haftet nur derjenige Partner mit seinem Privatvermögen, der mit der Behandlung befasst war (§ 8 Abs. 2 PartGG). Der Gesetzgeber hat im Jahr 2013 eine Ergänzung des Gesetzes in § 8 Abs. 4 PartGG vorgenommen, die das Vorhandensein einer Berufshaftpflichtversicherung und die Bezeichnung der Gesellschaft als Partnerschaft mit beschränkter Berufshaftung (mbB) verlangt.

5. Gemeinschaft („Praxisgemeinschaft“)

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) enthält in den §§ 741 – 758 Vorschriften zur „Gemeinschaft nach Bruchteilen“. Bei einer Gemeinschaft ist die Kooperation weniger ausgeprägt als bei einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts, einer Partnerschaftsgesellschaft oder einer GmbH; die Kooperation erschöpft sich häufig darin, dass zum Beispiel ein Kopierer oder ein medizinisches Gerät gemeinsam angeschafft wird: Das Eigentum am Kopierer oder medizinischen Gerät steht den „Teilhabern der Bruchteilsgemeinschaft“ gemeinsam zu, die Anschaffungs-, Betriebs- und Reparaturkosten werden nach einem im Vertrag oder in § 742 BGB bestimmten Verteilungsschlüssel getragen. Der Begriff der „Praxisgemeinschaft“, der in § 33 Abs. 1 Ärzte-Zulassungsverordnung („gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxis-einrichtungen sowie gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal“) verwendet wird, beschreibt ein Phänomen, das je nach Bedürfnissen der Beteiligten vertraglich auszugestaltet ist. In einer jüngeren Entscheidung des Bundessozialgerichts wird eine „Praxisgemeinschaft“ als „zwei kooperierende Einzelpraxen“ umschrieben

(BSG, Beschluss vom 8.12.2010 – B 6 KA 46/01B). Jenseits der Anschaffung und Unterhaltung eines Kopierers oder medizinischen Geräts wirft eine „Praxisgemeinschaft“ vielfältige Problem auf: Vertragspartner des Mietvertrags über Praxisräume wird vielfach allein (nur) eine Psychotherapeutin sein, die – mit Erlaubnis des Vermieters – einen Untermietvertrag mit dem anderen Therapeuten schließt. Auch die Beschäftigung einer Sprechstundenhilfe mittels eines Arbeitsvertrags bedarf sorg-

fältiger Überlegung: Ist es nicht vielmehr zu empfehlen, zwei (oder mehr) Arbeitsverträge mit jeweils einem Therapeuten als Arbeitgeber zu schließen, um den berufsrechtlichen Anforderungen an die Geheimhaltung zu genügen? § 33 Abs.1 Ärzte-Zulassungsverordnung erkennt zwar die „gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte“ an, verbietet aber die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten; in jedem Fall sind – ungeachtet der kassenärztlichen Zulässigkeit – die

straf- und berufsrechtlichen Vorgaben zu beachten. Vertragspartner des Behandlungsvertrags mit dem (Privat-)Patienten wird der jeweilige Therapeut, nicht die Gemeinschaft.

Für die berufliche Zusammenarbeit mehrerer Psychotherapeut/Innen gibt es nicht die ideale Form. Vielmehr kommt es – wie so oft im Leben – auf die Umstände des Einzelfalls an.

RA Manuel Schauer

5. Autismustagung: Kinder mit Autismus im Saarland, in Deutschland und Europa

Zur fünften Autismustagung „Kinder mit Autismus im Saarland, in Deutschland und Europa“ am 14.06.2014 hat die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Homburg eingeladen.

Inzwischen sind diese Tagungen, die von der Klinik gemeinsam mit dem Autismus-Therapiezentrum Saar GmbH und dem Landesverband autismus Saarland e. V. ausgerichtet werden, zur Tradition geworden. Alle zwei Jahre wird von anerkannten internationalen Referenten und auch von Mitarbeitern der Klinik und des Autismus Therapie Zentrums Saar gGmbH jeweils ein Schwerpunktthema von verschiedenen Seiten beleuchtet.

Autismus-Spektrum-Störungen sind häufig sehr schwerwiegend für die betroffenen Kinder. Neben einer diagnostischen Abklärung der Symptomatik stehen hier mittlerweile gute und wirksame Therapiemethoden zur Verfügung. Da die autistischen Störungsbilder weltweit vorkommen, haben sich in verschiedenen Ländern auch unterschiedliche Formen von Diagnostik und Therapie entwickelt. Deshalb war Ziel dieser Tagung, durch namhafte Referenten aus Frankreich, Österreich, den Niederlanden und Großbritannien eine internationale Perspektive des Forschungsstandes und der Behandlungsmöglichkeiten zu vermitteln.

Nach den Grußworten von Prof. Dr. Alexander Gontard, Direktor Klinik für KJPP, Staatssekretärin Gaby Schäfer Gesundheitsministerium und Michael Kopper, dem ersten Vorsitzenden Landesverband-



Musikdarbietung von Roland Waltner

des zur Förderung von Menschen mit Autismus, folgten die Fachreferate der Mitarbeiterinnen des Autismus Therapie Zentrum Saar gGmbH, Frau Diplompädagogin Miriam Leppla-Kalleder und Diplompsychologin Daniela Suffel. Unter dem Titel „Gestern war Heute noch Morgen“ stellten sie 30 Jahre Arbeit der autismusspezifischen Förderung im Saarland vor.

