

Psychotherapeuten journal

- Verhaltenstherapeutische Behandlungsoptionen nach einem Suizidversuch
- Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie aus der Perspektive von Psychotherapeuten und Juristen
- Orthorexia nervosa: Ein Trend im Ernährungsverhalten oder ein psychisches Krankheitsbild?
- Psychotherapie in einer JVA mit weiblichen Gefangenen
- Interview: Telefonseelsorge – Hilfeeinrichtung für Menschen in seelischen Krisen

www.psychotherapeutenjournal.de

Geschlechtersensible Sprache

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

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie haben Ende des letzten Jahres das erste Psychotherapeutenjournal mit weiblicher Sprachform in der Hand gehalten und sich einen Eindruck bilden können. Erste Reaktionen – von kritisch bis zustimmend – finden Sie in der Rubrik „Leserbriefe“. Wir verfolgen dies interessiert. Entsprechend unseres Veränderungsschritts, abwechselnd ein Heft in weiblicher und eines in männlicher Form herauszubringen, erscheint die vorliegende Ausgabe in der männlichen Sprachform.

Während der letzten Redaktionssitzung hat uns ein ganz anderes Thema beschäftigt: Die Beobachtung, dass rechtspopulistisches Gedankengut in Deutschland zunehmend salonfähig wird. Es soll hier keine Analyse versucht werden, wie es dazu kommen konnte. Aber wir als Fachleute für Kommunikation können uns über Kommunikationsschleifen Gedanken machen: Welche kommunikativen Angebote werden von Vertretern der Rechtspopulisten (vermutlich gezielt und strategisch) initiiert, in welche kommunikativen Fallen tapen die Gesprächspartner oft hinein? Und falls wir uns persönlich positionieren wollen, wie kann dies gelingen?

Am Anfang steht als kommunikativer Zug beispielsweise eine Differenzsetzung: „Wir“ gegen die etablierte Gesellschaft, also „ihr“. Wenn die Unterschiede zwischen den Parteien immer geringer werden, diese statt Meinungsstreit zum bloßen Verwalten von Politik übergehen, dann scheint sich diese Differenzsetzung zu bestätigen.

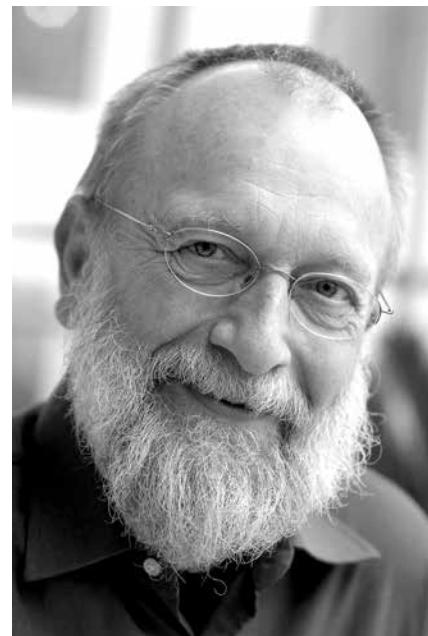
Dann folgt in der Regel eine Provokation, ein drastischer Satz, eine provokative Aussage (man denke an die martialischen Sprüche nach Wahlen), die verteidigt wird mit der Formel: „Das muss man doch wohl noch sagen dürfen!“,

egal ob es einfach nur schlechter Stil oder sogar strafrechtlich zu ahnden ist. Damit wird ein „double-bind“-Kontext eröffnet: Wer sich zurückhält, wird immer weiter provoziert, mit Pseudofakten überhäuft und verwirrt. Wenn sich der Angesprochene jedoch mehr oder weniger drastisch abgrenzt, kommt der nächste Schritt: Man geht in die Rolle als Opfer, zeigt, wie man die eigene rechte Identität und den Mut, sich ausgrenzen zu lassen, unter Beweis stellt. Auf diese Weise wird man für Mitläufer attraktiv: Entweder man „gibt es denen mal ordentlich“ oder man stellt unter Beweis, wie man wieder einmal ausgegrenzt wird.

Sachliche Argumente oder gar Metakommunikation verfangen da nicht. Sachlichkeit wird mit Provokationen wie „Lügenpresse“ abgetan, oder der Diskurs wird einfach vermieden. So scheint sich die Differenzsetzung wieder zu bestätigen und der Versuch, „mit Rechtspopulisten zu reden“ wird zu einer unauflösbaren Paradoxie. Deshalb scheint hier keine Lösung in Sicht.

Aber es wird auch keine gute Strategie sein, die Auseinandersetzung zu meiden. Im Gegenteil: Die Abwehrversuche, ihnen keine Bühne zu bieten, ihre Auftritte zu stören o. ä. sind gefährdend für unser demokratisches Selbstverständnis. Denn zum einen gehören sie paradoxerweise zu der Kategorie der Verhaltensweisen, die den Rechtspopulisten vorgeworfen werden, zum anderen setzen diese genau darauf: Damit können sie nämlich zeigen, wie sehr sie doch Opfer der etablierten Gesellschaft sind. Ihre Sprache wird uns in den nächsten Jahren noch einiges an emotionalen Ausnahmesituationen bescheren.

Programmatisch liegen zu diesem Thema für den Gesundheitsbereich bisher



© Kerstin Roltes

übrigens wenige bis gar keine ausgearbeiteten Konzepte vor. Dessen ungeachtet wird das Prinzip der Ausgrenzung sich auch auf viele unserer Patienten beziehen. Dagegen gilt es klar und energisch aufzutreten. Und schließlich sind die Psychotherapeuten selbst als Berufsgruppe vor Anfeindungen auch nicht gefeit. Ein Berufsstand, der das seelische Erleben von Menschen in den Blick nimmt und sich damit beschäftigt, wie Menschen Belastung verarbeiten, fragt nicht nach Hautfarbe und Herkunft.

Darin steckt noch ein weiteres Thema: Die Ethik unseres Berufs. Wie weit gehen unser Respekt und das Aushalten von Anderen und Anderem, wenn uns Menschen in der Psychotherapie gegenüber sitzen, deren Werte mit unseren eigenen massiv kollidieren? Welche inneren psychischen Auseinandersetzungen und kollegiale Unterstützung können wir nutzen, und wo erleben wir Grenzen der Zumutbarkeit, die wir nicht überschreiten können oder wollen? Diese Fragen beschäftigen uns im Hinblick auf kommende Ausgaben des PTJ.

Bei der Lektüre dieser Ausgabe wünsche ich Ihnen nun viel Spaß und Anregungen.

*Hans Schindler (Bremen)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Originalia

4

Tobias Teismann, Thomas Forkmann, Anja Gysin-Maillart & Heide Glaesmer
Nach einem Suizidversuch: Verhaltenstherapeutische Behandlungsoptionen

Der Artikel stellt verschiedene psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung von Personen nach einem Suizidversuch vor. Zudem werden Faktoren benannt, die einer möglichen Behandlungsaufnahme aus Patientensicht entgegenstehen und Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungscompliance reflektiert.

11

Andrea Schleu, Giulietta Tibone, Thomas Gutmann & Jürgen Thorwart
Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. Notwendige Diskussion der Perspektiven von Psychotherapeuten und Juristen

Aus wissenschaftlicher und klinischer psychotherapeutischer Sicht ist zweifelsfrei jeder sexuelle Kontakt in einer psychotherapeutischen Behandlung ein Missbrauch der Machtposition des Psychotherapeuten. Die aktuelle Rechtsprechung steht dazu, abweichend von der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers, zunehmend im Widerspruch.

20

Jana Strahler

Orthorexia nervosa: Ein Trend im Ernährungsverhalten oder ein psychisches Krankheitsbild? Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse

Der Artikel fasst aktuelle Erkenntnisse zu Nosologie, Prävalenz und biopsychosozialen Risikofaktoren der Orthorexia nervosa zusammen, der zwanghaften Fixierung auf den ausschließlichen Verzehr von subjektiv als gesund eingeschätzten Nahrungsmitteln. Unklar muss bis heute bleiben, ob es sich hierbei um ein aktuelles gesellschaftliches Lebensstilphänomen, eine Begleiterkrankung oder eine abgrenzbare Störung handelt.

27

Beatrix Weidinger-von der Recke

Psychotherapie in einer JVA mit weiblichen Gefangenen. Ein Erfahrungsbericht

Der Beitrag beschreibt die Erfahrungen einer externen, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeutin in einer bayerischen Justizvollzugsanstalt und die spezifischen Bedingungen, unter denen Psychotherapie im Strafvollzug stattfindet.

31

Rolf Sennewald

Die solide Brücke in die Altersversorgung: Die Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung

Fortsetzung und letzter Teil der Reihe: Die Versorgungswerke stellen sich vor.

Interview

34

Gertrud Corman-Bergau im Gespräch mit Monika Dinger

Telefonseelsorge. Seit über 60 Jahren eine Hilfeeinrichtung für Menschen in seelischen Krisen

Ein Gespräch über Geschichte und moderne Praxis der Telefonseelsorge.

Kurzbeiträge

39

Andreas Witt, Oliver Berthold & Jörg M. Fegert

Die Medizinische Kinderschutzhotline – bundesweit, kostenfrei und rund um die Uhr: 0800 19 210 00

41

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Evaluation der neuen Psychotherapie-Richtlinie – Psychotherapeuten für Studie gesucht

Buchrezensionen

- 42 Ein praktisches Lehrbuch? Geht denn das?**
Eine Rezension von Holger Richter: Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F. (Hrsg.). (2017). Verhaltenstherapie in der Praxis.
- 43 Weil ich ein Mädchen bin. Gesamtschau zur psychischen Entwicklung des Mädchens**
Eine Rezension von Gabriela Küll: Seiffge-Krenke, I. (2017). Die Psychoanalyse des Mädchens.
- 44 Kreative Spannungsfelder**
Eine Rezension von Ernst Kern: Harms, T. & Thielen, M. (Hrsg.). (2017). Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis.
- 45 Fundgrube für die Hypnotherapie bei Tinnitus**
Eine Rezension von Ralf Schobert: Kranz, D. (2017). Hypnotherapie bei Tinnitus. Ein Praxisleitfaden.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

- | | | | |
|-----------|--------------------------------------|-----------|--|
| 49 | Bundespsychotherapeutenkammer | 71 | Hessen |
| 53 | Baden-Württemberg | 75 | Niedersachsen |
| 56 | Bayern | 79 | Nordrhein-Westfalen |
| 60 | Berlin | 83 | Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer |
| 64 | Bremen | 88 | Rheinland-Pfalz |
| 68 | Hamburg | 92 | Saarland |
| | | 96 | Schleswig-Holstein |

- 1 Editorial**
- 46 Leserbrief**
- 101 Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern**
- 102 Impressum Psychotherapeutenjournal**
- A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**
- A18 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

Hinweise:

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

Den Teilaufgaben der folgenden Länder sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:

- Baden-Württemberg: Amtliche Bekanntmachungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Hamburg: Informationen über die Änderung der Weiterbildungsordnung

Nach einem Suizidversuch: Verhaltenstherapeutische Behandlungsoptionen

Tobias Teismann, Thomas Forkmann, Anja Gysin-Maillart & Heide Glaesmer

Zusammenfassung: Suizidversuche stellen einen erheblichen Risikofaktor für Suizide dar. Vor diesem Hintergrund wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Psychotherapieangebote für Personen nach einem Suizidversuch entwickelt und evaluiert. Auch wenn es inzwischen vielversprechende Behandlungsstrategien gibt, sind suizidspezifische Therapieangebote hierzulande noch kaum bekannt oder in der Versorgung implementiert. Überdies werden bestehende Angebote von Patienten¹ zu wenig genutzt und häufig vorzeitig abgebrochen. Im Folgenden werden zum einen effektive Psychotherapieverfahren skizziert und zum anderen Faktoren benannt, die einer Behandlungsaufnahme aus Patientensicht entgegenstehen. Schließlich werden verschiedene Maßnahmen dargestellt, die zur Verbesserung der Behandlungcompliance genutzt werden können.

Im Jahr 2015 starben in der Bundesrepublik Deutschland 10.080 Menschen durch einen Suizid (Statistisches Bundesamt, 2017). Die Rate von Suizidversuchen übersteigt die Rate der Suizide um ein Vielfaches. Die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen in Deutschland wird mit 1,7 % beziffert (Nock, Borges & Ono, 2014). In Anbetracht dieser Zahlen hat der Deutsche Bundestag am 23. Juni 2017 einen Antrag zur Förderung der Suizidprävention verabschiedet. In dem fraktionsübergreifenden Antrag von CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen mit dem Titel „Suizidprävention weiter stärken – Menschen in Lebenskrisen helfen“ (BT-Drs. 18/12782) werden insgesamt 18 Forderungen, u. a. die Aufklärung über zielgruppenspezifische Beratungsangebote und die Sicherstellung eines kurzfristigen Zugangs zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung für Gefährdete, formuliert. Im April 2017 hat das Bundesgesundheitsministerium überdies die Bereitstellung finanzieller Förderungen für Forschungsprojekte zur Suizidprävention ausgeschrieben – und auf diese Weise den Stellenwert suizidpräventiven Handelns zum Ausdruck gebracht.

Suizidprävention in der psychotherapeutischen Praxis umfasst insbesondere krisentherapeutische Interventionen bei akutem suizidalem Erleben. Darüber hinaus stellt die Nachsorge bei Patienten nach einem Suizidversuch einen bedeutsamen Bereich der psychotherapeutischen Suizidprävention dar (WHO, 2014). Suizidversuche gelten – neben psychischen Erkrankungen – als der zentrale Risikofaktor für Suizide (Chan et al., 2016; Franklin et al., 2017).² In einer Metaanalyse kommen Carroll, Metcalfe und Gunnell (2014) zu dem Ergebnis, dass im ersten Jahr nach einem Suizidversuch 1,6 % der Betroffenen und im Zeitraum von 10 Jahren nach einem Suizidversuch in etwa 4 % der Betroffenen an einem Suizid versterben. Das Suizidrisiko von Personen, die sich absichtlich selbstverletzt haben, ist im ersten Jahr in etwa 37-mal so hoch wie in einer Vergleichsgruppe der Allgemeinbevölkerung (Olfson et

al., 2017). Hinsichtlich wiederholter Suizidversuche schätzen Carroll et al. (2014) das Risiko eines erneuten Suizidversuches im ersten Jahr auf 16 % und innerhalb der ersten fünf Folgejahre auf 17 %. Diese Zahlen werfen zwangsläufig die Frage auf, mit welchen psychotherapeutischen Maßnahmen dem erheblichen Wiederholungs- und Mortalitätsrisiko begegnet werden kann. Einzelne psychotherapeutische Behandlungsangebote, die sich gut in der ambulanten Praxis verwirklichen lassen, werden im Folgenden dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen.

Psychotherapie nach einem Suizidversuch

Im Rahmen eines aktuellen Cochrane-Reviews kommen Hawton et al. (2016) zu dem Ergebnis, dass insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (KVT) und die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) erneuten Suizidversuchen vorbeugen können. Insgesamt bezogen die Autoren 55 randomisiert-kontrollierte Studien in ihre Untersuchung ein. Neben psychotherapeutischen Verfahren (v. a. KVT, DBT, psychodynamische Therapie) wurde auch die Effektivität von so genannten Kontaktinterventionen und Case-Management-Ansätzen berücksichtigt. Primäres Outcomemaß war die Wiederholung intentionaler Selbstverletzung im Nachuntersuchungszeitraum von 6 bis 24 Monaten. Es zeigte sich, dass nach einer KVT- oder einer DBT-Behandlung weniger Betroffene einen erneuten Suizidversuch unternommen haben, als

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

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

nach einer Treatment-as-usual-Behandlung (TAU) (Zalsman et al., 2016).

Die Effektivität einer ambulanten kognitiven Therapie konnten beispielsweise *Brown et al. (2005)* belegen. In dieser Studie verglichen die Autoren eine suizidfokussierte kognitive Therapie mit einer TAU-Bedingung bei 120 Patienten, die kurz zuvor einen Suizidversuch unternommen hatten. Im Rahmen beider Studienbedingungen durften die Patienten (zusätzliche) Psychotherapie, Pharmakotherapie und/oder eine Suchtbehandlung in Anspruch nehmen. In dem 18 Monate währenden Untersuchungszeitraum fand sich eine um nahezu 50 % geringere Rate an Suizidversuchen in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur TAU-Bedingung (24 % KVT vs. 42 % TAU). Bei der untersuchten kognitiven Therapie suizidaler Handlungen (*Wenzel, Brown & Beck, 2009*) handelt es sich um eine Kurzzeittherapie, die zehn bis zwölf Sitzungen umfasst, in Ergänzung zu anderen Therapien eingesetzt werden kann und in drei Therapiephasen untergliedert wird: In der *Eingangsphase* stehen Aspekte der Risikoabschätzung, Krisenintervention und Therapieplanung im Vordergrund. In der *mittleren Therapiephase* werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Standardmethoden angewendet, um Patienten zu einem alternativen Umgang mit suizidalem Erleben zu verhelfen. Im Zentrum steht hierbei die Identifikation und Modifikation von automatischen Gedanken, Annahmen und Überzeugungen, die im Vorfeld eines Suizidversuchs aktiviert waren oder einen dispositionellen Risikofaktor darstellen. Darüber hinaus werden aber auch behaviorale Strategien, Problemlösestrategien und Techniken zur Affektregulation genutzt. In der *Abschlussphase* werden die erworbenen Fertigkeiten im Hinblick auf die Prävention zukünftiger suizidaler Handlungen zusammengefasst und im Rahmen der so genannten Relapse Prevention Task imaginativ erprobt. Der Nutzen eines entsprechenden Vorgehens wird auch durch eine aktuelle Untersuchung von *Rudd et al. (2015)* belegt: In dieser Studie wurden 152 Soldaten mit akuter Suizidalität entweder auf die oben skizzierte Weise mit der sogenannten Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT) behandelt oder erhielten eine TAU-Behandlung. Im 24 Monate währenden Untersuchungszeitraum unternahmen acht Patienten (14 %) der Behandlungsgruppe mindestens einen erneuten Suizidversuch im Vergleich zu 18 Teilnehmern (40 %) der TAU-Bedingung. Das Risiko für einen erneuten Suizidversuch konnte somit durch die BCBT um 60 % reduziert werden. Diese Befunde sprechen dafür, dass durch eine strukturierte und suizidfokussierte Kurzzeitbehandlung suizidales Verhalten wirksam reduziert werden kann. Hervorzuheben ist überdies, dass sich diese Behandlungsform von Therapeuten, die mit dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methodenrepertoire vertraut sind, ohne ein umfängliches Einarbeiten in neue Behandlungsstrategien umsetzen lässt.

Die Effektivität der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) wurde u. a. in einer Untersuchung von *Linehan et al. (2006)*

nachgewiesen. In dieser Studie wurde eine DBT-Behandlung mit einer psychotherapeutischen Versorgung durch erfahrene, vornehmlich psychodynamisch arbeitende Psychotherapeuten verglichen. Insgesamt wurden 101 Frauen behandelt, die an einer Borderline-Störung litten und alle mindestens zwei Suizidversuche und/oder Episoden selbstverletzenden Verhaltens in den vergangenen fünf Jahren erlebt hatten. Im Anschluss an die intensive, kombinierte einzel- und gruppen-therapeutische DBT-Behandlung zeigte sich im zweijährigen Untersuchungszeitraum eine um 50 % geringere Suizidversuchsrate in der DBT-Bedingung als in der Vergleichsgruppe (23 % vs. 46 %). In einer weiteren Studie untersuchten *Linehan et al. (2015)*, welche Komponenten der DBT besonders relevant für die Reduktion suizidalen Verhaltens waren. Hierzu wurde eine Standard-DBT-Behandlung verglichen mit (1.) einem Behandlungsarm, in dem die Patientinnen an einer Skillsgruppe teilnahmen und durch einen Case-Manager begleitet wurden, und (2.) einer DBT-Einzeltherapie, die in

— Suizidversuche gelten – neben psychischen Erkrankungen – als der zentrale Risikofaktor für Suizide. —

Kombination mit einer Aktivitätsgruppe durchgeführt wurde, in der aber keinerlei Fertigkeiten (Skills) vermittelt und eingeübt wurden. Insgesamt nahmen 99 Patientinnen teil, die wiederum mindestens zwei Suizidversuche und/oder Episoden selbstverletzenden Verhaltens in den vergangenen fünf Jahren erlebt hatten. Unter allen drei Bedingungen kam es zu einer signifikanten Reduktion aller Zielgrößen. Gruppenunterschiede hinsichtlich des Anteils an Suizidversuchen, der Anzahl von Suizidversuchen, des medizinischen Letalitätsrisikos vollzogener Suizidversuche und Suizidgedanken fanden sich hingegen keine. Allerdings war die Abbruchquote in der DBT-Standardbehandlung deutlich niedriger als in den anderen beiden Behandlungsarmen. Zudem zeigte sich, dass die Behandlungsbedingungen, die das Skillstraining beinhalteten, etwas effektiver in der Reduktion nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhaltens und hinsichtlich der Verbesserung von Depression und Angst waren als die DBT-Einzeltherapie ohne Skillstraining.

In weiteren randomisiert-kontrollierten Studien erwies sich die DBT-Behandlung zwar nicht als effektiver hinsichtlich der Reduktion suizidalen Verhaltens als psychodynamische Ansätze (*Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007; McMain et al., 2012*), gleichwohl fand sich aber auch hier eine signifikante Abnahme suizidalen Verhaltens unter dialektisch-behavioraler Therapie. Die DBT ist bisher die einzige spezifische Therapieform, bei der suizidales Verhalten in Studien wiederholt nachweislich reduziert werden konnte (*Hawton et al., 2016*) – und dies bei einer Patientenklientel, welche in aller Regel unter wiederkehrendem bzw. chronischem suizidalem Erleben und Verhalten leidet. Unter einer suizidpräventiven

Perspektive kommt der DBT somit enorme Bedeutung zu. Allerdings richtet sich die DBT-Behandlung hauptsächlich an Patienten mit einer Borderlinesymptomatik – es ist entsprechend unklar, ob und inwieweit suizidale Patienten mit anderen Symptommanifestationen gleichermaßen von einer DBT profitieren. Zudem stellt die Umsetzung einer dialektisch-behavioralen Therapie besondere Anforderungen an einen Therapeuten. So sind die Therapien auf einen längeren Zeitraum angelegt (≥ 1 Jahr), umfassen sowohl Einzel- als auch Gruppentherapiesitzungen, beinhalten zusätzliche Telefonkontakte und bedürfen der spezifischen Supervision (Bohus, 2002). Die Durchführung einer vollumfänglichen DBT-Behandlung eignet sich daher weniger zur kurzfristigen und fokussierten Aufarbeitung eines Suizidversuchs (siehe hierzu auch Andreasson et al., 2016).

Von grundsätzlicher Bedeutung ist es, dass suizidales Erleben und Verhalten den zentralen Fokus der Behandlung darstellen. So haben Interventionen, die auf die Reduktion assoziierter

— Von grundsätzlicher Bedeutung ist es, dass suizidales Erleben und Verhalten den zentralen Fokus der Behandlung darstellen. —

Psychopathologie (z. B. Depression, Hoffnungslosigkeit) abzielen, zumeist keinen nennenswerten Einfluss auf suizidales Erleben und Verhalten (Cuijpers et al., 2013; Meerwijk et al., 2016). Es scheint also nicht auszureichen, eine Depressions- oder eine Angstbehandlung vorzunehmen, um suizidalem Verhalten vorzubeugen; vielmehr bedarf es der spezifischen Behandlung des suizidalen Erlebens und Verhaltens selbst.

Optimierung der Behandlungsnachfrage

Ein wesentliches Hindernis für die wirksame Behandlung von Suizidversuchen ist – neben der unzureichenden Implementierung spezifischer Angebote in der Regelversorgung – die geringe Behandlungsnachfrage von Patienten nach einem Suizidversuch (Lizardi & Stanley, 2010). Im Rahmen des WHO World Mental Health Survey, einer multinationalen epidemiologischen Untersuchung in zehn Industrienationen (inklusive Deutschland) und elf Schwellen- bzw. Entwicklungsländern, zeigte sich beispielsweise, dass gerade einmal 49 bis 55 % derjenigen, die einen Suizidversuch unternommen haben, professionelle medizinisch-psychologische Hilfe wahrgenommen bzw. erhalten haben (Bruffaerts et al., 2011). Als Gründe für die geringe Behandlungsnachfrage gaben in den Industrienationen 56 % der Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, einstellungsbezogene Hinderungsgründe an, wie z. B. den Wunsch, das Problem allein lösen zu wollen (48 %), befürchtete Stigmatisierung (17 %) oder die Einschätzung, dass Behandlungen ineffektiv seien (3 %). Vierzig Pro-

zent der Befragten sahen keine Notwendigkeit einer Behandlung und 20 % führten strukturelle Barrieren (u. a. finanzielle Gründe, Erreichbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten) als Grund an. In anderen Untersuchungen fand sich die Angst vor einer (unfreiwilligen) Hospitalisierung als weiterer Hinderungsgrund für eine Behandlungsaufnahme (Hom, Stanley & Joiner, 2015).

Und selbst diejenigen, die sich zunächst in Behandlung begeben, nehmen oft nur wenige Sitzungen in Anspruch. So ist es in der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch nicht unüblich, dass gerade einmal 50 % der Patienten an allen vom Programm vorgesehenen Therapiesitzungen teilnehmen (Hawton et al., 2016). Ein möglicher Grund hierfür ist, dass suizidale Patienten sich von ihren Behandlern nicht ausreichend verstanden fühlen und ihnen der Fokus der Behandlung nicht relevant erscheint (Michel, Valach & Waeber, 1994). Darüber hinaus scheinen aber auch strukturelle Barrieren von Bedeutung zu sein (Berk, Henriques, Warman, Brown & Beck, 2004): So werden im chaotischen Alltag etwa Therapietermine vergessen, es fehlt an Geld, um die Fahrt zur Therapie zu bezahlen, oder es gibt niemanden, der in dieser Zeit die Kinderbetreuung übernehmen kann.

Die genannten Befunde verweisen einerseits auf die Notwendigkeit gezielter und umfänglicher Aufklärungskampagnen, wie sie im Antrag des Deutschen Bundestags (siehe oben) gefordert werden – und sich in Deutschland bereits als effektiv erwiesen haben (Althaus, Niklewski, Schmidtke & Hegerl, 2007). Andererseits braucht die Veränderung negativer Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme medizinisch-psychosozialer Behandlungsangebote vielfach sicher mehr als Psychoedukation und Wissensvermittlung. Hier sind psychotherapeutische bzw. beraterische Fertigkeiten gefordert, um den Übergang von einer medizinischen Erstversorgung zu einer umfassenden Nachbehandlung anzubahnen.

Insbesondere das Motivational Interviewing (MI) (Miller & Rollnick, 1991) stellt einen Ansatz dar, welchen Behandler nutzen können, um Patienten nach einem Suizidversuch zu einer weiterführenden Behandlung zu motivieren (Britton, Patrick, Wenzel & Williams, 2011). Beim Motivational Interviewing handelt es sich um einen klientenzentrierten Beratungsansatz, der sich vor allem an Personen mit geringer oder ambivalenter Änderungsbereitschaft richtet. Durch ein direktives, aber nicht-konfrontatives Vorgehen wird dem Patienten geholfen, sich ambivalenter Haltungen bewusst zu werden und sich bestenfalls eigenständig für eine Verhaltensänderung zu entscheiden (Demmel, 2012; Teismann, Koban, Illes & Oermann, 2016). King und Kollegen (2015) konnten im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie zeigen, dass College-Studierende, die ein erhöhtes Suizidrisiko aufwiesen, in Folge einer MI-orientierten Online-

Elemente des Notfallplans

(1) Identifikation von Warnzeichen einer suizidalen Krise

Woran werden Sie merken, dass Sie den Notfallplan einsetzen sollten? Was sind Anzeichen dafür, dass es gefährlich für Sie wird?

Hier geht es um die Identifikation von Gedanken/Vorstellungsbildern, Denkprozessen, Stimmungen und Verhaltensweisen. Relevante Warnzeichen sollten in den Worten der Patienten notiert werden, z. B. vermehrtes Grübeln, anhaltende Gedanken, dass „ich ein Versager bin“, Übererregung, Aggressivität.

(2) Bewältigungsstrategien, die unabhängig von anderen Personen genutzt werden können

Was können Sie für sich alleine tun, um die Gedanken nicht in die Tat umzusetzen? Was hilft Ihnen dabei, sich zu beruhigen – und sei es auch nur für eine kurze Zeit? Was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen?

Die unterschiedlichsten Strategien können hier notiert werden, z. B. kalt duschen, Schokolade essen, Lieblingsmusik hören, Youtube-Videos gucken, ins Bett legen, putzen, kochen usw. Der Psychotherapeut kann dem Patienten auch Strategien zur Regulation starker Emotionen vorschlagen. Zurückgreifen lässt sich hierzu auf Stresstoleranz-Skills, wie sie in der DBT beschrieben und genutzt werden: Intensive körperliche Stimulation (z. B. Eiswürfel in den Mund nehmen, Ammoniak zufächeln, Chilischote kauen etc.), Konzentration auf gegenwärtige Sinneseindrücke, Entspannungstechniken, beruhigende Aktivitäten (ein warmes Bad nehmen, etwas Leckeres essen). Voraussetzung für eine Integration in den Notfallplan ist, dass die Strategien ohne vorausgehendes Training unmittelbar umgesetzt werden können.

(3) Personen und soziale Situationen aufsuchen, die einen ablenken

Gibt es Personen, die Ihnen dabei helfen können, auf andere Gedanken zu kommen? Sie müssen diesen nichts von Ihren Suizidgedanken erzählen. Gibt es Orte, die Sie aufsuchen können; Orte, die Ihnen ein Gefühl der Sicherheit vermitteln und an denen Sie unter Menschen sind?

Aufgelistet werden können Freunde und Familienangehörige, die eine stabilisierende Wirkung auf den Patienten haben. Die entsprechenden Personen sollten mit Telefonnummer im Notfallplan eingetragen werden. Zusätzlich sollten Orte notiert werden, die von dem Patienten selbstän-

dig aufgesucht werden können und an denen er sich sicher fühlt, z. B. Cafés, Restaurants, Kirchen, Fitnessstudio, Einkaufszentren, Buchläden, Kino.

(4) Personen, die gezielt um Hilfe gebeten werden können

Wen von Ihren Freunden, Bekannten und Familienmitgliedern können Sie in einer Krisensituation um Hilfe bitten? Wer kann Sie unterstützen und mit wem können Sie über Ihre Schwierigkeiten sprechen?

Sollten die bisherigen Strategien noch keine ausreichende Wirkung gezeigt haben, dann sollten sich die Betroffenen einer nahestehenden Person offenbaren und um Hilfe bitten. Natürlich können an dieser Stelle die gleichen Personen kontaktiert werden wie im Schritt zuvor – es geht nun aber darum, suizidales Erleben offen anzusprechen. Personen, die an dieser Stelle des Notfallplans notiert werden, sollten hierüber vorab informiert werden, d. h. es sollte gefragt werden, ob sie hierfür zur Verfügung stehen.

(5) Kontakte zu professionellen Hilfsstellen

An welche Stellen können Sie sich wenden, wenn private Kontakte nicht mehr ausreichen?

In der letzten Eskalationsstufe des Notfallplans müssen immer Kontaktanschriften des professionellen Hilfesystems aufgelistet werden. Einzutragen sind beispielsweise die Nummer des behandelnden Haus- und Facharztes, die Telefonnummer der Telefonseelsorge oder anderer telefonischer Hilfsdienste, die Anschrift und Telefonnummer der notfallaufnehmenden Klinik, die Nummer lokaler Krisenzentren, die Nummer des Notarztes und ggf. auch die des Psychotherapeuten.

(6) Den Zugang zu letalen Mitteln begrenzen

Wie können Sie sich davor schützen, dass Sie suizidale Impulse spontan in die Tat umsetzen?

Hier geht es darum, dass potentiell letale Mittel verschlossen oder unzugänglich aufbewahrt bzw. gänzlich beseitigt werden. Im Einzelnen kann es also beispielsweise darum gehen, dass ein Medikamentenvorrat weggeworfen oder einer vertrauten Person zur Verwahrung gegeben wird, dass das Auto eine Zeit lang nicht verwendet wird, dass keine Rasierklingen im Haus sind usw.

Intervention nicht nur eine erhöhte Veränderungsbereitschaft berichteten, sondern auch tatsächlich häufiger psychologische/psychiatrische Hilfe in Anspruch nahmen als Teilnehmer einer Kontrollintervention.

Alternativ bzw. in Ergänzung zu solchen motivationsfokussierten Interventionen empfiehlt sich der Einsatz von niederschweligen, ultrakurzen Psychotherapieinterventionen, um sowohl das Inanspruchnahmeverhalten als auch die Behandlungcompliance von Patienten nach einem Suizidversuch zu verbessern. Die mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie geschaffene Möglichkeit einer „Akutbehandlung“ stellt für solche Interventionen einen sehr guten (Abrechnungs-)Rahmen dar.