In einem weiteren Vortrag, den Dr. Anette Voran und Diplompsychologin Ellen Huy hielten, die beide in der Spezialambulanz Autismus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie tätig sind, wurde die dortige autismusspezifische Diagnostik beleuchtet.

Sehr beeindruckend war auch der Vortrag von Dr. Christine Preißmann, die als Aspergerautistin selbst eine Betroffene ist. Sie arbeitet als Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie und beschrieb anschaulich und bewegend, wie schwierig es für sie ist, im Alltag zurechtzukommen, da sie in ihrer Art von Kommunikation nicht immer verstanden wird und unsere sogenannte normale Alltagskommunikation nicht immer versteht.

Im weiteren Verlauf stellte Dr. Benoit Dutray, französischer Kinder- und Jugendlichenpsychiater am Centre Hospitalier de Rouffach, Département Haute-Rhin, ein Elternprogramm für den Umgang mit Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen



Podiumsabschluss (von l. nach r.: Dr. Preissmann, A. Kramatschek-Pfahler, Dr. Dutray, Dr. Pronk-Preuss, Prof. Dr. Popow, Dr. Ecker, Prof. von Gontard, Dr. Paulus)

vor, das „ABC des Verhaltens bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen“. Ziel des Programms ist es, die Kompetenzen der Eltern zu entwickeln und zu verbessern im Umgang mit Kindern, die unter autistischen Störungen leiden. Untersuchungen zeigen, dass die betroffenen Eltern mehr elterlichen Stress haben, mehr depressive Symptome aufweisen und eine geringere

Lebensqualität haben. Das französischsprachige Programm wurde in Evaluationsstudien in Frankreich und Kanada geprüft; es umfasst Informations- und Psychoedukationseinheiten und Übungen vor Ort, in denen in zwölf Workshops an Verhaltensproblemen gearbeitet wird.

Danach stellte Dr. Michaela Pronk-Preuss, Ärztin im Autismus Zentrum Ostfriesland, Amsterdam und Hoorn (Niederlande) ein Heimtraining und Gruppen-Psychoedukationstraining für Kinder mit Autismus-Störungen vor. An zahlreichen persönlichen und biografischen Beispielen im Umgang mit ihrem Adoptivbruder Pete schilderte sie die Besonderheiten autistischer Kinder mit Spektrum-Störungen. Prof. Dr. Christian Popow aus Wien vermittelte viele statistische Daten zu Autismus und ADHS und



bot einen ausführlichen Überblick über die Häufigkeit und Zusammenhänge von Autismus und ADHS.

Anschließend folgte der Vortrag von Dr. Christine Ecker „Neurobiologie des Autismus: Bildgebende Verfahren“. Dr. Ecker, die am King's College in London arbeitet, einer international sehr renommierten Forschungseinrichtung, stellte ihre Forschungsergebnisse der letzten Jahre zur Gehirnentwicklung bei autistischen Kindern vor.

Die Veranstaltung wurde mit einer lebhaften Podiumsdiskussion „Autistische Störungen im Saarland, in Deutschland und Europa“ unter Teilnahme von Dr. Preissmann, A. Kramatschek-Pfahler, Dr. Dutray, Dr. Pronk-Preuss, Prof. Dr. Popow, Dr. Ecker und Prof. von Gontard abgerundet. Moderiert wurde die Tagung wie auch die anschließende Diskussion von Dr. Frank Paulus, dem leitenden Psychologen der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum.

Susanne Münnich-Hessel

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maïke Paritong und Michael Schwindling.

Geschäftsstelle

Scheiderstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Kammervorstand ist in den letzten Monaten nicht müde geworden, bei Kontakten zu Politik und Kostenträgern die dramatische Situation der psychotherapeutischen Versorgung darzustellen und die dringend notwendigen Verbesserungen anzumahnen. Aktueller zynischer „Höhepunkt“ politischer Ignoranz ist der Referentenentwurf des sogenannten „Versorgungsstärkungsgesetzes“ (siehe Beitrag von Dr. Klaus Thomsen auf diesen Seiten).

Die Sichtweise der schleswig-holsteinischen Delegierten zum 25. DPT finden Sie am Ende dieser Länderseiten.

Wer nicht dabei war, hat einen anspruchsvollen und bereichernden 3. Norddeutschen Psychotherapeutentag verpasst: Lassen Sie sich durch die Lektüre des ausführlichen Berichts unten anregen, beim nächsten Mal dabei zu sein!

Anregende Lektüre wünscht Ihnen

Juliane Dürkop bei der Begrüßung der TeilnehmerInnen des 3. Norddeutschen Psychotherapeutentages. (Alle Fotos des Psychotherapeutentages: Kim Löffka Fotografie)

*Juliane Dürkop
Präsidentin*

3. Norddeutscher Psychotherapeutentag am 27.09.2014

Unter dem Thema „Mit Leib und Seele – Psychotherapie bei körperlichen und psychosomatischen Erkrankungen“ veranstaltete die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein im Kieler Atlantik Hotel ihren dritten Norddeutschen Psychotherapeutentag. Mit Blick auf die Kieler Förde begrüßte die Präsidentin der PKSH, Juliane Dürkop, die Gäste der gut besuchten Veranstaltung. Angesichts des Tagungsmottos wies sie auf die Notwendigkeit der wechselseitigen Berücksichtigung psychischer und somatischer Aspekte in der psychotherapeutischen Behandlung hin. Besonders unter diesem Blickwinkel sei die Kooperation mit Ärzten zu fordern und zu fördern.