Psychotherapeutische Ultrakurzinterventionen

Im Rahmen der ultrakurzen Interventionen erfährt derzeit das Safety Planning, d. h. die Erarbeitung von Notfall- bzw. Sicherheitsplänen, besondere Aufmerksamkeit (siehe hierzu www.zerosuicide.sprc.org). Notfallpläne sind in der Regel Teil umfassenderer Behandlungsprogramme; für den Einsatz in zeitlimitierten Settings (z. B. Notaufnahme) wurde das Safety Planning von *Stanley und Brown (2012)* jedoch als Stand-Alone-Treatment in manualisierter Form ausgearbeitet. Im Rahmen dieser Intervention wird mit den Patienten zunächst eine Risikoabschätzung vorgenommen und es wird versucht, ein genaues Verständnis eines zurückliegenden Suizidversuchs oder einer zurückliegenden suizidalen Krise zu gewinnen. Im nächsten Schritt wird mit den Patienten ein

ASSIP Sitzungsinhalte

- (1) In der **ersten Sitzung**, dem narrativen Interview, werden die Patienten gebeten, ihre Geschichte in ihren eigenen Worten zu erzählen, die zum Suizidversuch geführt hat (*Erzählen Sie doch bitte, wie es zu dem Suizidversuch kam ...?*). Der Therapeut lässt dem Patienten Raum, die Geschichte so zu erzählen, wie er sie erlebt hat. Er ist angehalten, Pausen zuzulassen und die Erzählung nicht durch Fragen zu unterbrechen. Erst wenn der Patient mit seiner Geschichte nach 20 bis 40 Minuten abgeschlossen hat, darf der Therapeut offene Verständnisfragen klären (*Können Sie mir das nochmal genauer erklären?*). Das Ziel des narrativen Interviews ist es, in einem biographischen Kontext ein gemeinsames, patientenorientiertes Verständnis der suizidalen Geschichte zu entwickeln. Im Mittelpunkt stehen individuelle Muster, die zu suizidalen Verhalten führten, wie auch persönliche Vulnerabilitäten und Trigger-Ereignisse. Die Sitzung wird auf Video aufgezeichnet.
- (2) In der **zweiten Sitzung**, dem Video-Playback, sitzen Patient und Psychotherapeut Seite an Seite und schauen ausgewählte Sequenzen des aufgezeichneten Narrativs an. Der Patient wird aufgefordert, das Video immer dann zu stoppen, wenn er etwas ergänzen möchte oder wenn ihm etwas als besonders bedeutsam erscheint. Ziel des Video-Playbacks ist es, den mentalen Zustand (den sogenannten suizidalen Modus) des Patienten in einem sicheren Setting zu reaktivieren und gleichzeitig den Übergang des erlebten psychischen Schmerzes/Stresses hin zu suizidalem Verhalten zu rekonstruieren. Automatische Gedanken, Gefühle, physiologische Veränderungen und daraus resultierende Verhaltensmuster werden identifiziert. Eine kognitive Umstrukturierung und emotionale Neuintegration wird ermöglicht. Psychoedukative Unterlagen („Suizid ist keine überlegte Handlung“) werden dem Patienten mit nach Hause gegeben.
- Für die dritte Sitzung bereitet der Psychotherapeut eine schriftliche Zusammenfassung der Muster und Abläufe der suizidalen Krise vor. Die Zusammenfassung sollte in der Ich-Form erstellt werden und Handlungsvorschläge im Sinne weiter zu bearbeitender Themen sowie Warnsignale und Sicherungsstrategien beinhalten.
- (3) In der **dritten Sitzung** wird der Hausaufgabentext besprochen und wichtige Aspekte in ein gemeinsames Erklärungsmodell aufgenommen.

men. Der schriftliche Entwurf der individuellen und suizidspezifischen Fallkonzeption wird gemeinsam überarbeitet. Längerfristige Therapieziele, die im Zusammenhang stehen mit zukünftigen suizidalen Krisen, persönlichen Warnzeichen und suizidspezifischen Strategien werden erarbeitet und anschließend auf ein kreditkartengroßes Lepad (Zick-Zack-Faltheft) kopiert, mit dem Ziel, dies immer bei sich zu tragen. Zusätzlich erhalten die Patienten eine Notfallkarte mit den wichtigsten Notfallnummern, um einen einfachen Zugang zum Helfersystem zu garantieren.

- (4) In der **vierten Sitzung**, die optional angeboten wird, werden die erarbeiteten Strategien im Rahmen einer Video-Exposition anhand des Videos eingeübt. Der Patient betrachtet die Videoaufnahme aus der ersten Sitzung und wird aufgefordert, seine eigene Geschichte der Suizidalität mit den erarbeiteten Strategien zu unterbrechen, um suizidales Erleben (den suizidalen Modus) und Verhalten in zukünftigen suizidalen Krisen frühzeitig beeinflussen bzw. unterbrechen zu können.

Im Anschluss an die drei bis vier Sitzungen der Kurztherapie ASSIP bekommen die Patienten über zwei Jahre hinweg regelmäßig halbstandardisierte Briefe zugeschickt (im ersten Jahr alle drei Monate, im zweiten Jahr alle sechs Monate). Hierbei werden die Patienten daran erinnert, dass auch zukünftig suizidale Krisen auftreten können und wie ihre eigenen erarbeiteten Strategien hierfür aussehen. Ziel ist es, eine lose, aber anhaltende therapeutische Verankerung zu halten und einen einfachen Zugang zum Helfersystem zu gewährleisten.

Mit der zuletzt genannten Intervention greifen *Gysin-Maillart und Michel (2013)* eine Methode auf, die sich in verschiedenen vorangegangenen Studien als erstaunlich wirksam in der Prävention von Suizidversuchen und Suiziden erwiesen hat (Hassan-Moghaddam, Sarjami, Kolahi & Carter, 2011; *Motto & Bostrom, 2001*). Auch wenn die Befundlage zur Effektivität entsprechender Postkarten- bzw. Briefinterventionen nicht vollständig konsistent ist (Milner, Carter, Pirkis, Robinson & Spittal, 2015), ist die Intervention so unaufwendig und kostengünstig, dass eine Anwendung empfohlen werden kann.

Notfallplan für den Fall einer erneuten suizidalen Krise ausgearbeitet. Bei dem Notfallplan handelt es sich um eine Liste von hierarchisch organisierten Strategien und Personen/Institutionen, die ein Patient im Fall einer erneuten suizidalen Zuspitzung anwenden bzw. kontaktieren kann (siehe Kasten „Elemente des Notfallplans“).

Aktuell wird die Effektivität des Safety Planning in mehreren amerikanischen Studien untersucht (Currier et al., 2015; Ghahramanlou-Holloway et al., 2014). In einer ersten abgeschlossenen Untersuchung konnten *Bryan et al. (2017)* zeigen, dass das Safety Planning einem „Antisuizidversprechen“ hinsichtlich der Reduktion von Suizidversuchen deutlich überlegen ist. In dieser Studie erhielten 97 Soldaten, die unter Suizidgedanken litten und/oder im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch unternommen hatten, entweder eine Safety Planning Intervention wie oben beschrieben oder durch-

liefen eine TAU-Behandlung, bei welcher nach einer Risikoabschätzung ausschließlich ein Antisuizidversprechen eingeholt wurde. Im Nachuntersuchungszeitraum von sechs Monaten kam es – bei unterschiedlichen Gruppengrößen – zu drei Suizidversuchen in der Safety Planning Bedingung (4,9 %) und fünf Suizidversuchen in der TAU-Bedingung (19 %). Patienten in der Safety Planning Bedingung hatten damit ein 76 % geringeres Wiederholungsrisiko als Patienten in der TAU-Bedingung. Dieser vorläufige Befund verweist auf den Nutzen dieser sehr fokussierten Intervention, die sich mit einem Zeitaufwand von ca. 60 bis 90 Minuten umsetzen lässt und sich keiner Therapieschule verpflichtet fühlt. Als Stand-Alone-Behandlung hat die Intervention vor allem Relevanz in Kontexten, die ein umfassenderes psychotherapeutisches Handeln nicht erlauben (z. B. im Kontext von Konsiliaruntersuchungen, in der Notaufnahme, bei Patienten, die nach einem Suizidversuch auf eine rasche Entlassung drängen).

Eine etwas umfassendere Behandlungsalternative stellt das Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) von *Gysin-Maillart und Michel (2013)* dar, welches sich in einer ersten Studie als sehr effektiv erwiesen hat. Das Kurzprogramm umfasst insgesamt drei bis vier Sitzungen und zielt darauf ab, die Hintergründe einer suizidalen Krise zu klären und präventive Maßnahmen zu erarbeiten. ASSIP wird dabei immer flankierend zu einem regulär laufenden Behandlungsangebot (ambulant, teilstationär oder stationär) durchgeführt (siehe Kasten „ASSIP Sitzungsinhalte“).

Die Effektivität von ASSIP wurde bislang in einer randomisiert-kontrollierten Studie untersucht (*Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert & Michel, 2016*). In dieser Studie erhielten 120 Patienten, die zuvor mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten, entweder ein klinisches Interview oder eine ASSIP-Behandlung, beide zusätzlich zu TAU. Im zweijährigen Gesamtuntersuchungszeitraum kam es zu fünf Suizidversuchen in der ASSIP-Bedingung und zu 41 Suizidversuchen in der Kontrollbedingung. Der Anteil an Patienten, die einen oder mehrere Suizidversuche unternahmen, lag bei 8,3 % (n = 5) in der ASSIP-Bedingung im Vergleich zu 26,7 % (n = 16) in der Kontrollbedingung. Patienten der ASSIP-Gruppe hatten damit ein um annähernd 80 % geringeres Risiko, einen späteren Suizidversuch zu unternehmen, als die Kontrollgruppe.

Die Ergebnisse liefern deutliche Hinweise auf die Effektivität von ASSIP. Das Verfahren bietet sich als niederschwellige Brückenintervention im Übergang von einer stationär-psychiatrischen Behandlung hin zu einer ambulant-psychotherapeutischen Therapie an. Allerdings bleiben auch in Bezug auf ASSIP weitere Effektivitätsstudien abzuwarten.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass spezifische psychotherapeutische Angebote für Patienten nach einem Suizidversuch einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention leisten können. Insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und die dialektisch-behaviorale Therapie haben sich in Studien bisher bewährt. Von grundsätzlicher Bedeutung scheint es zu sein, dass suizidales Erleben und Verhalten den zentralen Ansatzpunkt der Behandlung darstellen sollten (*Meerwijk et al., 2016*). Kritisch muss jedoch angemerkt werden, dass die empirische Fundierung suizidpräventiver Psychotherapieinterventionen noch sehr lückenhaft ist: Im Vergleich mit anderen Problemfeldern gibt es nur wenige randomisiert-kontrollierte Studien, es fehlt nahezu vollständig an Replikationsstudien (bestenfalls durch unabhängige Untersuchergruppen) und es wurden nur in Ausnahmefällen verschiedene aktive Behandlungsformen gegeneinander getestet. Zur Über- oder Unterlegenheit verschiedener Psychotherapiever-

fahren lässt sich bislang somit keine sichere Aussage treffen. Darüber hinaus werden entsprechende Angebote von Betroffenen nur selten genutzt. Hier braucht es weitere Aufklärung

— Ultrakurze Psychotherapieverfahren könnten das Potential haben, einen sehr niederschweligen Zugang mit hoher Effektivität zu verknüpfen. —

wie aber auch gezielte Motivierung. Ultrakurze Psychotherapieverfahren, wie das Safety Planning oder ASSIP, könnten das Potential haben, einen sehr niederschweligen Zugang mit hoher Effektivität zu verknüpfen. Weitere Studienergebnisse bleiben diesbezüglich abzuwarten.

Gleichwohl ermöglicht der Einsatz empirisch-validierter Therapieverfahren bereits jetzt einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention. Die meisten der hier vorgestellten Verfahren lassen sich dabei gut mit dem Kontingent einer psychotherapeutischen Akutbehandlung oder einer Kurzzeittherapie (KZT 1) in der ambulanten Praxis umsetzen und abrechnen.

Literatur

- Britton, P., Patrick, H., Wenzel, A. & Williams, G. (2011). Integrating motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 16-27.
- Brown, G. K., TenHave, T., Henriques, G., Xie, S., Hollander, J. & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563-570.
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R. et al. (2017). Effect of crisis response planning vs. contract for safety on suicide risk in U.S. army soldiers. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64-72.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X. et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors. *Psychology Bulletin*, 143, 187-232.
- Gysin-Maillart, A. & Michel, K. (2013). *Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program*. Bern: Huber.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M. & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for attempted suicide: Two-year follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13, e1001968.
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P. et al. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, No.: CD012189.
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H. et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-1401.
- Linehan, M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsu, A. D. et al. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with Borderline Personality Disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA*, 72, 475-482.
- Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S. & Lee, K. A. (2016). Direct and indirect psychosocial and behavioral interventions to prevent suicide and suicide attempt: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 544-554.
- Motto, J. & Bostrom, A. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52, 828-833.
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertemberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J. et al. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects

on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow up. *American Journal of Psychiatry*, 172, 441-449.

Stanley, B. & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256-264.

Teismann, T., Koban, C., Illes, F. & Oermann, A. (2016). *Psychotherapie suicidal Patienten*. Göttingen: Hogrefe.

Wenzel, A., Brown, G. & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: scientific and clinical applications*. Washington, D. C.: American Psychological Association.



Dr. Tobias Teismann

Korrespondenzadresse:
Ruhr-Universität Bochum
Abteilung für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Massenbergstraße 11
44788 Bochum
tobias.teismann@rub.de

Dr. Tobias Teismann ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Er leitet das Zentrum für Psychotherapie, die Hochschul- und Ausbildungsambulanz der Ruhr-Universität Bochum. Seine Forschungsschwerpunkte sind Depression und depressives Grübeln, Suizidalität und Suizidprävention.



PD Dr. Thomas Forkmann

PD Dr. Thomas Forkmann ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Er lehrt und forscht als wissenschaftlicher Mitarbeiter und stellvertretender Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Uniklinik der RWTH Aachen zum Thema Suizidalität und ist als Dozent in der Psychotherapieausbildung tätig.



Dr. phil. Anja Gysin-Maillart

Dr. phil. Anja Gysin-Maillart ist Fachpsychologin für Psychotherapie FSP mit kognitiv-behavioralem Schwerpunkt und leitet die Sprechstunde für Patienten nach Suizidversuch ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) in der Poliklinik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) AG, Schweiz. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Translationale Forschung (ZTF) der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie liegt ihr Forschungsschwerpunkt in der klinischen Suizidprävention.



PD Dr. Heide Glaesmer

PD Dr. Heide Glaesmer ist Diplompsychologin und Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und stellvertretende Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig. Sie leitet dort die Arbeitsgruppe „Suizidalitätsforschung“.

Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie

Notwendige Diskussion der Perspektiven von Psychotherapeuten und Juristen

Andrea Schleu, Giulietta Tibone, Thomas Gutmann & Jürgen Thorwart

Zusammenfassung: Aus wissenschaftlicher und klinischer psychotherapeutischer Sicht ist zweifelsfrei jeder sexuelle Kontakt in einer psychotherapeutischen Behandlung ein Missbrauch der Machtposition des Psychotherapeuten. Die aktuelle Rechtsprechung steht dazu, abweichend von der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers, zunehmend im Widerspruch.

Einleitung

Anlass für diese interdisziplinäre Veröffentlichung ist die Diskrepanz zwischen psychotherapeutischen Erkenntnissen einerseits und einer sich zunehmend verengenden juristischen Interpretation des § 174c StGB, wie sie insbesondere in einer Reihe jüngerer Urteile zum sexuellen Missbrauch in der Psychotherapie und Beratung (§ 174c Abs. 1 und 2 StGB)¹ zum Ausdruck kommt, andererseits. Diese Diskrepanz macht in unseren Augen einen Dialog zwischen Psychotherapeuten² und Juristen dringend erforderlich, um zu verhindern, dass die rechtliche Sanktionierung des sexuellen Missbrauchs in Psychotherapie und Beratung entgegen fachlicher Evidenz noch weiter ausgehöhlt wird. Während der Gesetzgeber bei der Reform des Strafgesetzbuchs auf realistischer Grundlage von ca. 600 Fällen sexuellen Missbrauchs in psychotherapeutischen Behandlungsverhältnissen pro Jahr in Deutschland ausging, liegt die absolute Zahl der Aburteilungen wegen § 174c Abs. 2 StGB seit Einführung der Norm im Jahr 1998 im Schnitt unter vier pro Jahr.³ Die gegenwärtig zu beobachtende Reduktion des Anwendungsbereichs der Norm wird auch bei den wenigen Geschädigten, die eine strafrechtliche Verfolgung ihres mutmaßlichen sexuellen Missbrauchs anstreben, zu Erfahrungen der Ohnmacht und der Vergeblichkeit führen.

Wir werden im Folgenden dafür plädieren, § 174c Abs. 2 StGB⁴ – soweit möglich – auf eine Weise zu verstehen, die im Einklang mit dem Stand psychotherapeutischer Erkenntnisse steht und die Prinzipien reflektiert, die den ethischen und berufsrechtlichen Geboten psychotherapeutischer Tätigkeit zugrundeliegen. Wir argumentieren damit – mit einer Ausnahme (siehe den Abschnitt zur Zeitdimension) – zugleich zugunsten eines Verständnisses, das den Umgang mit der Norm wieder den Intentionen des Gesetzgebers annähert.

Sinn und Schutzzweck der Norm

Dem Gesetzgeber war bewusst, dass Missbrauch in psychotherapeutischen Behandlungen spezifischen Dynamiken

folgt: Die besondere Schutzbedürftigkeit der Patienten⁵ ergibt sich, so die Begründung des Gesetzes, aus der Eigenart der psychotherapeutischen Behandlung, die den Patienten regelmäßig in eine tiefgreifende Abhängigkeit zum Therapeuten geraten lässt und diesem eine große Machtstellung verleiht.⁶ Aus diesem Grund schließen weder das (regelmäßig vorliegende) Einverständnis des Opfers noch der Umstand, dass die Initiative zu den sexuellen Handlungen vom Opfer ausgegangen sein mag, den Tatbestand aus.⁷ Die Einhaltung von Berufspflichten des Psychotherapeuten ist insoweit nicht

1 Vgl. insb. BGH, 4StR 669/10 vom 14.04.2011 = BGHSt 56, 226, 234 = NJW 2011, 1891, 1893 und BGH 4 StR 133/2016 vom 02.05.2016 = NStZ 2016, 529; Verwaltungsgericht Berlin VG 90 A 5.04 vom 21.04.2006 und Landgericht Bochum 11-8 KLS-49 Js 24 7/14-20/15 vom 01.09.2015.

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

3 Nach der Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamts waren es sechs im Jahr 2004, je vier in den Jahren 2005 und 2006, drei im Jahr 2007, 14 im Jahr 2010, sechs im Jahr 2011, zwei im Jahr 2013, vier im Jahr 2014, drei im Jahr 2016 und jeweils eine in den Jahren 2008, 2009, 2012 und 2015. Die Zahl der Aburteilungen wegen § 174c Abs. 1 StGB im Jahr 2016 betrug demgegenüber 31. Vgl. jeweils Statistisches Bundesamt, Strafverfolgung – Fachserie 10 Reihe 3 (Ausgabe 2016). Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen> [25.01.2018].

4 § 174c StGB lautet: (I) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit oder wegen einer körperlichen Krankheit oder Behinderung zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Missbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. (II) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt. (III) Der Versuch ist strafbar.