Andrea Mrazek, Vorstandsmitglied der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), ging in ihrem inhaltlichen Grußwort unter dem Stichwort „Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen“ auf das aktuelle Konzept einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung der BPTK ein. Anhand anschaulicher Beispiele machte Mrazek deutlich, dass der Berufsstand zukünftig mit mehr Kompetenzen ausgestattet umfangreicher und flexibler

auf die Herausforderungen in der Versorgung reagieren können muss. Die Einnistung auf überwiegend Richtlinien-therapie im Einzelsetting werde den Bedarfen der betroffenen Menschen nicht gerecht. Das BPTK-Konzept schlage dazu verschiedene Erweiterungen der Behandlungsstruktur und -kompetenzen vor.

Andrea Mrazek freute sich, in Schleswig-Holstein zu Gast zu sein, und ermunterte als Präsidentin einer länderübergreifenden Kammer (wie die OPK sie als einzige dar-

stellt) den PKSH-Vorstand, das Ziel des Zusammenschlusses einer Norddeutschen Psychotherapeutenkammer weiterzuerfolgen.

In dem anschließenden Hauptvortrag unter dem Titel „Mit Leib und Seele – Über die Schwierigkeit mit dem Selbstverständlichen“ führte Professor Dr. Thomas Küchler, Referenzzentrum für Lebensqualität, Kiel, die Anwesenden beginnend mit einer historischen Betrachtung über das Leib-Seele-Problem auf grundlegende Art in die Tagungsthematik ein. Aus seiner langjährigen beruflichen wissenschaftlichen Erfahrung konnte er aufzeigen, welche erstaunlichen Effekte psychotherapeutischer Mitbehandlung sich auf den Verlauf von z. B. chronischen Erkrankungen nachweisen lassen: Allein in der Krebsbehandlung konnten eine Reihe von prospektiven randomisierten Studien zeigen, dass sich nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Überlebenszeit von Krebspatienten mit unterschiedlichsten Diagnosen signifikant verbessern lassen. Ähnliches gelte für die Kardiologie, die Diabetesbehandlung und sogar die Zahnmedizin.



A. Mrazek, Vorstandsmitglied der BPTK

Daher: Auch wenn der naturwissenschaftlich orientierten Medizin die Möglichkeit der psychotherapeutischen Beeinflussung „von Natur aus“ fremd ist, so täte sie doch gut daran, die Ergebnisse moderner Psychotherapieforschung in ihr Behandlungsparadigma aufzunehmen, nicht nur im Sinne der Patienten, sondern auch im Sinne der Gesundheitsökonomie, so Küchler.

Vor der Mittagspause wurden die Themen der Workshops am Nachmittag von den ReferentInnen kurz vorgestellt.

Überraschend hatte sich ein weiterer Referent eingefunden: Kai Fischer, Experte für nonverbale Kommunikationsstrategien, machte die Tagungsteilnehmer auf heitere Art mit den Besonderheiten der nonverbalen Kommunikation im geruhsamen Norden Deutschlands vertraut.

In zwei Workshopdurchgängen am Nachmittag wurden einzelne Aspekte der Psychotherapie bei körperlichen und psychosomatischen Erkrankungen vertieft.

Im Workshop „**Psychoonkologie**“ von Dipl.-Psych. Annkatrin Rogge ging es um Fragen wie „Was ist das Spezifische an der Psychoonkologie? Worin unterscheidet sie sich von Psychotherapie im engeren Sinne? Welche Gemeinsamkeiten gibt es?“ An speziellen Themen wie dem Umgang mit

Ängsten und Hilflosigkeit, der Bedeutung der psychischen Stabilisierung und der veränderten Beziehung zum Körper nach der Krebserkrankung diskutierten die TeilnehmerInnen des Workshops diese Fragen und bereicherten ihn durch den Austausch ihrer Erfahrungen.

Dr. Gundula Körber leitete den Workshop „**Psychosomatische Krankheitsbilder in der Zahnmedizin**“. Hier wurde die Komplexität von Beschwerdebildern deutlich – von undifferenzierbaren Schmerzen ohne Befund bis zu mittels Pressen und Knirschen zerstörter Zahnschubstanz und in Mitteleidenschaft gezogener Muskeln und Gelenke. Tragischerweise liege auch in der Interaktion zwischen Zahnarzt und Patient ein Risiko für die Entwicklung derartiger Störungen, sodass die Berücksichtigung psychosomatischer Entwicklungen vonseiten der Zahnmedizin dringend zu etablieren wäre, so die Referentin.

Unter dem Thema „**Psychotherapie des kranken Herzens**“ beschäftigten sich die TeilnehmerInnen des Workshops von Dr. Klaus Thomsen u. a. mit der Frage der Wirksamkeit von Psychotherapie bei KoronarpatientInnen. Thomsen berichtete, dass die Depression derzeit als Ursache und als Folge von Herzerkrankungen im Zentrum psychokardiologischer Forschung stehe. Die TeilnehmerInnen tauschten Erfahrungen bzgl. wirksamer Interventionen wie Ressourcenstärkung, imaginativer Arbeit, Traumatherapie, Verwendung von „Herzsprache“ und „Herzmeditation“ untereinander aus.

Mit „**Somatopsychischen Zusammenhängen bei Diabetespatienten in Psychotherapie**“ befasste sich der Workshop von Dipl.-Psych. Susan Clever. Es wurden das Krankheitsbild und die Insulintherapie soweit erklärt, dass ihre Auswirkungen auf die Psyche der Betroffenen nachvollziehbar wurden. Fallbeispiele erläuterten die



Detlef Deutschmann und Kai Fischer (von links)

Themen in der Psychotherapie bei PatientInnen mit Diabetes sowie deren Behandlung. Bei keiner anderen somatischen Erkrankung sei der Zusammenhang zwischen eigenem Handeln und medizinischen Werten so zeitnah und so oft am Tag durch Zahlen ablesbar wie bei Diabetes, so die Referentin. Anhand von Fallbeispielen wurde mit den TeilnehmerInnen unter anderem auf die Probleme „Angst vor Hypoglykämien“, „Therapievernachlässigung“ sowie auf die direkten und indirekten Interaktionen zwischen Psyche und Stoffwechsel bei Depression eingegangen.

In dem Workshop „**Austausch und neue Entwicklungen bei Essstörungen**“ von Dipl.-Psych. Monica Bonetti und Dipl.-Päd. Gabriele Schiedeck wurde zunächst darüber gesprochen, welche Gedanken und Gefühle das Gewicht von KlientInnen bei PsychotherapeutInnen hervorruft. Welchen Vorurteilen seien adipöse Menschen in der Gesellschaft ausgesetzt? Und welche Gefühle löse eine anorektische junge Frau bei uns aus? Es wurde über die Zunahme von Essstörungen, den gesellschaftlichen Hintergrund und die „Schuldfrage“ der Familie/Mütter diskutiert. Thematisiert wurde ebenfalls das Phänomen „Essgestörte Mütter – essgestörte Töchter“ – in dem Workshop fand ein interessanter Austausch statt.

Dr. Uwe Niederberger ging in seinem Workshop „**Verhaltenstherapie chronischer Schmerzen**“ auf Fragen von somatischen, aber auch verhaltensmäßigen und sozialen Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzen ein. Er führte aus, dass Schmerz nie als ausschließlich psychogen



Prof. Dr. Thomas Küchler



Präsidentin J. Dürkop und die Referenten A. Rogge, Dr. K. Thomsen, Dr. U. Niederberger, Dr. G. Körber und G. Schiedeck (von links)

oder organisch bedingt betrachtet werde, sondern jeweils psychologische und somatische Komponenten erhoben und in der Behandlung berücksichtigt werden sollten. Im Workshop wurden entsprechende Modelle der Chronifizierung, z. B. „Schmerzgedächtnis“, besprochen, anschließend erfolg-

te eine Darstellung und Besprechung häufig eingesetzter verhaltenstherapeutischer Interventionsmethoden im Bereich chronischer Schmerzen.

Die teilnehmenden Kammermitglieder zeigten sich insgesamt sehr zufrieden mit



Angeregte Pausenunterhaltung mit Kai Fischer

der inhaltlichen Konzeption, dem Ablauf und der Organisation der Veranstaltung. In den Pausen wurde die Möglichkeit des kollegialen Austauschs intensiv genutzt.

*Michael Wohlfarth
Geschäftsführer*

Bericht des Beauftragten für Migration

Vor ca. fünf Jahren bin ich von der PKS SH berufen worden, das Amt des Beauftragten für Migration wahrzunehmen. Entscheidend für meine Berufung war sicherlich die dem Vorstand bekannte langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Flüchtlingen und MigrantInnen. Während meiner aktiven Dienstzeit bis September 2011 als Psychologischer Psychotherapeut (Fachaufsicht und -beratung der Psychologischen Beratungsstellen des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein) hatte ich in den 1980er-Jahren (noch vor dem Mauerfall!) Praxiserfahrungen in Ungarn sammeln können, 1990 bis 1992 in Lettland (Aufbau von Familien-Krisenzentren) und seit 1999 bis heute Entwicklung und Durchführung von Ambulanzen im Kosovo für kriegstraumatisierte Kinder, Jugendliche und deren Familien. Die Arbeit mit kriegs-, flucht- und verfolgungstraumatisierten Kindern und Jugendlichen – zumeist unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) im Raum Flensburg – führe ich im Rahmen eines Honorarvertrages seit ca. zehn Jahren in der Villa Paletti – Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – durch.

Wesentliche Aspekte meiner Beauftragung sind einerseits die ständige Teilnahme als Vertreter der Psychotherapeutenkammer im Arbeitskreis Migration und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein und andererseits die Wahrnehmung in Fachgremien mit entsprechenden inhaltlichen Positionierungen in Fortbildungsveranstaltungen des Paritätischen und der Diakonie Schleswig-Holstein. Neben allgemeinen Fragen



Dipl.-Psych. Ulrich Kruse (Foto: privat)

der Arbeit mit MigrantInnen in der Psychotherapie geht es immer wieder um die Situation der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen, die häufig keine Dolmetscherkosten erhalten bzw. eine Krankenbehandlung seitens der Kostenträger nicht bekommen.

Regelmäßige Gespräche mit KollegInnen machen immer wieder deutlich, dass neben der problematischen Abrechnungsprozedur insbesondere die Frage der möglichen Abschiebung in das Herkunftsland emotional sehr belastend erlebt wird. Neben den sprachlichen Problemen, die den Einsatz von Dolmetschern erfordern, ist es auch immer wieder benannt, die „Arbeit zu dritt“, d. h. mit Dolmetschern zu leisten. Eine Erhebung vor ca. zwei Jahren über das Angebot muttersprachlicher Psychotherapie in Schleswig-Holstein hat auch ergeben, dass in Schleswig-Holstein relativ wenige Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund arbeiten.