5 Wir sprechen aufgrund der neu eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal und aus Gründen der besseren Lesbarkeit von Patienten. Es muss aber berücksichtigt werden, dass die Geschädigten durch sexuelle Grenzverletzungen überwiegend Frauen, die Beschuldigten überwiegend Männer sind.

6 Vgl. BT-DrS. 13/8267, 7.

7 BGHSt 56, 226 = NJW 2011, 1891, 1893; BGH NStZ 2016, 529 und BGHSt 61, 208 = NJW 2016, 2965 (jeweils zu § 174c Abs. 1 StGB, dies gilt aber auch für Abs. 2), vgl. Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c Rn. 2; Beck'scher Online Kommentar zum StGB [Beck OK] – Ziegler, Stand: 01.08.2017, § 174c Rn. 7 und prägnant Renzikowski, NStZ 2011, 696.

disponibel,⁸ und die paternalistische Beschränkung der Verfügungsfreiheit des Patienten über seinen Körper findet ihre Rechtfertigung in seiner temporären Abhängigkeitssituation, seiner beeinträchtigten Fähigkeit zu sexueller Selbstbestimmung und dem enormen Schadenspotential von sexuellen Beziehungen zwischen Therapeut und Patient.⁹ Die massiv iatrogen schädigenden Auswirkungen von sexuellen Handlungen und auch von verbalen sexuellen Verletzungen durch Ärzte und Psychotherapeuten sind hinlänglich bekannt und wissenschaftlich nachgewiesen (u. a. Becker-Fischer, Fischer, Heyne & Jerouschek, 1995; Eichenberg, Dorniak & Fischer, 2009; Fischer & Becker-Fischer, 2005; Gabbard, 2006; Hirsch, 2012; Hoffmann, Rudolf & Strauß, 2008; Kaczmarek et al., 2011; Kaczmarek et al., 2012; Krejci, 2008; Schleu, 2014; Schleu, Hillebrand, Kaczmarek & Strauß, 2013; Schoener, Milgrom, Gonsiorek, Luepker & Conroe, 1989; Strauß, 2017; Strauß & Mattke, 2013; Tibone & Schmieder-Dembek, 2015; Tibone, 2017; Tschan, 2005; Wallace, 2008; Zwettler-Otte, 2007).¹⁰

Zum Merkmal des zur psychotherapeutischen Behandlung „Anvertraut-Seins“

Der Bundesgerichtshof hat geklärt, dass das Behandlungs-, Beratungs- oder Betreuungsverhältnis hinsichtlich des Merkmals des „Anvertraut-Seins“ nicht von einer Intensität und Dauer sein muss, dass eine Abhängigkeit entstehen kann, die es dem Opfer zusätzlich – d. h. über die mit einem derartigen Verhältnis allgemein verbundene Unterordnung unter die Autorität des Täters und die damit einhergehende psychische Hemmung hinaus – erschwert, einen Abwehrwillen gegenüber dem Täter zu entwickeln und zu betätigen.¹¹ Die sexuellen Handlungen müssen zudem auch nicht im Rahmen konkreter Behandlungs- oder ähnlicher Termine vorgenommen werden.¹² Über diese Feststellungen hinaus wird der Anwendungsbereich der Norm jedoch zunehmend verengt.

Die Zeitdimension

Schon der Gesetzgeber selbst hat den Schutzbereich der Norm in zeitlicher Hinsicht insoweit eng gefasst, als er die Strafbarkeit nach § 174c Abs. 2 StGB nicht auch auf sexuelle Kontakte nach Abschluss der Behandlung ausgedehnt hat, obgleich die berufsethische Diskussion diese in bestimmtem Rahmen ebenfalls untersagt.¹³ Das Opfer muss dem Täter nach dem Gesetzeswortlaut zum Zeitpunkt der Tathandlung noch „anvertraut“ sein; hieran fehlt es nach der Rechtsprechung und der überwiegenden Literatur nach tatsächlichem regulärem Abschluss der Behandlung, selbst wenn das therapeutische Abhängigkeitsverhältnis fortbesteht.¹⁴ Immerhin soll nach der Intention des Gesetzgebers eine bloße Beendigung „pro forma“ oder „nur zum Schein“ der Tatbestandserfüllung aber nicht entgegenstehen¹⁵ und der Patient aufgrund der besonderen Behandlungssituation in der Psychotherapie dem Therapeut auch dann „anvertraut“ bleiben, wenn die Behandlung trotz weiter bestehender medizinischer Indikati-

on vorzeitig abgebrochen und nicht anderweitig fortgesetzt wird.¹⁶ Insoweit hat der Gesetzgeber die Besonderheit der psychotherapeutischen Beziehung gewürdigt, die durch eine formelle Beendigung nicht aufgelöst wird, sondern innerlich – unbearbeitet – fort dauert. Gerade die tiefgreifende psychische Auslieferung durch die Aufnahme einer sexuellen Beziehung in einem Macht- und Autoritätsverhältnis zum eigenen Psychotherapeuten kann Jahre anhalten, und dies sogar auch, wenn die Auflösung der sexuellen Beziehung durch einen Entschluss des Patienten stattgefunden hat. Diese Dynamik verhindert in der überwiegenden Anzahl uns bekannter Fälle die Anzeige seitens der Betroffenen und die berufs- oder strafrechtliche Verfolgung des sexuellen Missbrauchs. Gerade die Anerkennung einer solchen besonders schädlichen Dynamik war der Motor der Einführung des § 174c in das Strafgesetzbuch.

Das Berufsrecht geht hier allerdings aus guten Gründen weiter. Nach der Muster-Berufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in der das allgemeine ethische Verständnis der Profession zum Ausdruck kommt, gilt das *Abstinenzgebot* „auch für die Zeit nach Beendigung der Psychotherapie, solange noch eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Abhängigkeitsbeziehung der Patientin oder des Patienten zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten gegeben ist“ – „Bevor private Kontakte aufgenommen werden, ist mindestens ein zeitlicher Abstand von einem Jahr einzuhalten“ (sog. *Karenzzeit*).¹⁷ Der Psychotherapeut ist also auf jeden Fall verpflichtet, mindestens bis zu einem Jahr nach Ende der Be-

8 BT-DrS. 13/8267, 7; Kindhäuser et al. – Frommel, Strafgesetzbuch, 5. Aufl. 2017, § 174c Rn. 10.

9 Leipziger Kommentar [LK] – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 3; Münchener Kommentar zum StGB [MüKo] – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 8. Siehe zur sexuellen Selbstbestimmung als positive und negative Freiheit Hörnle ZSTW 127 (2015), 851, 859ff.

10 Das Literaturverzeichnis zu den im Text angegebenen Quellen finden Sie auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

11 BGH NStZ 2012, 440, 441 und BGHSt 56, 226, 234 = BGH NJW 2011, 1891, 1893, jeweils zu § 174c Abs. 1 StGB; dies gilt aber auch für Abs. 2; vgl. Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c Rn. 7.

12 OLG Karlsruhe, Urteil vom 04.06.2009, BeckRS 2009, 20082.

13 Vgl. etwa die *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (incl. 2016 Amendments) der American Psychological Association, 10.08 – Sexual Intimacies with Former Therapy Clients/Patients. Verfügbar unter: <https://www.apa.org/ethics/code/index.aspx> [20.01.2018].

14 So das Landgericht Offenburg, Beschluss vom 30.11.2004, NstZ-RR 2005, 74, sowie Beck OK – Ziegler, § 174c Rn. 7; Schönke/Schröder – Perron/Eisele, StGB, 29. Aufl. 2014, § 174c Rn. 6; Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c Rn. 8; LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 38; MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 23 sowie Kindhäuser et al. – Frommel, StGB, 5. Aufl. 2017, § 174c Rn. 4.

15 BT-DrS. Nr. 13/8267; Beck OK – Ziegler, Stand: 01.08.2017, § 174c Rn. 7; MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 23; Schönke/Schröder – Perron/Eisele, StGB, 29. Aufl. 2014, § 174c Rn. 6; Fischer, StGB, 62. Aufl. 2015, § 174c Rn. 8; LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 37; ebenso das LG Offenburg, Beschluss vom 30.11.2004, NstZ-RR 2005, 74.

16 MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 23; LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 37 (für den Fall nicht sachgerechten Behandlungsabbruchs).

17 Bundespsychotherapeutenkammer, Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, i. d. F. v. 17.5.2014, § 6 (7). Siehe zu den insoweit strengeren Regeln der *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* der American Psychological Association oben, Fn. 13.

handlung die Abstinenz zu wahren, weil aus professioneller Sicht das „Anvertraut-Sein“ eines Patienten nicht unmittelbar mit dem faktischen Abschluss der Behandlung beendet ist.

Der gegenwärtige Wortlaut des § 174c dürfte dem Versuch entgegenstehen, auf interpretativem Weg den strafrechtlich erfassten Bereich dem berufsrechtlich relevanten anzugleichen.¹⁸ Deshalb erscheint aus psychotherapeutischer Sicht eine dem Berufsrecht folgende Ergänzung des § 174c Abs. 2 StGB durch den Gesetzgeber gerade um des von der Norm intendierten Rechtsgüterschutzes willen notwendig.

Die Bestimmung des Täterkreises in Absatz 2 des § 174c StGB

Es war die ausdrücklich erklärte Absicht des Gesetzgebers, mit der Norm *alle faktischen* Psychotherapieverhältnisse zu adressieren, unabhängig von der beruflichen Qualifikation des Behandlers, die für den Patienten im Übrigen auch nicht immer erkennbar ist.¹⁹ Der Gesetzgeber wollte ausdrücklich auf eine Beschränkung des Täterkreises verzichten, da sonst „Außenseiter, die keinen anerkannten Heilberuf ausüben“, nicht erfasst würden.²⁰ Gerade Fälle sexuellen Missbrauchs durch Heilpraktiker (auch im Rahmen des vom Bundesgerichtshof ignorierten Berufs des Heilpraktikers für Psychotherapie), die bis dato nicht strafbar gewesen waren, sollten durch die neue Vorschrift des § 174c Abs. 2 StGB ganz ausdrücklich strafbar sein.

Gleichwohl hat der Bundesgerichtshof am 29.09.2009²¹ unter Berufung auf den verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgrundsatz für Strafnormen (Art. 103 Abs. 2 GG) befunden, dass Täter im Sinne des § 174c Abs. 2 nur sein könne, wer zum Führen der Bezeichnung „Psychotherapeut“ berechtigt sei (also nur approbierte Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten i. S. d. §§ 5, 6 PsychThG, nicht aber z. B. Heilpraktiker, nicht approbierte Psychologen oder Außenseiter, die psychotherapeutisch zu behandeln vorgeben) und sich im Rahmen der Behandlung wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren bediene. Damit bleiben weite Bereiche des sexuellen Missbrauchs von Patienten straffrei, obgleich ihnen ein beträchtliches Schadenspotential eignet.

Die durch den Bundesgerichtshof gegen den ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers vorgenommene Einschränkung des Täterkreises überzeugt nicht. Dem Bestimmtheitsgrundsatz für strafrechtliche Normen ist auch dann Genüge getan, wenn auf das Vorliegen einer faktischen psychotherapeutischen Behandlungsbeziehung abgestellt wird. Zwar bestimmt der aus der Sicht des Normadressaten zu bestimmende Wortsinn des Gesetzes die „äußerste Grenze zulässiger richterlicher Interpretation“²²; der Sinn des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“ ist jedoch keineswegs so beschränkt, wie der Senat des Bundesgerichtshofs glauben macht. Auch die nun aus dem Kreis möglicher Täter ausgeschlossenen Behandelnden wissen in ihrer Laiensphäre sehr wohl, dass ihnen ihre

Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut sind. In jedem Fall ist der Begriff der „psychotherapeutischen Behandlung“ in Abs. 2 der Norm nicht weiter oder unbestimmter als jener der „Beratung, Behandlung oder Betreuung“ ihres Abs. 1. Es kann deshalb nicht verwundern, dass das Urteil nahezu einhellig fachliche Ablehnung erfährt.²³

Der persönliche Schutzbereich

Wenig verständlich sind zudem die Beschränkungen, die die Rechtsprechung mit Blick auf den persönlichen Schutzbereich der Norm vornimmt.

Das Landgericht Bochum hat mit Urteil vom 01.09.2015²⁴ verneint, dass zwischen der in die Beratung miteinbezogenen Mutter einer jugendlichen, am Asperger-Syndrom leidenden Patientin eines psychologischen Beraters und dem Berater selbst ein faktisches Beratungsverhältnis bestanden habe. Mit Beschluss vom 02.05.2016²⁵ hat der 4. Strafsenat des Bundesgerichtshofs die Revision der Mutter als Nebenklägerin verworfen und die Sichtweise des Landgerichts Bochum bestätigt, dass ein Beratungsverhältnis im Sinne der Norm (auch) zur Mutter nicht anzunehmen gewesen sei.

Aus psychotherapeutischer Sicht ist dies gänzlich unverständlich. Aus fachlicher Perspektive gelten die miteinbezogenen Bezugspersonen eines Patienten oder Klienten ohne Weiteres als zur psychotherapeutischen Behandlung oder zur Beratung anvertraut. Auch sie befinden sich in einem „tatsächlichen Obhutsverhältnis“²⁶ zum Psychotherapeuten oder Berater und sind nicht lediglich, wie das Landgericht Bochum extemporiert, irgendwie „indirekt“ in das Beratungs- und Behandlungsverhältnis einbezogen. „Elterngespräche“ sind in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Teil der Behandlung und werden als solche nach der Psychotherapierichtlinie von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet. Die mitbehandelten Eltern oder Familienmitglieder sind deshalb als unmittelbar Behandelte zu verstehen. Nach allen anerkannten Richtlinien zur beraterischen Tätigkeit, die von der Bundeskonferenz zur Erziehungsberatung (bke) herausgegeben wurden,²⁷ ist die

¹⁸ Vgl. LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174 c Rn. 38, Kindhäuser et al. – Frommel, StGB, 5. Aufl. 2017, § 174c Rn. 4.

¹⁹ BT-DrS. 13/8267, 7. Siehe auch BT-DrS. 13/2203. Dies spiegelte die fachlichen Argumente der Psychotherapiegesellschaften und -verbände wider.

²⁰ BT-DrS. 13/2203 (Bundesrat), 4.

²¹ BGHSt 54, 169 ff. = NJW 2010, 453.

²² BVerfGE 126, 170 (197f.) = NJW 2010, 3209; BVerfGE 130, 1 (43) = NJW 2012, 907 jeweils m. v. N.

²³ Vgl. am deutlichsten Renzikowski (in: MüKo, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 21f. sowie ders., NStZ 2010, 694ff.) und Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c Rn. 6a-6f (6d: Nun könne „der besonders skrupellose Täter durch bewusstes Außerachtlassen anerkannter Therapiekriterien die Unanwendbarkeit des Tatbestands selbst herbeiführen“); Schönke/Schröder – Perron/Eisele, StGB, § 174c Rn. 8; Kindhäuser et al. – Frommel, StGB, 5. Aufl. 2017, § 174c Rn. 11; Dölling/Duttge et al. – Laue, Gesamtes Strafrecht; 4. Aufl. 2017, § 174c Rn. 6; der Sache nach auch LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 32.

²⁴ II-8-KLs-49 Js 247/14-20/15 zu § 174c Abs. 1 StGB.

²⁵ 4 StR 133/16 = NStZ 2016, 529.

²⁶ BT-DrS. 13/8267, 7; vgl. Beck OK – Ziegler, Stand: 01.08.2017, § 174c Rn. 7.

²⁷ Ebd. Vgl. auch § 12 Abs. 6 Satz 1 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.

durch das Landgericht Bochum entschiedene Konstellation ganz eindeutig als direkte Beratung sowohl der jugendlichen Patientin *als auch* ihrer Eltern aufzufassen. Sofern schließlich für das Bestehen eines solchen Verhältnisses gemäß den Entscheidungen des Bundesgerichtshofs vom 01.12.2011²⁸ und vom 02.05.2016²⁹ ausreichend sein soll, dass „das Opfer eine fürsorgerische Tätigkeit des Täters entgegennimmt“, so ist dies aus professioneller psychotherapeutischer Sicht auch im Falle der Eltern zweifelsfrei der Fall. Die Vorstellungen des Bundesgerichtshofs, solche Bezugspersonengespräche hätten „keinen therapeutischen Hintergrund“ und die Mutter habe hierbei „lediglich Informationen über die Behandlung ihrer Tochter“ entgegengenommen,³⁰ sind aus fachlicher Sicht ebenso verfehlt wie die Annahme des Senats, dass Personen, die sich – wie vorliegend die Mutter – aus einem anderen Grund als einer *eigenen* Krankheit oder Behinderung beraten oder betreuen ließen, vom Schutzzweck des § 174c Abs. 1 StGB nicht erfasst seien, weil in Bezug auf sie von vorneherein keine „gesteigerte Schutzbedürftigkeit vor sexuellen Übergriffen“ vorliege.³¹

Im Berufsrecht sieht zudem § 12 Abs. 6 Satz 1 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer vor, dass Psychotherapeuten schweigepflichtig sind „sowohl gegenüber den einsichtsfähigen Patientinnen und Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am psychotherapeu-

— Vergleichbar mit der Situation zwischen Eltern und Kindern sind Patienten „anvertraut“ und daher auch einem Missbrauch der psychotherapeutischen Macht weitgehend schutzlos ausgeliefert. —

tischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von der jeweiligen Person ihnen anvertrauten Mitteilungen“. Auch aus dieser Vorschrift, die in die Berufsordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Psychotherapeutenkammern übernommen worden ist (z. B. in § 12 Abs. 4 Satz 1 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bayern), geht hervor, dass die Bezugspersonen, mit denen der Psychotherapeut Gespräche führt, am therapeutischen Prozess teilnehmen und folglich auch als unmittelbar Behandelte angesehen werden müssen. Ein adäquates Verständnis des § 174c StGB muss dies widerspiegeln. Anderenfalls läuft der Sinn der Norm, die Verletzung einer wesentlichen beruflichen Pflicht zu sanktionieren, welche regelmäßig zu einer besonders ausgeprägten Schädigung der Opfer führt, leer. In dem vom Landgericht Bochum entschiedenen Fall wurden nicht nur die jugendliche Patientin selbst und deren Mutter geschädigt, sondern auch die Ehe der Eltern zerstört und damit der tragende familiäre Kontext der jugendlichen Patientin nachhaltig beeinträchtigt.

Die berufsethischen Anforderungen gehen übrigens weiter. Die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer macht in § 6 Abs. 5 und 6 klar, dass sich die abstinente Haltung auch auf Personen zu erstrecken hat, „die einer Patientin oder einem Patienten nahestehen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf deren Eltern und Sorgeberechtigte“. Diese Vorschrift geht insofern über § 174c Abs. 2 StGB hinaus, als sie sexuelle Kontakte auch dann verbietet, wenn Eltern und Sorgeberechtigte nicht mitbehandelt werden. Berufsethisch ist dies internationaler Standard.³²

Zum „Missbrauch des Behandlungsverhältnisses“

Aus psychotherapeutischer Sicht ist deutlich, dass jede psychotherapeutische Behandlungsbeziehung eine Abhängigkeitsbeziehung und damit ein „Anvertraut-Sein“ bedingt. Diese psychische Abhängigkeit ist in fachlicher Hinsicht sogar erforderlich, um eine psychotherapeutische Wirkung erzielen zu können, da der Patient sich in einer vertrauensvollen Beziehung, die an die Eltern-Kind-Interaktion angelehnt ist, (zumindest) teilweise mit seinem Therapeuten und dessen Bewältigungskompetenzen identifiziert und identifizieren soll. In der psychotherapeutischen Behandlung werden bestimmte, entwicklungspsychologisch betrachtet eingeschränkte, behinderte oder fehlende Funktionen eines Patienten gefördert, so dass sie nachreifen können. Um eine solche psychische Veränderung erreichen zu können, sind eine Lockerung der psychischen Strukturen und damit eine mindestens partielle Regression³³ notwendig, die mit einem Teilverlust seiner Autonomie einhergehen.

Diese Veränderungen werden durch den Leidensdruck aufseiten des Patienten gefördert und ermöglicht. Andererseits machen die genannten eingeschränkten Funktionen sowie die regressiven Prozesse mit Lockerung der intrapsychischen Strukturen einen psychisch erkrankten Patienten auch besonders verletzlich und anfällig, ebenso wie ein Kind gegenüber einer erwachsenen wichtigen Bezugsperson, die – wie ein Psychotherapeut – über mehr Macht, Informatio-

²⁸ 3 StR 318/11 = NstZ 2012, 440f.

²⁹ 4 StR 133/16 = NstZ 2016, 529 (530).

³⁰ Ebd. Der Senat ließ offen, wie zu entscheiden wäre, wenn Eltern an einer Gruppen- oder Familientherapie teilnehmen oder anderweitig „selbst in den Therapieverlauf eingebunden sind“.

³¹ Ebd. Dem BGH zustimmend: Beck OK – Ziegler, Stand: 01.08.2017, § 174c Rn. 7.

³² Siehe z. B. die *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (incl. 2016 Amendments) der American Psychological Association, 10.06 – Sexual Intimacies with Relatives or Significant Others of Current Therapy Clients/Patients (Fn. 13).

³³ Diese Regression wird in den Erläuterungen des Gesetzgebers bei Einführung des § 174c StGB zutreffend als das Ablegen der eigenen „inneren Schutz- und Abwehrmechanismen“ „aus eigenem Antrieb“ beschrieben (BT-DrS. 13/8267, 7).

nen und größere Kompetenzen verfügt. Diese Konstellation bedingt deshalb zwangsläufig ein strukturelles Machtgefälle, das u. a. Tschan (2005) überzeugend beschrieben hat. Er führt aus, dass ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht und auch bestehen muss, um eine Gesundung erreichen zu können. Dies kann allerdings nur geschehen, wenn dem besonderen Schutzbedürfnis des Patienten mit dem Abstinenzgebot Rechnung getragen wird (Ramshorn Privitera, 2013; Schleu, Hillebrand & Gutmann, 2007). Daher bedingt eine psychotherapeutische Behandlungsbeziehung immer auch eine erwünschte psychische Abhängigkeit des Patienten vom Psychotherapeuten. Ein „Anvertraut-Sein“ ergibt sich daraus notwendigerweise. Vergleichbar mit der Situation zwischen Eltern und Kindern sind Patienten „anvertraut“ und daher auch einem Missbrauch der psychotherapeutischen Macht weitgehend schutzlos ausgeliefert. Unabhängig von der methodischen Ausrichtung der Psychotherapie führt das Sich-Öffnen in dem besonderen Vertrauensverhältnis einer psychotherapeutischen Behandlungsbeziehung zu einer Reduktion der Hemmungen und Schutzmechanismen, die in Alltagsbeziehungen bestehen. Dies begründet eine grundlegend asymmetrische Beziehungssituation mit einer ungleichen Verteilung von Macht und Ohnmacht. Unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren erfährt der leidende Patient in der Psychotherapie in intensiver Weise Aufmerksamkeit, Einfühlung und Zuwendung. Dies löst starke affektive, zumeist sehr positive Reaktionen aus: Sympathie, Zuneigung, Geborgenheits- und auch Liebesgefühle. Diese Regungen sind natürliche Produkte einer psychotherapeutischen Behandlung, die benötigt werden, um die intrapsychische Problematik des Patienten zu bearbeiten und verändern.

Aus juristischer Sicht liegt ein „Missbrauch“ dann vor, wenn der Täter gerade „die Gelegenheit, die seine durch das Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis begründete Vertrauensstellung bietet, unter Verletzung der damit verbundenen Pflichten bewusst zu sexuellen Kontakten mit den ihm anvertrauten Personen ausnutzt“.³⁴ Es muss also „ein innerer Zusammenhang zwischen dem Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis einerseits und der Anbahnung oder Durchführung der sexuellen Handlungen andererseits“ bestehen.³⁵ Weil der Bundesgerichtshof³⁶ und die ihm folgenden Interpreten diesen inneren Zusammenhang als ein *einschränkendes* Tatbestandsmerkmal sehen, dem eine eigenständige Bedeutung zukomme, folgern sie, dass *nicht jeder* sexuelle Kontakt im Rahmen eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses missbräuchlich im Sinne des § 174c StGB sei.³⁷

Dass es für die Beurteilung, ob ein Missbrauch im Sinne von § 174c Abs. 1 StGB vorliegt (der auch Fälle körperlicher Krankheit oder Behinderung erfasst), auf die konkrete Art und Intensität des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses ankommen soll,³⁸ überzeugt. Aus den oben dargelegten Gründen ist es aus fachlich-psychotherapeutischer Sicht jedoch vollkommen unverständlich, wie im Rahmen des § 174c Abs. 2 StGB ein innerer Zusammenhang zwischen

dem psychotherapeutischen Behandlungsverhältnis und „der Anbahnung oder Durchführung der sexuellen Handlungen“ fehlen könnte; er besteht vielmehr regelhaft. In den Worten des ehemaligen Vorsitzenden Richters am Bundesgerichtshof (BGH) Thomas Fischer: Der Missbrauch ist nicht als „Fehlgebrauch“ von Personen, sondern [als] *Missbrauch spezifischer Zugangsmöglichkeiten des Täters*³⁹ zu verstehen. Dieser ist indessen *allen* sexuellen Beziehungen zwischen psychotherapeutisch Behandelnden und Patienten inhärent.

Aus psychotherapeutischer Sicht liegt stets ein Missbrauch vor, wenn eine sexuelle Beziehung im Rahmen einer Psychotherapie oder einer psychologischen Beratung vorkommt. Deswegen kann das Tatbestandsmerkmal „Missbrauch“ im § 174c Abs. 2 *nicht* als „einschränkendes Tatbestandsmerkmal“ gelten. Vielmehr ist Fischers Aussage uneingeschränkt zuzustimmen: „*Innerhalb therapeutischer Verhältnisse stellen sich sexuelle Handlungen wohl ausnahmslos als missbräuchlich dar.*“⁴⁰

Auch ein „bewusstes Ausnutzen“ der Gelegenheit durch den Therapeuten, die seine durch das Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis begründete Vertrauensstellung bietet, ist aus psychotherapeutischer Sicht *immer* gegeben. Die Berufsordnungen der Ärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten definieren nicht nur die behandlungsspezifischen Abstinenzpflichten, sondern beinhalten auch die Vorschrift, dass jeder Psychotherapeut diese Bestimmungen kennen und danach handeln muss. Eine Missachtung der Bestimmungen geschieht also *immer bewusst*. Sexueller Missbrauch in einer psychotherapeutischen Behandlung ist immer eine vorsätzliche Tat.⁴¹ Der Therapeut geht in die psychotherapeutische Beziehung und arbeitet mit dem Patienten an dessen Ängsten und Nöten. Dabei erlebt der Patient den Therapeuten als hilfreiche, verlässliche Bezugsperson. Er vertraut sich an und öffnet sich. Jeder Therapeut, der in der Behandlungssituation eine sexuelle Beziehung zu seinem in emotionaler Abhängigkeit befindlichen Patienten eingeht, nutzt dieses Vertrauen aus und missbraucht seinen Patienten, indem er ihn zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse instrumentalisiert. Die sexuellen und emotionalen Bedürfnisse des Therapeuten werden in die psychotherapeutische Beziehung wie ein Fremdkörper implantiert, welcher die psychische Heilung

³⁴ Vgl. BT-DrS. 13/8267, 7 und OLG Karlsruhe, Urteil 3 Ss 113/08 vom 04.06.2009, BeckRS 2009, 20082.

³⁵ OLG Karlsruhe, Urteil vom 04.06.2009, BeckRS 2009, 20082 mit Verweis auf Schönke/Schröder – Perron, StGB, § 174c Rn. 6.

³⁶ BGHSt 56, 226, 234 = BGH NJW 2011, 1891, 1893.

³⁷ Siehe auch den folgenden Abschnitt „Zum Umstand einer vermeintlichen ‚von dem Beratungs- und Behandlungsverhältnis unabhängigen Liebesbeziehung‘“.

³⁸ Vgl. den Fall BGHSt 61, 208 = NJW 2016, 2965 und hierzu Kindhäuser et al. – Frommel, Strafgesetzbuch, 5. Aufl. 2017, § 174c Rn. 10.

³⁹ Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c, Rn. 2 (Hervorhebung v. Verf.).

⁴⁰ Ebd. Rn. 10a.

⁴¹ Ein Umstand, der sich für das Opfer (und den Täter) zivilrechtlich insoweit negativ auswirken kann, als gemäß § 103 Versicherungsvertragsgesetz der Haftpflichtversicherer des Behandelnden nicht zur Leistung verpflichtet ist, wenn dieser den bei dem Patienten eingetretenen Schaden vorsätzlich und widerrechtlich herbeigeführt hat.

des Patienten für die Zukunft verhindert und ihm erhebliche zusätzliche Schäden zufügt. Die Therapie verfehlt völlig ihren Zweck, die konstitutionelle Abhängigkeit des Patienten von dem Behandelnden wird nicht beendet, sondern vertieft.⁴² Aus diesem Grund ist jeder sexuelle Kontakt in einer Psychotherapie als missbräuchlich und als Verletzung des Grundsatzes des „Nicht-Schadens“ (Beauchamp & Childress, 2013) anzusehen.

Dieser Begriff des „Missbrauchs“ eines psychotherapeutischen Behandlungsverhältnisses ist tief in den normativen Prinzipien des Berufsstandes verwurzelt.⁴³ Schon der Eid des Hippokrates um 400 vor Christus führte aus, „[...] ich werde die Grundsätze der Lebensweise nach bestem Wissen und Können zum Heil der Kranken anwenden, dagegen nie zu ihrem Verderben und Schaden [...] in welche Häuser ich gehe, die werde ich nur zum Heil der Kranken betreten unter Meidung jedes wissentlichen Unrechts und Verderbens und insbesondere jeder geschlechtlichen Handlung gegenüber weiblichen Personen wie auch Männern, Freien und Sklaven“ (Wunderli & Weisshaupt, 1977). Die sechs ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress (2013) formulieren als Handlungsleitlinien für medizinisches Handeln neben den Prinzipien des Respekts vor der Autonomie, der Fürsorge, der Gleichheit und Gerechtigkeit, der Wahrhaftigkeit, der Vertraulichkeit auch das Prinzip der Nichtschädigung. Diese Prinzipien beschreiben das Spannungsfeld des ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns. Sie finden sich sinngemäß oder sogar wörtlich in den Berufsordnungen für Ärzte und für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Aufgrund der beschriebenen Schutzlosigkeit des Patienten verpflichten die Berufsordnungen der Ärzte auf die Gebote der ärztlichen Ethik und Menschlichkeit (§ 2 Abs. 1 MBO), auf die Ausrichtung am Wohl der Patienten (§ 2 Abs. 2 MBO) und verbieten die missbräuchliche Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten (§ 11 Abs. 2 MBO).

Die Berufsordnungen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verpflichten sie zu besonderer Sorgfalt, Fürsorge und Abstinenz. Unter Abstinenz versteht man den Verzicht auf Wunscherfüllung und eigennütziges Handeln des Psychotherapeuten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlungsbeziehung, das Verbot, das bestehende strukturelle Machtgefälle zur Befriedigung eigener Bedürfnisse zu missbrauchen sowie die Verpflichtung, dieses Gefälle zur alleinigen Förderung des psychotherapeutischen Prozesses zu nutzen. Laut § 5 Abs. 1 der Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (2014) dürfen Psychotherapeuten „weder das Vertrauen, die Unwissenheit, die Leichtgläubigkeit, die Hilflosigkeit oder die wirtschaftliche Not der Patientinnen und Patienten ausnutzen, noch unangemessene Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf den Heilerfolg machen.“ § 6 Abs. 2 führt explizit aus, dass Psychotherapeuten „die Vertrauensstellung zu Pa-

tientinnen und Patienten nicht zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse missbrauchen“ dürfen. Weiter besagt Abs. 4, dass „außertherapeutische Kontakte zu Patientinnen und Patienten auf das Nötige“ zu beschränken sind, damit die „therapeutische Beziehung möglichst wenig gestört wird“. In Abs. 5 ist klar formuliert: „Jeglicher sexueller Kontakt von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ihren Patientinnen und Patienten ist unzulässig.“ Erweiternd heißt es in Abs. 6 hierzu: „Die abstinente Haltung erstreckt sich auch auf die Personen, die einer Patientin oder einem Patienten nahestehen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf deren Eltern und Sorgeberechtigte.“ Gemäß beider Berufsordnungen muss deshalb im Hinblick auf das Eingehen einer sexuellen Beziehung zu Patienten oder zu ihren Bezugspersonen von einer bewussten Missachtung des „Nicht-Schadens-Grundsatzes“ ausgegangen werden. Die Verfolgung eigener sexueller Bedürfnisse stellt fraglos die eigenen Interessen des Behandelnden über die des Patienten. Gesundheit und Integrität der Patienten werden dadurch beschädigt (siehe oben den Abschnitt „Sinn und Schutzzweck der Norm“). Somit widerspricht eine sexuelle Abstinenzverletzung den Berufspflichten in diametraler Weise.

Nun kann zu Recht eingewendet werden, dass es gute Gründe dafür gibt, nicht alles, was unethisch ist, auch strafrechtlich zu verfolgen sowie dass die Verletzung nicht aller Berufspflichten auch strafbewehrt sein muss. Die berufsrechtlichen und -ethischen Anforderungen werden weiterhin über das strafrechtlich Sanktionierbare hinausgehen. Allerdings handelt es sich bei der Pflicht zur sexuellen Abstinenz und bei den Bestimmungen, die vorschreiben, dass das Handeln von Ärzten und Psychotherapeuten sich am Wohl des Patienten auszurichten hat und dass bewusste Schädigungen zu vermeiden sind, nicht um bloße Nebenpflichten, sondern um zentrale und unverzichtbare Berufspflichten, deren Verletzung ein massives Schadenspotential für die geschützten Rechtsgüter der Patienten birgt. Auch wenn das Strafrecht gerade auf dem Feld des sexuellen Missbrauchs in der Psychotherapie aus praktischen Gründen ein recht dysfunktionales Instrument sein kann, um die Interessen der Opfer zu schützen (Schleu & Gutmann, 2015), so sollte doch aus psychotherapeutischer Sicht eine klare, adäquate und eindeutige Strafnorm als rechtlicher Orientierungspunkt dienen können. Dies entspräche auch den erklärten Absichten des Gesetzgebers bei Einführung des § 174c StGB.⁴⁴ Alles andere ließe die zentralen berufsrechtlichen Normen, die ihr Steuerungspotential nur begrenzt aus eigener Kraft entfalten können (Jakl & Gutmann, 2011), im Endeffekt als „zahnlos“ erscheinen.

⁴² Vgl. MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 28.

⁴³ Vgl. §§ 5 und 6 der Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (2014) und die *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (incl. 2016 Amendments) der American Psychological Association, 10.05 – Sexual Intimacies with Current Therapy Clients/Patients (Fn. 13).