Wenn wir davon ausgehen, dass auch in Schleswig-Holstein 15–20% der BewohnerInnen einen Migrationshintergrund ha-

ben, werden wir in den kommenden Jahren verstärkt daran arbeiten müssen, die psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen erheblich zu verbessern. Die vor knapp vier Jahren erfolg-

te Insolvenz von Refugio e. V. hat eine große Versorgungslücke für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer hinterlassen – zurzeit bin ich im Gespräch mit der Diakonie und dem Paritätischen, in Schleswig-Holstein eine

neue zentrale Beratungs- und Behandlungsstelle wiederzubeleben.

*Dipl.-Psych. Ulrich Kruse
Beauftragter für Migration*

Treffen mit Verbraucherorganisationen

Am 23.09.2014 fand zum insgesamt vierten Mal ein Treffen des Kammervorstandes mit Verbraucherorganisationen statt. Diesmal nahmen mit der Unabhängigen Patientenberatung (UPD), der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein und dem Frauennotruf drei Organisationen an dem Treffen teil. Ursprünglich wurde dieses Treffen ins Leben gerufen, um zu beraten, wie die Hürden für Opfer sexuellen Missbrauches in Behandlungsverhältnissen niedriger gelegt werden könnten, um gegen missbrauchende Kammermitglieder rechtlich vorzugehen. Seinerzeit waren diesen Organisationen solche Fälle bekannt, nicht aber der Kammer. In den

Folgejahren war die Kammer dann stärker mit der Problematik beschäftigt, als ihr lieb sein konnte. Konkrete Fälle kamen zur Anzeige und wurden straf- wie berufsrechtlich geahndet. Inhaltlicher Schwerpunkt des aktuellen Treffens war das Patientenrechtegesetz. Mit den Verbraucherorganisationen wurden die berufsrechtlichen Änderungen diskutiert, die die Kammerversammlung im Zuge des Patientenrechtegesetzes in der Berufsordnung vorgenommen hatte. So können die Verbraucherorganisationen besser beraten, wenn sich PatientInnen an sie wenden und unsicher sind, ob sie gegen Kammermitglieder eine Beschwerde einlegen sollen. Bei dem

Treffen wurden dann auch ganz konkrete und komplizierte Situationen von ratsuchenden PatientInnen besprochen und es konnte konkret geklärt werden, welche Erwartungen an die Kammer realistisch sind und welche nicht. Insgesamt fand ein fruchtbarer Austausch statt und es wurde die Vereinbarung getroffen, in 2016 zu einem erneuten Treffen zusammenzukommen.

*Bernhard Schäfer
Vizepräsident,
Diana Will
Vorstandmitglied*

Beauftragter für den Bereich „Psychiatrie“ berufen



Dipl.-Psych. Jan Wiedemann (Foto: privat)

Anfang des Jahres 2014 hat der Vorstand der PKSH Herrn Jan Wiedemann zum Beauftragten für den Bereich „Psychiatrie“ berufen. Wiedemann ist im Erstberuf Physiotherapeut mit Ausbildung in Damp 1988, arbeitete dann an der Uniklinik in Bonn, absolvierte verschiedene Fortbildungen und war später in verschiedenen Städ-

ten tätig. 1996 bis 2001 folgte das Studium der Psychologie an der TU Berlin. Schwerpunkte waren Arbeits- und Organisationspsychologie, Umweltpsychologie und klinische Psychologie (tiefenpsychologisch). In seiner Diplomarbeit befasste er sich mit der Messung posttraumatischer Symptome bei Kindern und Jugendlichen.

Seit 2001 ist Wiedemann angestellter Diplom-Psychologe an der Kinder- und Jugendpsychiatrie (damals noch Landesklinik), im Verlaufe Damp GmbH, aktuell Helios Klinikum Schleswig. Es folgte die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie und die Approbation im Jahre 2010. Neben seiner halbtags Klinik-tätigkeit in Schleswig betreibt Wiedemann seit

September 2012 eine eigene Praxis ebenfalls in Schleswig und hat eine Sonderbedarfszulassung (Oktober 2014).

Nach eigener Aussage ist Wiedemann interessiert an der Gesundheit für Menschen, auch in Bezug auf Physiologie, Neurologie, Biologie, soziale Systeme, Gruppen, Arbeitsanforderungen und Arbeitsbedingungen.

Für die PKSH wird er alle Fragen rund um den Bereich „Psychiatrie“ begleiten. Aktuell vertritt er die PKSH in der AG „Psychiatriebericht“, welche, basierend auf dem aktuellen Koalitionsvertrag, den Auftrag hat, den Psychiatrieplan des Landes Schleswig-Holstein innerhalb der laufenden Legislaturperiode fortzuentwickeln.

Treffen mit AusbildungsteilnehmerInnen

Am 30.09.2014 lud die Kammer alle Kammermitglieder zu einem Treffen ein, die sich noch in Ausbildung zu PP oder KJP befinden. In Schleswig-Holstein sind alle AusbildungsteilnehmerInnen (PiA) automatisch

mit allen Rechten ausgestattet, aber beitragsfreigestellte Mitglieder der Kammer. Um einen regelmäßigen Austausch zwischen Kammervorstand und PiA zu gewährleisten, gibt es seit ein paar Jahren PiA-Spre-

cherInnen. Nach Erhalt der Approbation schied mit Dr. Hilmar Böhm nun einer von zwei PiA-Sprechern aus seinem Amt aus. So diente das Treffen auch der Neubesetzung dieser Funktion. Leider fand sich je-

doch trotz erfreulich hoher Teilnehmerzahl niemand, der sich aktuell die Wahrnehmung dieses Amtes vorstellen konnte. Die zweite Hälfte des bisherigen Sprecherduos, Jens Röschmann, bleibt der Kammer als PiA-Sprecher weiter erhalten und erklärte sich bereit, das Amt bis auf Weiteres auch alleine auszufüllen. Interessierte PiA müssen nicht bis zur offiziellen nächsten

Einladung warten, sondern können sich jederzeit auch direkt mit Jens Röschmann (PiAsprecher@pksh.de) in Verbindung setzen. Die beim Treffen anwesenden PiA wurden ausführlich über die Aufgaben und Aktivitäten der Psychotherapeutenkammer informiert und vor dem Hintergrund der im Sommer 2015 anstehenden Kammerwahlen eingeladen, sich aktiv in die Kammerar-

beit einzubringen. Schließlich wurden den Teilnehmenden die Ergebnisse einer umfassenden Befragung zu den Arbeitsbedingungen der PiA dargestellt, die die Bundespsychotherapeutenkammer im Jahre 2013 durchführte.

*Bernhard Schäfer
Vizepräsident*

Stärkung durch Schwächung

Man muss unwillkürlich an Orwells Newspeak denken oder, um im Fachlichen zu bleiben, an eine Paradoxe Intervention. Aus dem Bundesgesundheitsministerium kommt ein frischer Gesetzesvorschlag, damit PatientInnen schnelleren Zugang zu ihren FachärztInnen finden, das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“. Es sieht u. a. vor, dass Facharztsitze in überversorgten Bereichen bei geplanter Veräußerung nicht mehr durch die zuständigen KVen aufgekauft werden **können**, sondern aufgekauft werden **sollen**. Ein entscheidender Wortwechsel. Der bisherige Entscheidungsspielraum der Zulassungsausschüsse wird demnach drastisch eingeschränkt. Nachbesetzungen werden dann also abgelehnt, wenn nicht ganz seltene persönliche Ausnahmegründe vorliegen. Das betrifft also alle Zulassungsbezirke, die einen Versorgungsgrad von über 110% haben. Bei der „Facharztgruppe“ Psychotherapeuten sieht das in Schleswig-Holstein z. B. so aus:

NMS/Rendsburg-Eckernförde =	199,7%,
Pinneberg =	181,9%,

Steinburg =	180,0%,
Lübeck =	160,7%,
Segeberg =	151,6%,
Kiel =	147,4%,
Lauenburg =	132,1%,
Stormarn =	130,4%.

Da wäre also überall noch „Speck“.

Die PsychotherapeutInnen sind in dem Gesetz nicht ausgenommen, obwohl der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ dem Gesundheitsminister erst in diesem Sommer genau das empfahl, weil die Planungszahlen in diesem Facharztbereich nicht verlässlich seien.

In Worst-Case-Berechnungen geht die KVSH von 153 überzähligen Kassensitzen in Schleswig-Holstein aus. Die BPTK errechnet sogar 155 Sitze. Gefährdet wäre also jeder vierte psychotherapeutische Kassensitz, wenn es bei diesem Gesetzestext bliebe. Bundesweit könnten dann sogar nach Berechnungen der BPTK 7.400 Kassensitze auf der Kippe stehen.

Und jetzt die entscheidende Frage: Was soll nun eigentlich gestärkt werden?

Die Versorgung, die Bemühungen der PatientInnen, die Leistungen oder Flexibilität der PsychotherapeutInnen? – wohl kaum. Allenfalls die Nachfrage nach verbleibenden Kassensitzen in den unterversorgten Bereichen. Deren Preise könnten steigen. In den o. g. Zulassungsbezirken dürften dann auf Jahre hinaus keine neuen PsychotherapeutInnen mehr zugelassen werden. Der jetzt schon hohe Altersdurchschnitt der KassenpsychotherapeutInnen dürfte weiter steigen und unser gut ausgebildeter Nachwuchs bleibt auf der Strecke.

Die KVSH weiß noch nicht, aus welchem Topf der Aufkauf dieser Sitze bezahlt werden soll. Rücklagen gibt es dafür bisher nicht und eine einheitlich akzeptierte Verkehrswertermittlung für Psychotherapievertragssitze existiert ebenfalls nicht. Am Ende zahlen wahrscheinlich jene Leistungserbringer, die übrig bleiben, mit ihren Verwaltungsumlagen.

*Dr. Klaus Thomsen
Vorstandsmitglied*

25. DPT aus der Sicht der PKSH-Delegierten

Reform der Psychotherapieausbildung – Richtungsentscheidung?