⁴⁴ BT-DrS 13/8267, 7f.

Insbesondere: Zum Umstand einer vermeintlichen „von dem Beratungs- und Behandlungsverhältnis unabhängigen Liebesbeziehung“

Der Bundesgerichtshof hat in seinem am 14.04.2011 zu § 174c StGB ergangenen Urteil das Tatbestandsmerkmal „Missbrauch“ als *einschränkendes* Tatbestandsmerkmal angesehen, dem eine eigenständige Bedeutung zukomme, und sein Vorliegen ausnahmsweise dann ausgeschlossen, wenn der Täter im konkreten Fall *nicht* eine auf Grund des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses bestehende Autoritäts- oder Vertrauensstellung gegenüber dem Opfer zur Vornahme der sexuellen Handlung ausgenutzt hat. Ein Missbrauch liege vor allem bei einer von dem Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis unabhängigen „Liebesbeziehung“ und in deren Folge bei der nur gelegentlich während der Behandlung oder nach deren Abschluss vorgenommenen sexuellen Handlung nicht vor:⁴⁵

„Der Tatrichter muss daher für eine Verurteilung nach dieser Vorschrift zwar nicht (positiv) feststellen, dass das Opfer im konkreten Tatzeitpunkt vom Angeklagten abhängig war oder dass der Täter eine Hilflosigkeit oder die Bedürftigkeit des Opfers ausgenutzt hat [...]. Auch kann er im Regelfall davon ausgehen, dass bei sexuellen Handlungen in einem Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis dessen Missbrauch vorliegt [...]. Liegen aber Hinweise dafür vor, dass der Angeklagte ausnahmsweise nicht seine auf das Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis gegründete Vertrauensstellung zur Vornahme der sexuellen Handlung ausgenutzt hat, so muss er diesen Hinweisen nachgehen und im Falle einer Verurteilung darlegen, dass ein solches Ausnutzen in dem von ihm zu beurteilenden Fall gegeben war [...].

Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, ist auf Grund einer *Gesamtwürdigung* der den jeweiligen Einzelfall kennzeichnenden Umstände festzustellen [...]. Hierfür ist eine vom Opfer dem Täter gegenüber zum Ausdruck gebrachte Zustimmung zu der sexuellen Handlung eine gewichtige, regelmäßig sogar unerlässliche Voraussetzung, sofern sie nicht – wie etwa bei nahe an die Widerstandsunfähigkeit i. S. des § 179 StGB heranreichenden krankheits- oder behandlungsbedingten Zuständen – von vornherein als zu beachtende Willenserklärung ausscheidet [...]. Jedoch genügt ein Einverständnis allein [...] nicht, um einen Missbrauch auszuschließen. Vielmehr müssen weitere Umstände hinzukommen, auf Grund derer davon auszugehen ist, dass eine auf Grund des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses regelmäßig gegebene Vertrauensbeziehung entweder tatsächlich nicht bestand oder für die Hinnahme der sexuellen Handlung ohne Bedeutung war.

Solche besonderen Umstände können etwa vorliegen [...] bei einer von dem Beratungs-, Behandlungs- oder Betreu-

ungsverhältnis *unabhängigen* ‚Liebesbeziehung‘ und in deren Folge nur gelegentlich der Behandlung oder nach deren Abschluss vorgenommenen sexuellen Handlung [...]. Hat der Täter dagegen beispielsweise vorgegeben, die sexuelle Handlung sei medizinisch notwendig oder Teil der Therapie [...] bzw. hat er gar behandlungsbezogene Nachteile beim Zurückweisen seines Ansinnens in den Raum gestellt [...], so liegt ein Missbrauch i. S. des § 174c Abs. 1 StGB auch dann vor, wenn das Opfer mit dem Sexualkontakt einverstanden war.“

In einem berufsrechtlichen Urteil hatte das Verwaltungsgericht Berlin bereits am 21.04.2006⁴⁶ einen „Missbrauch“ im Sinne des § 174c StGB deshalb abgelehnt, weil der „Angeschuldigte [...] keine Abhängigkeit sexuell aus[nutzte], er ließ sich zur sexuellen Beziehung gegen innere Widerstände hinreißen“:

„Dass ihn dabei trotz seiner familiären Bindung auch Liebes-Gefühle leiteten, erscheint nach seiner Dokumentation zweifelhaft, ist ihm aber letztlich nicht zu widerlegen. [...] Am Missbrauch fehlt es, wenn es sich um echte Liebesbeziehungen handelt. Ein Anregen der Tathandlung durch den Schutzbefohlenen und spontane Bereitwilligkeit schließen den Missbrauch nicht notwendig aus, sind aber für das Fehlen häufig indiziell.“

Ebenso ist das Landgericht Bochum (Urteil 11-8 KLS-49 Js 24 7/14-20/15 v. 01.09.2015, hier zu § 174c Abs. 1) im Anschluss an die Entscheidung des BGH vom 14.04.2011 davon ausgegangen, dass kein Missbrauch eines „faktischen“ Beratungs- oder Behandlungsverhältnisses durch den Angeklagten vorgelegen haben soll, weil zwischen der Mutter/Klientin und dem Psychotherapeuten „eine echte Liebesbeziehung entstanden war“, weswegen das faktische Beratungs- und Behandlungsverhältnis „für die Hinnahme der sexuellen Handlungen [...] ohne jedwede Bedeutung“ gewesen sei.

Der problematische Begriff „Liebesbeziehung“ wird auch von Teilen der Literatur zur Einschränkung des Tatbestandes des § 174c StGB herangezogen.⁴⁷ Zugleich soll es in der Sicht

⁴⁵ BGHSt 56, 226, 234 [gekürzt um die Verweise; Kursivierung v. Verf.] = NJW 2011, 1891, 1893 mit Verweis auf BT-Dr 13/8267, S. 7 und v. N. Das Urteil verweist hier auf die Entscheidung BGH NStZ 1999, 349 zu § 174a StGB (Sexueller Missbrauch eines Gefangenen durch die in der Vollzugsanstalt tätige Leiterin einer Arbeitstherapiegruppe). Hierzu kritisch Renzikowski, NStZ 2011, 696. Das OLG Karlsruhe (Urteil vom 4.6.2009, BeckRS 2009, 20082) führt aus, dass der für das Vorliegen eines sexuellen Missbrauchs geforderte „innere Zusammenhang“ sich aber immerhin „aus der räumlichen und zeitlichen Nähe der sexuellen Handlungen zur Aufgabenerfüllung im Rahmen des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses ergeben könne.“

⁴⁶ VG 90 A5.04.

⁴⁷ So Beck OK – Ziegler, Stand: 01.12.2015, § 174c Rn. 8 unter Verweis auf die ebengenannte Entscheidung BGHSt 56, 226, 234; Lackner/Kühl – Heger, StGB, 28. Aufl. 2014, § 174c Rn. 5 („Echte Liebesbeziehungen“); Dölling/Duttge et al. – Laue, Gesamtes Strafrecht; 4. Aufl. 2017, § 174c Rn. 5 und Schöne/Schröder – Perron/Eisele, StGB, 29. Aufl. 2014, § 174c Rn. 6a (zurückhaltender: „Allenfalls bei weniger schweren Beeinträchtigungen“, allerdings zu Abs. 1 der Norm).

dieser Autoren „häufig am Merkmal des Ausnutzens fehlen, wenn die Initiative von der geschützten Person ausgeht“.⁴⁸

Aus psychotherapeutischer Sicht ist jedoch eine „unabhängige Liebesbeziehung“ im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung nicht vorstellbar. Gerade bei der vom BGH geforderten „Gesamtwürdigung“ der psychotherapeutischen Behandlungssituation muss aus fachlicher Sicht – wie im obigen Abschnitt „Zum ‚Missbrauch des Behandlungsverhältnisses‘“ ausgeführt – generell betont werden, dass die psychotherapeutische Behandlung konstitutiv durch ein strukturelles Machtgefälle und eine Lockerung psychischer Strukturen bei dem Patienten charakterisiert ist, aufgrund derer in der Behandlung eine Beziehung auf gleicher Augenhöhe gar nicht möglich ist.

Unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren erfährt der leidende Patient in der Psychotherapie in intensiver Weise Aufmerksamkeit, Empathie und Zuwendung. In diesem Kontext entstehen regelhaft Affekte wie Zuneigung, Sympathie und auch Liebesgefühle dem Psychotherapeuten gegenüber (Übertragungen), die als Motivatoren und notwendige Voraussetzung für die psychische Umstrukturierung gelten, welche zur Heilung oder zur Linderung psychischer Störungen führt. Solche positiven Affekte, bis hin zu sexuellen Wünschen,

— Aus psychotherapeutischer Sicht ist eine „unabhängige Liebesbeziehung“ im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung nicht vorstellbar.

sind konstitutiv für die psychotherapeutische Beziehung und können nicht als von dieser unabhängig angesehen werden. Die emotionale Sphäre der Betroffenen ist nicht teilbar; eine Teilung widerspräche der grundlegenden Dynamik psychotherapeutischer Behandlungsprozesse. Die oben genannten positiven Affekte dürfen auf keinen Fall in ein konkretes Handeln mit Beteiligung des Psychotherapeuten münden (Ausagieren).

Auch die den beiden genannten Urteilen des Verwaltungsgerichts Berlin und des Landgerichts Bochum zugrundeliegenden Sachverhalte zeigen typische Verläufe eines sexuellen Missbrauchs in einer Behandlungsbeziehung. Zunächst wird durch den Psychotherapeuten die Sehnsucht der Patientin entfacht, sie wird „gefüttert“ mit Anerkennung – im zweiten Fall beruflich-fachlicher Art – und zu heimlicher Nähe und Intimität verführt. Im weiteren Verlauf wird die missbräuchliche Beziehung jedoch abrupt beendet, weil die Verheimlichung nicht mehr gelingt. Der Psychotherapeut nimmt den Verlust der vermeintlichen Liebe ohne eigenes Leid hin, für die Patientin bricht aber eine illusionäre Welt zusammen mit den entsprechenden schädigenden Folgen: psychischer Zusammenbruch mit Verwirrung und Handlungsunfähigkeit, Verlust persönlicher Beziehungen, soziale Isolation, Arbeitsunfähig-

keit, schwere, behandlungsbedürftige depressive Störungen bis hin zur Suizidalität.

Die regelmäßig auftretenden Ereignisse der abrupten Trennung durch den Psychotherapeuten nach Bekanntwerden des Falls (wie im Prozess vor dem Landgericht Bochum) oder vor der Anzeige durch die geschädigte Patientin (wie im Prozess vor dem Verwaltungsgericht Berlin) sind auch für Laien Hinweise darauf, dass es sich in solchen Fällen nicht um gewachsene Liebesbeziehungen handelt, sondern um das Ausnutzen einer Abhängigkeitsbeziehung.⁴⁹

Deshalb geht auch eine zunehmende Anzahl juristischer Autoren auf dem Stand psychotherapeutischen Wissens davon aus, dass bei therapeutischen Verhältnissen sexuelle Handlungen *ausnahmslos* missbräuchlich sind und eine „Ausnahmeklausel“ für „echte Liebesbeziehungen“ nicht in Betracht kommt. In besonderer Klarheit sprechen dies Hörnle⁵⁰ und Renzikowski⁵¹ aus.

Auch der Umstand, dass gegebenenfalls „die Initiative von der geschützten Person ausgeht“,⁵² ist keinesfalls geeignet, um einen sexuellen Missbrauch von einer unabhängigen, echten Liebesbeziehung zu unterscheiden.⁵³ Vielmehr werden ja gerade durch die in der psychotherapeutischen Behandlung gewährte Zuwendung, Aufmerksamkeit und Einfühlung notwendigerweise positive Gefühle gegenüber dem Psychotherapeuten induziert, Sehnsucht nach Anerkennung und Verstanden-Werden ausgelöst, so dass Verliebtheitsgefühle im Sinne einer Übertra-

gungsliebe beim Patienten bei gelungenen Behandlungen regelhaft entstehen. Daher kann auch die Initiative durch den Patienten keineswegs als Entlastungsmerkmal für beschuldigte Psychotherapeuten gelten. Vor diesem Hintergrund muss die Behauptung eines beschuldigten Psychotherapeuten, er habe sich verliebt, als bloße Schutzbehauptung angesehen werden.

Ausblick

Ein Austausch zwischen Juristen und Psychotherapeuten über die oben besprochenen Aspekte der Rechtsprechung zum § 174c StGB wäre auch im Rahmen der Aus- und Wei-

⁴⁸ Beck OK – Ziegler, Stand: 01.12.2015, § 174c Rn. 8.

⁴⁹ Dies kann manchmal auch für den verantwortlichen Psychotherapeuten destabilisierende Wirkung entfalten, wie in der Fachliteratur beschrieben (z. B. Tschan, 2001, S. 126 ff.).

⁵⁰ LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 40.

⁵¹ MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 28. Ähnlich Satzger et al., StGB, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 7 und Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c Rn. 10a.

⁵² Beck OK – Ziegler, Stand: 01.12.2015, § 174c Rn. 8.

⁵³ So auch LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 40 und MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 28.

terbildung von Richtern und Staatsanwälten wünschenswert. Für die Opfer von Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung bleibt der Weg der strafrechtlichen Verfolgung generell belastend und potentiell retraumatisierend. Es gilt, einerseits durch niederschwellige Beratung und Unterstützung eine Stabilisierung und Stärkung der Ich-Funktionen der Geschädigten zu erreichen, andererseits durch eine fachkundigere Rechtsprechung dazu beizutragen, dass Strafprozesse für

die Opfer die abschreckende und erneut traumatisierende Qualität verlieren, die wir in manchen der – ohnehin extrem seltenen – Verfahren leider beobachten konnten. Alternative Wege – wie Mediationen, die zu zivilrechtlichen Vergleichen führen – können im Einzelfall selbstverständlich sehr ergiebig sein (Schleu & Gutmann, 2015); sie setzen allerdings Bedingungen voraus, die leider nur selten erfüllt sind, vornehmlich die Einsicht und das Geständnis des Täters.



Dr. med. Andrea Schleu

Korrespondenzadresse:
Vorsitzende des Ethikverein e. V.
Rüttenscheider Platz 3
45130 Essen
schleu.a@gmail.com

Dr. med. Andrea Schleu ist Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Innere Medizin, Psychoanalyse (DGPT), EMDR (EMDRIA), Spezielle Psychotraumatologie (DeGPT) und Supervision (DGSv). Sie ist niedergelassen in eigener Praxis in Essen. Darüber hinaus arbeitet sie als Dozentin, Supervisorin, Beraterin und Vorsitzende im Ethikverein e. V. Ihre Veröffentlichungen beschäftigen sich unter anderem mit den Themen Abstinenz, Grenzverletzungen in der Psychotherapie und ihre Prävention, Integration von Konzepten der Psychoanalyse, Psychotraumatologie und Neurobiologie.



Dr. jur. Dipl.-Psych. Giulietta Tibone

Dr. jur. Dipl.-Psych. Giulietta Tibone ist als Psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin in München niedergelassen. Sie hat langjährige Erfahrung in der vertraulichen Annahme von Patientenbeschwerden, ist Dozentin und Supervisorin und vertritt die DGPT beim Verbändetreffen gegen Grenzverletzungen und sexuellen Missbrauch in Psychotherapie und psychosozialer Beratung.



Prof. Dr. jur. Thomas Gutmann

Prof. Dr. jur. Thomas Gutmann ist Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Rechtsphilosophie und Medizinrecht an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und Sprecher der DFG-Kolleg-Forschergruppe „Theoretische Grundfragen der Normenbegründung in Medizinethik und Biopolitik“. Er forscht zu medizinrechtlichen und -ethischen Fragen.



Dr. Jürgen Thorwart

Dr. Jürgen Thorwart, niedergelassen als Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker in Neufahrn (bei Freising/München) ist Vorstandsmitglied und Berater des Ethikvereins e. V. Er ist in der Berufspolitik (DGPT) tätig, als Delegierter der PTK Bayern und des DPT sowie in der Ausbildung von Psychoanalytikern. Seine Arbeitsschwerpunkte sind: Diskretion und Schweigepflicht, Ethik in der Psychotherapie und analytische Psychosenpsychotherapie.

Orthorexia nervosa: Ein Trend im Ernährungsverhalten oder ein psychisches Krankheitsbild? Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse

Jana Strahler

Zusammenfassung:¹ Orthorexia nervosa beschreibt die zwanghafte Fixierung auf den ausschließlichen Verzehr von Nahrungsmitteln, die subjektiv als gesund eingeschätzt werden. Bisher fehlende allgemeingültige Diagnosekriterien erschweren nicht nur die differentialdiagnostische Abgrenzung vor allem zu Angsterkrankungen, Zwangsstörungen und Essstörungen, es liegen darüber hinaus auch kaum verwertbare Erkenntnisse zu Prävalenzzahlen sowie zu psychosozialen, genetischen, neurobiologischen und psychophysiologischen Korrelaten vor. Fallberichte zu Leidensdruck und gravierenden negativen Folgen wie Mangelernährung, Untergewicht und psychischer Instabilität zeugen vom Störungswert und der Behandlungsbedürftigkeit der Orthorexia nervosa. Empfehlungen für die psychotherapeutische Praxis lassen sich nach heutigem Kenntnisstand jedoch kaum ableiten. Zukünftige Forschungsbemühungen müssen zeigen, ob es sich bei Orthorexia nervosa um ein aktuelles gesellschaftliches Lebensstilphänomen handelt, Orthorexia nervosa als Begleiterkrankung verstanden werden kann oder ob Orthorexia nervosa als eine abgrenzbare Störungside mit bedeutendem Leiden und Funktionseinschränkungen anzusehen ist.