Das überragende Thema des DPT war sicherlich die Reform der Psychotherapieausbildung. Viele Stunden wurde hierüber kontrovers diskutiert. Dabei ging es überwiegend nur noch darum, ob nach einem Direktstudium „Psychotherapie“ sofort die Approbation erfolgen und die jetzige verfahrensspezifische Ausbildung in einem

wissenschaftlich anerkannten Verfahren dann als Weiterbildung unter Kontrolle der Kammern erfolgen sollte (allgemein bezeichnet als „Basale Direktausbildung“). Oder ob weiter auch die Variante einer „Dualen Direktausbildung“ verfolgt werden sollte, bei der das Psychotherapiestudium mit einem 1. Staatsexamen abgeschlossen wird und sich dann die verfahrensspezifische Ausbildung (nicht unter Kontrolle der Kammern) anschließt, nach deren Ab-

schluss erst die Approbation erfolgt. Befürworter und Gegner beider Varianten stellten in ihren Statements ihre Prognosen, Befürchtungen, Einschätzungen, Interpretationen, Überzeugungen etc., wie die Politik auf Forderungen der Profession eingehen würde, wie sich insbesondere Finanzierungsfragen lösen oder nicht lösen ließen, wie sich Status und Einkommen entwickeln würden, ob sich Zugangsfragen zur Ausbildung im Sinne des Berufsstan-

des (Masterniveau) lösen ließen, ob sich so ein ausreichender Nachwuchs sichern ließe, ob sich die hohe Qualität der Ausbildung aufrechterhalten ließe usw., häufig wie unverrückbare Tatsachen dar. Letztlich ging es wohl realistisch betrachtet um mehr oder weniger plausibel erscheinende Glaubenssätze. Am Ende sprachen sich ca. 70% der Delegierten in geheimer Abstimmung für den Auftrag an den Vorstand aus, die Variante der Basalen Direktausbildung zu verfolgen, sich aber gleichzeitig für eine unverzügliche Übergangslösung der Zugangsproblematik einzusetzen.

Rechenmodell zur Praxiswertermittlung

Zum Thema Praxiswertermittlung stellte das von der BPTK beauftragte Sachverständigenbüro ihr entwickeltes komplexes Bewertungsmodell für Psychotherapiepraxen dar. Leider wurde per GO-Antrag eine weitere Diskussion des Modells und eine Befragung der Experten verhindert. So blieben viele Verständnisfragen zum Modell, insbesondere zu den den Wert entscheidend beeinflussenden Parametern, vor allem aber zur Validität der Methode, unbeantwortet. Dabei erscheint uns gerade die Frage nach der Validität als ganz zentral. Was nützt eine noch so reliable Methode, wenn sie nicht das misst, was sie vorgibt zu messen, den verkäuflichen Wert der Praxis? Das Thema soll nun ausführlich auf dem 26. DPT diskutiert werden.

PKSH lehnt Haushaltsplan ab

Der vorgelegte Haushaltsplan der BPTK wurde gegen die Stimmen der PKSH verabschiedet. Die PKSH machte in der Aussprache deutlich, weshalb sie ihre Zustimmung verweigerte: Erstens konnte sie die deutlichen Erhöhungen der Gehälter der MitarbeiterInnen der Bundesgeschäftsstelle nicht nachvollziehen und bewertete sie im Verhältnis zu den Honorar- bzw. Gehaltsentwicklungen der Mitglieder als unangemessen. Die Gehälter der BPTK-MitarbeiterInnen wurden seit 2004 jeweils um die Inflationsrate des Vorjahres erhöht, wodurch eine echte Kaufkraftsicherung erreicht wurde. 2012 wurde eine darüber hinausgehende ca. 7%-ige Erhöhung vorgenommen. Auch eine von der PKSH befürwortete betriebliche Altersvorsorge wurde

zwischenzeitlich aufgebaut. Ab 2015 wurde nun eine Orientierung der Gehaltsentwicklung nicht mehr an der Inflationsrate, sondern an der Tarifentwicklung im TVöD vorgesehen. Auch dies wäre grundsätzlich für die PKSH in Ordnung gewesen, nicht aber, dass Tarifsteigerungen der letzten drei Jahre, die jeweils deutlich über der Inflation lagen, nachgeholt werden sollten. Von 2004 bis 2012 hatten die MitarbeiterInnen davon profitiert, dass die Inflation kumuliert deutlich über den kumulierten Tarifabschlüssen in diesem Zeitraum lag (ca. 4%). In den letzten drei Jahren war es umgekehrt: Die Tarifabschlüsse (TVöD) lagen in diesem Zeitraum kumuliert etwa 5% über der kumulierten Inflationsrate. Eine rückwirkende Orientierung der Gehaltsanpassung an der jeweils für die MitarbeiterInnen günstigeren Regelung wurde als unangemessen bewertet, zumal auch noch die Einführung einer Leistungskomponente in Höhe von 3% des Gehaltes „on top“ für 2015 vorgesehen wurde.

Zum Zweiten wurde die erneute Erhöhung der pauschalen Aufwandsentschädigungen für den BPTK-Vorstand um jeweils 10% von den PKSH-Delegierten abgelehnt. Erst 2011 waren diese um 20% erhöht worden. Aus Sicht der PKSH wurde damit die kumulierte Inflation, die für den Zeitraum von 2004 bis einschließlich 2014 knapp 20% beträgt, bereits ausgeglichen. Die Begründung einer erneuten Anhebung mit der Inflation erschien daher nicht nachvollziehbar.

Darüber hinaus wurde problematisiert, dass, wie nach der letzten Anhebung der Beiträge zur BPTK, nun abermals eine deutliche Erhöhung der Gehälter und Entschädigungen vorgesehen werde, wohl weil die „Liquiditätsreserven“ dies gerade erlaubten. Dies entspreche nicht dem von der PKSH angestrebten sorgsamem Umgang mit Mitgliedsbeiträgen.