Vorwort

Mit dem Vorschlag zu Diagnosekriterien und ersten wissenschaftlichen Betrachtungen zum Phänomen der Orthorexia nervosa wurde ein (wenn auch nicht neues) Krankheitsbild beschrieben, das gesellschaftlich zunehmende Relevanz erfährt. Die Diagnose selbst ist zum heutigen Zeitpunkt nicht abschließend validiert und lässt keine klare Abgrenzung zu anderen Störungsbildern zu. Besonders kritisch gilt es zu reflektieren, dass zugrundeliegende Mechanismen des Phänomens kaum verstanden sind und man damit auch auf keine Störungstheorie zurückgreifen kann. Für die Zukunft muss sichergestellt werden, (1) dass noch mehr klinische Fälle in die empirische Prüfung einbezogen werden, (2) dass mehrere Störungsbereiche in die Diagnosekonstruktion einbezogen werden, um keine inhaltliche Zuordnung zu implizieren (Cave beim Ziehen von Schlüssen aus bloßer phänomenologischer Ähnlichkeit), (3) dass Kriterien ausreichend eng gefasst werden, um die Gefahr einer erheblichen Überdiagnostik zu verringern und (4) dass neue Ideen zu Behandlungsformen entwickelt werden, die über die aktuellen Vorschläge hinausgehen, die lediglich auf einer symptomnahen Einordnung in vorhandene Krankheitskontexte beruhen (Zwangsstörung, Essstörung). Es gilt eine Balance zu finden zwischen Sensitivität und Spezifität der Kriterien, zwischen dem Einschluss eigentlich Betroffener und dem Ausschluss von Personen, die eine andere Erkrankung haben. Als Phänomen verlangt Orthorexia nervosa nach wissenschaftlicher und therapeutischer Aufmerksamkeit, als eigenständige Störungskategorie erscheint sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt fraglich.

Orthorexia nervosa: Historische Einordnung und Definition

Der US-Alternativmediziner Steven Bratman dokumentierte 1997 erstmals detaillierter ein Essverhalten, das sich durch eine pathologische Obsession und Fixierung auf gesunde Ernährung auszeichnet. Er schlug hierfür den Begriff Orthorexia nervosa (ON) vor, zusammengesetzt aus dem griechischen *ortho* für richtig bzw. korrekt und *orexis* für Appetit (Bratman, 1997). Die Beschreibung solcher Verhaltensweisen, die im deutschsprachigen Raum u. a. mit dem Begriff Diätwahn assoziiert werden, ist nicht neu. Verstärktes wissenschaftliches Interesse erfuhr die Erforschung des Phänomens des zwanghaften gesunden Essens jedoch erst Ende der 1990er Jahre. Bratmans Publikation löste eine Vielzahl weiterer Fallberichte aus, doch erst 2004 erschien der erste wissenschaftliche Artikel. In dieser italienischen Studie beschrieben die Autoren ON als eine „manische Obsession für gesunde und korrekte Lebensmittel“ und schlugen vorläufige Kriterien für die Diagnose der ON vor (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannela, 2004). Die ersten offiziellen Vorschläge für diagnostische Kriterien stammen aus einer 2015 publizierten US-amerikanischen Fallstudie (Morozze, Dunn, Holland, Yager & Weintraub, 2015) und einer im gleichen Jahr publizierten Übersichtsarbeit der Düsseldorfer Arbeitsgruppe um Barthels und Pietrowsky

¹ Dieser Beitrag beruht auf einer umfassenden Literaturrecherche (bis einschließlich Juli 2017) in den Datenbanken PubMed, PsycInfo, Web of Science und Google Scholar. Die dabei ermittelten Studien können bei der Autorin angefragt werden.

(Barthels, Meyer & Pietrowsky, 2015b). Im Jahr darauf griffen Dunn und Bratman diese Kriterien auf und verfeinerten sie (Dunn & Bratman, 2016).²

Hauptmerkmale orthorektischen Ernährungsverhaltens sind die bereits erwähnte pathologische Fixierung auf gesundes und gesundheitsbewusstes Essen, das Vermeiden subjektiv ungesunder Lebensmittel, eine ständige gedankliche Auseinandersetzung mit gesunder Ernährung sowie das Aufstellen von Ernährungsregeln und deren strikte Einhaltung. Für die Betroffenen ist also nicht die Quantität der Nahrung, wie bei den bekannten Essstörungen, sondern deren Qualität entscheidendes Auswahlkriterium. Dabei wird Qualität jedoch ganz extrem begriffen und übertrieben umgesetzt. Dass dieses Phänomen als mehr als ein Lebensstil diskutiert wird, zeigt sich an den möglichen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen des orthorektischen Ernährungsverhaltens (siehe auch Klotter, Depa & Humme, 2015). Mangel- und Fehlernährung bedingt durch die Restriktivität der Nahrungsauswahl sind anekdotisch berichtete medizinische Folgen; es fehlt bisher jedoch an Langzeitstudien zu den postulierten körperlichen Konsequenzen. Als mögliche psychische Folgen wurde Erschöpfung ebenso wie emotionale Instabilität mit ON in Zusammenhang gebracht. Nicht selten leiden Betroffene unter einer Angst bis hin zu Panik, durch „schädliche“ Lebensmittel zu erkranken. Orthorektiker³ kennzeichnen sich entsprechend der Kriterien durch eine ideologische Einengung – ihre Gedanken kreisen ständig um gesundes Essen – und ein Gefühl der moralischen Überlegenheit, was auch Züge zwanghaften Verhaltens erkennen lässt. Die auf das Essen bezogenen Ängste und Einschränkungen münden schließlich in sozialer Isolation und einer deutlich eingeschränkten Lebensqualität.

Das DSM-5 und der ICD-10 betrachten Orthorexia nervosa bisher nicht als eigenständige Störung. Vor allem Überlappungen mit Essstörungen, Zwangsstörungen und Angsterkrankungen erschweren eine Abgrenzung des Phänomens. Koven und Abry (2015) halten Orthorexia nervosa aufgrund der einzigartigen und differenzierenden Merkmale in Abgrenzung zu Anorexia nervosa und Zwangsstörung für eine eigenständige Störungsidentität, während andere Autoren ON als Vorstufe bzw. Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung oder aber einer Zwangsstörung ansehen. Auch Überlappungen zwischen orthorektischem Verhalten und Merkmalen von Verhaltenssüchten wie der pathologischen Spielsucht, Sexsucht oder Sportsucht werden diskutiert. Gleichzeitig ist aber auch die Annahme verbreitet, ON lediglich als sozialen Trend zu betrachten und dieser Art des gesunden Essen (wenn auch übertrieben) keinen Störungscharakter zuzuschreiben.

Der folgende Überblick fasst den aktuellen Forschungsstand zum Thema Orthorexia nervosa zusammen. Er soll Hinweise zur klinischen Relevanz des Phänomens ON liefern, eine Abgrenzung zu verwandten Störungsbildern ermöglichen und biopsychosoziale Korrelate des Phänomens aufzeigen.

Erfassung und Häufigkeit

Die Erforschung des Phänomens wird dadurch erschwert, dass sich bisher noch kein valides Instrument zur Diagnosestellung und Erfassung der ON durchgesetzt hat. International am verbreitetsten ist der ORTO-15 (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella, 2005), der in Anlehnung an den Bratman Orthorexia Test (BOT) (Bratman & Knight, 2000) entwickelt wurde. Für den ursprünglich italienischen ORTO-15 liegt auch eine deutsche Version vor (Missbach et al., 2015). Mit diesem Instrument wurden international Häufigkeiten ermittelt, die ein breites, wenig schlüssiges Spektrum zwischen 4 % in der Originalpublikation und knapp 90 % in anderen Erhebungen aufweisen (de Souza & Rodrigues, 2014; Donini et al., 2005). Betrachtet man zusätzlich zu mit dem ORTO-15 ermittelten Werten die persönliche Relevanz von Ernährung sowie Einschränkungen im sozialen Bereich und körperliche Probleme im Zusammenhang mit dem Ernährungsstil, sinkt die Häufigkeit orthorektischen Ernährungsverhaltens in der Allgemeinbevölkerung hingegen auf unter 1 % (Dunn, Gibbs, Whitney & Starosta, 2017). Dies lässt vermuten, dass mit dem ORTO-15 eher ein gesundheitsbewusster anstelle eines pathologischen Ernährungsstils erfasst wird.

Andere Erhebungsverfahren wurden entwickelt, wobei im deutschsprachigen Raum vor allem die von Barthels und Kollegen entwickelte Düsseldorfer Orthorexie Skala (DOS) (Barthels, Meyer & Pietrowsky, 2015a) Anwendung findet. Mit dieser Skala erfasste Häufigkeiten liegen zwischen 1 bis 3 % in der deutschen Allgemeinbevölkerung bzw. bei Universitätsangehörigen (Barthels et al., 2015a; Barthels & Pietrowsky, 2012).

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass frühe Studien ON als ein sehr prävalentes Phänomen darstellen (bis zu 90 %). Diese Studien beruhen jedoch vor allem auf Daten aus (überwiegend europäischen) Risikopopulationen (Diätassistenten, Studierende der Ernährungswissenschaften und Sportwissenschaften, Medizinstudierende und Ärzte, Yoga-Praktiker), die mit der heute nicht mehr empfohlenen ORTO-15 Skala erhoben wurden (siehe Tabelle). Aktuellere Studien liefern ungleich niedrigere Zahlen (1 bis 3 %, z. B. Barthels & Pietrowsky, 2012), die mit den Prävalenzraten von Essstörungen vergleichbar sind.

Abgrenzung zu anderen Störungen

Es herrscht große Uneinigkeit, ob ON als ein eigenständiges Störungsbild, als (Begleiterscheinung einer) Essstörung, als

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

³ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 neu eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im *Psychotherapeutenjournal* lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.

Autoren	Land	Stichprobe	Alter (Jahre)	Messverfahren	Ergebnisse
ORTO-9G/11-Hu/15					
(Bo et al., 2014)	Italien	440 Studenten, n = 53 Ernährungswissenschaften (41 ♀) n = 200 Sportwissenschaften (132 ♀) n = 187 Biologie (65 ♀)	19.8±2.7, 19.7±1.4, 19.9±1.8	ORTO-15	< 35: 25.9 % (n = 114, 68 ♀) Ernährungswissenschaften: 35.9 % Sportwissenschaften: 22.5 % Biologie: 26.5 %
(Dell'Osso et al., 2016)	Italien	2.826 Studenten und Universitätsangestellte (1.679 ♀)	28.9±11.4	ORTO-15	< 35: n = 925, 32.7 % (♀ 35.3 %, ♂ 28.9 %)
(de Souza & Rodrigues, 2014)	Brasilien	150 ♀ Studentinnen Ernährungswissenschaften	23.2±6.3	ORTO-15	< 40: n = 133, 88.7 %
(Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella, 2004)	Italien	404 Allgemeinbevölkerung (235 ♀)	ON 36.0±17.0 non-ON 33.2±14.0	„health fanatic“ Essgewohnheiten (späterer ORTO-15)	ON: n = 28, 6.9 % (♀ 3.9 %, ♂ 11.3 %)
(Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella, 2005)	Italien	525 Allgemeinbevölkerung (n = 404 Test-Konstruktion, n = 121 Validierung)	?	ORTO-15	⊙: 39.3±4 bis 42.4±4 (in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit) < 40: n = 15, 3.8 % < 35: n = 5, 1.3 %
(Dunn, Gibbs, Whitney & Starosta, 2017)	USA	275 Allgemeinbevölkerung (188 ♀)	21.7±4.8	ORTO-15	⊙: 37.5±4.4 < 40: 71.2 % < 35: 22.1 %
(Gezer & Kabaran, 2013)	Türkei	106 ♀ Studentinnen Ernährungswissenschaften	?	ORTO-11	⊙: 30.7±4.5
(Koven & Senbonmatsu, 2013)	USA	100 Studenten (79 ♀)	19.3±1.2	ORTO-15	⊙: 45.3±7.3 < 40: n = 21 (20 ♀)
(Missbach et al., 2015)	deutschsprachig	1.029 Allgemeinbevölkerung (768 ♀)	31.2±10.4	ORTO-15 (-9)	⊙ _{ORTO-9G} : 24.5±3.6 (♀ 24.4±3.6, ♂ 25.0±3.6) ON (cut-off < 26.7): 69.1 %
(Varga, Thege, Dukay-Szabó, Túry & van Furth, 2014)	Ungarn	810 Allgemeinbevölkerung (724 ♀)	32.4±10.4	ORTO-15 (-11-Hu)	⊙ _{ORTO-11-Hu} : 28.8±3.2 (♀ 28.8±3.1, ♂ 29.0±3.3) ⊙ _{ORTO-15} : 37.9±3.9 < 40 _{ORTO-15} : n = 601, 74.2 %
DOS					
(Barthels, Meyer & Pietrowsky, 2015a)	Deutschland	1.340 Allgemeinbevölkerung (928 ♀)	29.3±11.0	DOS	⊙: 17.8±5.4 > 30 (95. Perzentil): 3 %
(Barthels, Meyer, Huber & Pietrowsky, 2017a)	Deutschland	40 ED ♀ (24 AN, 16 BN), 30 OCD (14 ♀), 33 bzw. 30 Kontrollen	ED 23.8±8.4 ED-Kontrollen 23.2±4.3 OCD 39.0±14.1 OCD-Kontrollen 41.4±13.3	DOS	⊙ _{ED} : 26.4±6.8 ⊙ _{OCD} : 17.6±5.6 ⊙ _{ED-Kontrollen} : 17.4±4.6 ⊙ _{OCD-Kontrollen} : 15.9±5.7 > 30: ED 35.8 % (AN 37.5 %, BN 31.2 %), OCD 3.4 %, Kontrollen 3.2 %
(Barthels, Meyer, Huber & Pietrowsky, 2017b)	Deutschland	42 AN ♀ (davon 36 stationär), 30 Kontrollen	ED 21.2±6.9 Kontrollen 22.1±7.4	DOS	⊙ _{ED} : 32.6±4.7 ⊙ _{Kontrollen} : 19.0±4.5 > 30: ED 83 %
(Barthels & Pietrowsky, 2012)	Deutschland	2.185 Allgemeinbevölkerung	?	DOS	> 30: 1.6 % (n = 300, alles ♀)
(Depa, Schweizer, Bekers, Hilzendegen & Stroebel-Benschop, 2017)	Deutschland	446 Studenten (312 ♀), 188 Ernährungswissenschaften, 268 Wirtschaftswissenschaften	21.7±2.6	DOS	⊙: 18.4±5.3 > 30: n = 15, 3.3 % (♀ 2.8 %, ♂ 3.7 %) 25-29: n = 41, 9.0 % (♀ 10.4 %, ♂ 5.9 %)
(Rudolph, Göring, Jetzke, Großarth & Rudolph, 2017)	Deutschland	759 Fitnessclub-Mitglieder (539 ♀)	♀ 23.0±2.8, ♂ 24.7±3.9	DOS	⊙: 18.0 (♀ 18.4±5.1, ♂ 17.3±5.1) ≥ 30: n = 19, 2.5 % (♀ intensiv Sport: 5.1 %, ♂ gelegentlich Sport: 3.4 %)
BOT					
(Bundros, Clifford, Silliman & Morris, 2016)	USA	448 Studenten (325 ♀)	22.2±4.8	BOT	⊙: 4.7±2.2 (♀ 4.8±2.3, ♂ 4.5±2.2) > 5 Punkte: ♀ 55.7 %, ♂ 51.3 %
(Dittfeld et al., 2016)	Polen	430 Studenten, 229 Ernährungswissenschaften (218 ♀), 201 Physiotherapie (175 ♀)	21.5±1.6, 20.9±1.5	BOT	> 5 Punkte: Ernährungswissenschaften 26.6 %, Physiotherapie 14.9 %

Tabelle: Internationale Häufigkeiten orthorektischen Ernährungsverhaltens⁴
 Abkürzungen: ORTO-15 = Test for the diagnosis of Orthorexia; DOS = Düsseldorf Orthorexia Skala; BOT = Bratman Orthorexia Test (Werte 5 bis 9 „health fanatic“, Wert 10 ON); EHQ = Eating Habits Questionnaire; ON = Orthorexia nervosa; OCD = Zwangsstörung; GAS = Generalisierte Angststörung; PD = Panikstörung; ED = Essstörung; AN = Anorexia nervosa; BN = Bulimia nervosa; BE = Binge eating Störung; n = Substichprobengröße; ⊙ = Mittelwert±Standardabweichung; ? = keine Information; nur Artikel in referenzierten Zeitschriften, keine Qualifikationsarbeiten, Buchkapitel oder Konferenz-Proceedings.

⁴ Eine ergänzte Version der Tabelle finden Sie auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de. Die vollständige Tabelle kann bei der Autorin angefragt werden.

Zwangserkrankung oder lediglich als neuer sozialer Trend einzuordnen ist. Noch fehlt es an Studien, die eindeutig sicherstellen, dass es sich bei ON um eine psychische Störung im Sinne der diagnostischen Klassifizierungssysteme handelt.⁵

Phänomenologisch betrachtet teilen anorektische und orthorektische Personen verschiedene Merkmale und Verhaltensweisen miteinander. Beide zeichnen sich durch Perfektionismus aus, sind selbstkontrolliert, aber ängstlich, folgen strikten Ernährungsregeln und betrachten einen Bruch dieser Regeln als fehlende Selbstdisziplin, auf die mit noch strikteren Regeln und Bestrafung reagiert wird (siehe auch *Koven & Abry, 2015*). Allerdings gibt es auch phänomenologische Unterschiede zwischen den Gruppen. Während sich die Sorgen von Patienten mit Essstörungen vor allem auf ihr *Körperbild und -gewicht* beziehen, sind Orthorektiker überwiegend über ihren *Gesundheitszustand* besorgt und auf das *Essen gesunder, natürlicher und unveränderter Lebensmittel* fokussiert (z. B. *Bratman & Knight, 2000*).