Ohne wirkliche Aussprache Beschluss zur MWBO

Ein Negativ-Lehrstück in Sachen Demokratie stellte aus Sicht der PKSH die abschließende Behandlung des von der Kommission Zusatzqualifikation vorgelegten Entwurfs einer komplex überarbeiteten Mus-

terweiterbildungsordnung dar. Der Entwurf ging in vielen Bereichen weit über den eigentlichen Auftrag an die Kommission, eine Vereinheitlichung von Struktur und Systematik der bestehenden Weiterbildungsbereiche (Neuropsychologie, Gesprächs- und Systemische PT) vorzuschlagen, hinaus. Der Teil zur Neuropsychologie war in weiten Teilen gemäß Vorschlägen der GNP neu formuliert. Andererseits waren einige grundlegende Unterschiede in Struktur und Systematik der MWBO nicht verändert. Der Umfang der praktischen Tätigkeit variierte weiter zwischen 240 Behandlungsstunden in der Weiterbildung Gesprächspsychotherapie und zwei Jahren Vollzeitätigkeit in der Weiterbildung Klinische Neuropsychologie. Der Widerspruch in § 3, wonach die Weiterbildung erst nach der Approbation begonnen werden darf (Abs. 1), aber Tätigkeitszeiten und -inhalte aus der Zeit der Berufsausbildung anerkannt werden können (Abs. 6), wurde nicht aufgelöst. Auf der von der BPTK im März einberufenen 1. Weiterbildungskonferenz war eigentlich beschlossen worden, die tangierten politischen Themen vor einer Änderung der MWBO zunächst im Rahmen einer 2. Weiterbildungskonferenz eingehend zu erörtern, diese war aber erst für den 04.12.2014, also einige Zeit nach dem 25. DPT, einberufen worden.

Mit GO-Anträgen wurde die Behandlung von Änderungsanträgen unterbunden, eine Diskussion, noch bevor sie richtig angefangen hatte, beendet, um in der allerletzten Minute des DPT, es waren gerade noch knapp so viele Delegierte im Raum, dass Beschlussfähigkeit gegeben war, noch einen Beschluss über die neue Musterweiterbildungsregelung herbeizuführen.

Die DPT-Delegierten der PKSH

Geschäftsstelle

Alter Markt 1–2
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das *Psychotherapeutenjournal* publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das *Psychotherapeutenjournal* erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

13. Jahrgang, Ausgabe 4/2014

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Jürgen Hardt (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling

(OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Redakteurin Dipl.-Psych. Nina Rehbach (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 1/2015 der 19. Dezember 2014, für Ausgabe 2/2015 der 16. März 2015, für Ausgabe 3/2015 der 22.

Juni 2015 und für Ausgabe 4/2015 der 21. September 2015. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

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 fürervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

 <p>Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg</p> <p>Baden-Württemberg Jägerstraße 40 70174 Stuttgart Tel. 0711/674470-0 Fax 0711/674470-15 Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@lpk-bw.de www.lpk-bw.de</p>	 <p>Hamburg Hallerstraße 61 20146 Hamburg Tel. 040/226 226 060 Fax 040/226 226 089 Mo – Do 9.00 – 16.00 Uhr Fr 9.00 – 14.00 Uhr info@ptk-hh.de www.ptk-hh.de</p>	 <p>Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer Kickerlingsberg 16 04105 Leipzig Tel. 0341/462432-0 Fax 0341/462432-19 Mo, 9.00 – 12.30 Uhr und 13.00 – 16.00 Uhr Di 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</p>
 <p>Bayern Birketweg 30 80639 München (Post: Postfach 151506 80049 München) Tel. 089/515555-0 Fax 089/515555-25 Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 13.00 Uhr info@ptk-bayern.de www.ptk-bayern.de</p>	 <p>Hessen Gutenbergplatz 1 65187 Wiesbaden Tel. 0611/53168-0 Fax 0611/53168-29 Mo 10.00 – 13.00 Uhr Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr post@ptk-hessen.de www.ptk-hessen.de</p>	 <p>Rheinland-Pfalz Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30 55130 Mainz Tel. 06131/93055-0 Fax 06131/93055-20 Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr service@lpk-rlp.de www.lpk-rlp.de</p>
 <p>Berlin Kurfürstendamm 184 10707 Berlin Tel. 030/887140-0, Fax -40 Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr Di 14.00 – 19.00 Uhr info@psychotherapeutenkammer-berlin.de www.psychotherapeutenkammer-berlin.de</p>	 <p>Niedersachsen Roscherstraße 12 30161 Hannover Tel. 0511/850304-30 Fax 0511/850304-44 Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr Beitragsangelegenheiten: Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr info@pknds.de www.pknds.de</p>	 <p>Saarland Scheidterstraße 124 66123 Saarbrücken Tel. 0681/9545556 Fax 0681/9545558 Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr kontakt@ptk-saar.de www.ptk-saar.de</p>
 <p>Bremen Hollerallee 22 28209 Bremen Tel. 0421/27 72 000 Fax 0421/27 72 002 Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr Mi 13.00 – 17.00 Uhr Sprechzeit des Präsidenten: Di 12.30 – 13.30 Uhr verwaltung@pk-hb.de www.pk-hb.de</p>	 <p>Nordrhein-Westfalen Willstätterstraße 10 40549 Düsseldorf Tel. 0211/522847-0 Fax 0211/522847-15 Mo – Do 8.00 – 16.30 Uhr Fr 8.30 – 14.00 Uhr info@ptk-nrw.de www.ptk-nrw.de</p>	 <p>Schleswig-Holstein Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus 24103 Kiel Tel. 0431/661199-0 Fax 0431/661199-5 Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr Do 13.00 – 16.00 Uhr info@pksh.de www.pksh.de</p>