Barthels und Kollegen (2017a) befragten 40 Patienten mit Ess- und 30 Patienten mit Zwangsstörungen hinsichtlich ihres orthorektischen Verhaltens (erfasst mittels DOS) und berichteten Häufigkeiten von 35,8 % bzw. 3,4 %. Bei Anorexie-Patienten liegt die Rate sogar bei 83 % (*Barthels, Meyer, Huber & Pietrowsky, 2017b*). Während die Häufigkeit orthorektischen Verhaltens bei Zwangsstörungspatienten somit im Bereich der Normalbevölkerung liegt, weist ON eine deutlichere Nähe zu Essstörungen auf. Allerdings erscheint die DOS nur bedingt geeignet, anorektisches und orthorektisches Verhalten klar voneinander abzugrenzen. Anorexie-Patienten mit starken im Vergleich zu jenen mit niedrigen orthorektischen Tendenzen zeigten vergleichbare Ausprägungen gestörten Essverhaltens und hypochondrischer Ängste, unterschieden sich jedoch hinsichtlich der Wahrnehmung von Kompetenz und Autonomie (*Barthels et al., 2017b*). Interessant ist, dass Patienten mit starken orthorektischen Tendenzen sich als zufriedener beschrieben.

ON-Betroffene leiden unter übertriebenen Sorgen, dass Lebensmittel kontaminiert sein könnten, verfolgen strikte Ernährungs- und Ernährungszubereitungsregeln und investieren viel (gedankliche) Zeit in das Beschaffen der „richtigen“ Lebensmittel (z. B. *Dunn & Bratman, 2016*). Dieses Verhalten hat einen zwangsähnlichen Charakter. Laut *Mathieu (2005)* besteht der Hauptunterschied beider Störungen jedoch darin, dass Personen mit ON ihre Zwänge als ich-synton erleben, während zwangsgestörte Patienten diese als ich-dyston wahrnehmen. Die oben bereits dargestellten Befunde von *Barthels et al. (2017a)*, die auf Daten von Patienten mit Zwangsstörungen beruhen, schließen eine Überlappung zwischen ON und Zwangsstörungen weitgehend aus.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die derzeitige Befundlage noch keine klaren Schlüsse zulässt, ob ON als eigenständiges, konzeptuell unterschiedliches Störungsbild verstanden werden kann oder aufgrund seiner nosologischen Nähe als Ess- bzw. Zwangsstörung klassifiziert werden sollte.

Ätiologie: Demografie und BMI

Demografische Variablen wie Alter, Geschlecht und Bildung werden im Zusammenhang mit orthorektischem Ernährungsverhalten diskutiert. Die ursprüngliche Annahme von *Bratman und Knight (2000)*, ON als ein häufiger bei Männern auftretendes Phänomen zu betrachten, findet keine klare empirische Bestätigung (u. a. *Depa, Schweizer, Bekers, Hilzendege & Stroebele-Benschop, 2017*). Etwas häufiger zeigen Studien eine erhöhte Prävalenz bei Frauen (u. a. *Barthels et al., 2015a*; *Rudolph, Göring, Jetzke, Großarth & Rudolph, 2017*). Die deutliche Mehrzahl deutet jedoch auf ähnliche Prävalenzen bei Männern und Frauen hin (u. a. *Dunn et al., 2017*). Diese fehlenden *Geschlechtsunterschiede* werden dabei als Indiz diskutiert, ON als etwas anderes als Essstörungen zu betrachten, bei denen Frauen nach wie vor deutlich häufiger betroffen sind (*Fichter, 2011*).

Die Befundlage zum *Alter* ist uneindeutig. Eine der größten Studien an 2.826 italienischen 18- bis 70-jährigen Studenten und Universitätsangestellten (*Dell'Osso et al., 2016*) berichtet von einem erhöhten ON-Risiko bei der Gruppe der ≤ 29 -Jährigen ($n = 2.141$, 34,3 % Betroffene) im Vergleich zu den über 30 Jahre alten Teilnehmern der Umfrage ($n = 685$, 27,9 % Betroffene). Eine Studie an 1.029 deutschsprachigen Erwachsenen (19 bis 70 Jahre) zeigt dem widersprechend einen schwach positiven Zusammenhang ($r = 0,13$) zwischen Alter und ON-Fragebogenwerten (*Missbach et al., 2015*); ein Zusammenhang, der auch in der ungarischen Allgemeinbevölkerung (810 Befragte, 20 bis 70 Jahre, $r = 0,13$; *Varga, Thege, Dukay-Szabó, Túry & van Furth, 2014*) ermittelt wurde. Insgesamt erscheint der Einfluss des Alters zunächst jedoch vernachlässigbar. Erst bevölkerungsrepräsentative Studien werden ein abschließendes Bild liefern.

Dass *Bildung und sozioökonomischer Status sowie Ernährungswissen* mit vermehrten orthorektischen Tendenzen im Zusammenhang stehen, bestätigen die Daten aus Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung nicht (u. a. *Missbach et al., 2015*). Studien mit jüngeren Teilnehmern (Schülern und Studierenden) bringen ON jedoch teilweise mit höherer Bildung in Zusammenhang (u. a. *Dell'Osso et al., 2016*). Ob sich diese Divergenz dadurch erklären lässt, dass in jungen Jahren vor allem soziokulturelle Lernprozesse und Vorbilder Ernährungsentscheidungen mitbestimmen, während sich im späteren Lebensalter dieser Einfluss relativiert (*Pudel & Westenhöfer, 2003*), ist offen.

Untersuchungen zur Beziehung zwischen orthorektischem Essverhalten und *Gewichtsstatus* zeigen keine bis schwa-

⁵ „Eine psychische Störung ist definiert als Syndrom, welches durch klinisch signifikante Störungen in den Kognitionen, in der Emotionsregulation und im Verhalten einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamen Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten.“ (dt. Übersetzung, DSM-5, S. 20)

che Zusammenhänge zwischen ON und BMI-Werten (u. a. Dittfeld et al., 2016). Gezer und Kabaran (2013) belegen an einer Gruppe ausschließlich weiblicher Studentinnen der Ernährungswissenschaften höchste ON-Werte in der Gruppe der Untergewichtigen, was auch die italienische Studie mit männlichen und weiblichen Studenten und Universitätsangestellten bestätigt (Dell’Osso et al., 2016). Weitere Studien, die ebenfalls beide Geschlechter betrachten, zeigen dem entgegen einen Zusammenhang mit höheren BMI-Werten und Übergewicht (u. a. Missbach et al., 2015). Festgehalten werden kann, dass sowohl Unter- als auch Übergewicht mit einem erhöhten ON-Risiko verbunden scheinen.

Ätiologie: Ist Verzicht das neue „Normale“?

Einige Forscher vertreten die Meinung, dass es sich bei ON um ein Lebensstil-Phänomen unserer heutigen, auf Optimierung ausgerichteten Gesellschaft handelt (Rangel, Dukeshire & MacDonald, 2012). Mit dem verstärkten Auftreten orthorektischer Tendenzen wird dabei vor allem die mediale Präsenz der Themen gesunde Ernährung, Fitness und allgemein gesunder Lebensstil in Zusammenhang gebracht (Turner & Lefevre, 2017).

Im Kontext sozio-kultureller Einflüsse zeigen Studien ein vermehrtes Auftreten orthorektischen Verhaltens bei Vegetariern/Veganern ($\approx 50\%$) im Vergleich zu Nicht-Verzichern ($\approx 30\%$). Gegenteilige Befunde liefert eine aktuellere Studie aus den USA, in der Veganer das geringste ON-Risiko aufwiesen (Dunn et al., 2017). Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Ernährungsstil und orthorektischen Tendenzen lässt sich aktuell nicht abschließend beantworten. Weitere Forschung ist nötig.

Hinweise auf kulturelle Unterschiede liefert die Zusammenschau internationaler Studien (exemplarische Befunde siehe Tabelle). Dabei liefern Studien je nach eingesetztem Verfahren unterschiedliche Richtungen. Ursache hier dürfte sein, dass weder der BOT noch der ORTO-15 mögliche kulturspezifische Besonderheiten im Ernährungsverhalten (wie beispielsweise die üblicherweise aufgewendete Zeit zur Nahrungszubereitung, religiöser Verzicht auf bestimmte Produkte) berücksichtigen. Die Bedeutung gesellschaftlicher Werte und Normen wurde bisher noch nicht in Studien berücksichtigt. Erhöhte Häufigkeiten in den zuvor bereits erwähnten Risikopopulationen (u. a. Bo et al., 2014; Depa et al., 2017; Dittfeld et al., 2016) lassen jedoch auf einen Einfluss von Ernährungswissen, Ernährungsratgebern und Medien schließen.

Ätiologie: Psychologische Korrelate

Ein Schlüsselmerkmal orthorektischen Verhaltens ist das strikte Einhalten von Ernährungsregeln. Dieses Verhalten

kann als Versuch angesehen werden, mit essensbezogenen Ängsten umzugehen. Gleichzeitig kann es aber auch als ein Bewältigungsverhalten verstanden werden, das sich in einem ausgeprägten Perfektionismus in Bezug auf Essen, aber auch auf die eigene Erscheinung manifestiert. Letzteres macht deutlich, dass es auch um eine Aufwertung des Selbstwerts geht. Ein solcher Zusammenhang von Perfektionismus, Narzissmus und einer Orientierung auf das körperliche Äußere hin (Gewichtssorgen, Schlankkeitsideal, Körperunzufriedenheit) mit ON lässt sich nachweisen (u. a. Barthels et al., 2017a). Zusätzlich zeigen sich auch positive Korrelationen orthorektischen Verhaltens mit einem rigiden und restriktiven Essverhalten (u. a. Bundros, Clifford, Silliman & Morris, 2016) sowie einer ausgeprägten Fitness- und Gesundheitsorientierung (Rudolph et al., 2017).

Relativ unerforscht sind neuropsychologische Korrelate der ON. Koven und Senbonmatsu (2013) untersuchten die kognitiven Funktionen von 100 Studierenden (darunter 79 Frauen) im Zusammenhang mit orthorektischem Verhalten, wobei auch für Essstörungen und Zwangssymptome kontrolliert wurde. Die Autoren sehen ihre Befunde als Bestätigung für die kognitive Rigidität von Personen mit ON an. Ihre Daten zeigen, dass Personen mit erhöhten orthorektischen Tendenzen bei Wechselaufgaben, d. h. beim Hin- und Herwechseln zwischen verschiedenen Aufgaben, sowie bei Aufgaben zu Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis schlechter abschnitten. Ebenfalls im Einklang damit steht das strikte Befolgen von Ernährungsregeln, die schlechtere Wahrnehmung von (z. B. sozialen) Reizen aus der Umwelt sowie die andauernde Beschäftigung mit Gedanken an Ernährung und Gesundheit bei ON.

Ätiologie: Biologische Korrelate

Aufgrund der symptomatischen Überlappungen mit Störungen aus dem Spektrum der Ess- und Zwangsstörungen spielen neben sozio-kulturellen Einflüssen wahrscheinlich auch genetische, neuroanatomische, neurochemische und psychophysiologische Faktoren eine Rolle, vor allem Veränderungen im serotonergen und dopaminergen System, die sowohl bei zwanghaftem, unsicherem Verhalten als auch bei fehlreguliertem Essverhalten festgestellt wurden. Denkbar sind darüber hinaus Störungen in neurobiologischen Regelkreisen der Stress- und Emotionsregulation sowie der Appetit- und Sättigungskontrolle. Empirische Studien dazu liegen aber bisher nicht vor.

Therapeutische Ansätze

Aufgrund der unklaren diagnostischen Einordnung und unzureichenden Erforschung zugrundeliegender bio-psycho-sozialer Mechanismen ist eine klare Identifikation der Orthorexie bisher schwer möglich. Dieser Abschnitt kann somit nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Definitionen be-

ruhen, sondern soll lediglich erste Ideen zu Behandlungsformen bieten. Die Erforschung therapeutischer Interventionen bei ON steht noch ganz am Anfang. Da Orthorektiker der tiefen Überzeugung sind, sich „gesund“ zu ernähren, muss zu Beginn mit einer erschwerten Behandlungsaufnahme und wenig Veränderungsbereitschaft auf Seiten der Betroffenen gerechnet werden. Fallberichte zu Leidensdruck und körperlichen Mangelerscheinungen lassen die Behandlungsbedürftigkeit erahnen. Mögliche Komplikationen – neben der stationären Versorgung bei deutlichem Gewichtsverlust oder extremer Mangelernährung – fordern zur Entwicklung spezifischer Behandlungsmethoden auf, auch wenn aus der empirischen Befundlage zum orthorektischen Ernährungsverhalten noch nicht auf eine spezifische Störung im klinischen Sinne geschlossen werden kann. Vorschläge zu möglichen therapeutischen Interventionen machen u. a. *Koven und Abry (2015)*. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die aktuellen Interventionsempfehlungen, die sich vor allem auf verhaltenstherapeutische Ansätze fokussieren und aufgrund der symptomatischen Nähe an Interventionsempfehlungen zu Ess- und Zwangsstörungen orientieren.

Beginnend bei Psychoedukation reichen vorgeschlagene *psychotherapeutische Interventionen* je nach Schwerpunkt der Symptomatik von Exposition mit Reaktionsverhinderung (Exposure and Response Prevention; ERP), über Habit Reversal Training (HRT) und kognitive Umstrukturierung bis hin zu Entspannungsverfahren.

Über den Wunsch nach mehr Informationen seitens der Orthorektiker wird der *erste Kontakt* wahrscheinlich häufig im Rahmen von Ernährungsberatung und über Diätassistenten hergestellt. Transdisziplinäre Aufgabe ist an dieser Stelle die Aufklärung über empirisch fundiertes Ernährungswissen, um falsche Vorstellungen und Missverständnisse zu korrigieren und damit in Zusammenhang stehende dysfunktionale Kognitionen zu verändern. Vorherrschende Ziele sind die Normalisierung des Essverhaltens (z. B. Nahrungszusammensetzung, Mahlzeitenstruktur) und die Rückkehr zu einer „zwangsfreien“ Nahrungsaufnahme.

Neben Psychoedukation und der Schulung zu Ernährung und Gesundheit ist die Aufarbeitung der obsessiven und zwanghaften orthorektischen Verhaltensweisen und Gedanken ein weiterer wichtiger Baustein. Dabei ist zu Beginn der Behandlung mit Ambivalenz und Widerstand zu rechnen. Wie oben beschrieben, erleben Orthorektiker ihre Denk- und Verhaltensmuster in weiten Bereichen als ich-synton und damit zunächst als nicht behandlungsbedürftig. Prinzipien der *motivationalen Gesprächsführung* (Motivational Interviewing; Miller & Rollnick, 2012) wie eine wertschätzende Sprache, aktives Zuhören und die Vermittlung von Zuversicht können wesentlich zur Förderung der Behandlungsmotivation beitragen. Das Schaffen von Einsicht, das Überwinden der Ambivalenz bezüglich des eigenen Verhaltens und der Wunsch nach Veränderung sind essentielle Voraussetzung für die folgende psychotherapeutische Arbeit.

Eine der effektivsten kognitiven verhaltenstherapeutischen Methoden bei der Behandlung von Zwangsgedanken und -verhalten stellt die Kombination aus *Expositionstherapie* und *Response Prevention* (Vermeiden von Rückversicherungsverhalten) bzw. *Reaktionsmanagement* dar. Behandlungserfolge eines solchen therapeutischen Vorgehens zeigen sich vor allem bei Zwangserkrankungen und generalisierter Angststörung (z. B. Hoyer et al., 2009). Erste Studien belegen auch die Wirksamkeit bei Essstörungen (Steinglass et al., 2014). Aufgrund der symptomatischen Überlappung erscheint auch bei ON die ERP als eine besonders effektive therapeutische Maßnahme. Eine mögliche Schwierigkeit bei der Exposition kann sein, dass Orthorektiker tatsächlich unangenehme Empfindungen nach dem Konsum erleben und diese als Bestätigung ihrer Befürchtungen ansehen, vom Lebensmittel krank zu werden. Hier ist die Kopplung mit psychoedukativer Aufklärung essentiell. Darüber hinaus können verschiedene *Entspannungsverfahren* bei essensbezogenen als auch anderen Gesundheitsängsten hilfreich sein (Kristeller & Hallett, 1999).

Unterstützt werden können Orthorektiker durch das *Habit Reversal Training* (Gewohnheits-Umkehr-Training; Azrin & Nunn, 1973), bei dem Patienten eine adäquate Selbstwahrnehmung erlernen (inklusive Elementen aus dem *Achtsamkeitstraining*) sowie versuchen, orthorektisches Verhalten zu unterbrechen und durch andere Verhaltensweisen zu ersetzen. Welche Verhaltensweisen im Training inkompatibler Reaktionen eingeübt werden, hängt vom Problemverhalten und dem Kontext ab. Hierzu eignen sich direkte Verhaltensbeobachtungen, systematische Protokollierung oder das Erstellen von Listen mit erlaubten und unerlaubten Lebensmitteln (Jacobi, Paul & Thiel, 2004). Durch das HRT begreifen Orthorektiker ihre Routinen und Ernährungsrituale als Gewohnheiten, die die ON aufrechterhalten und negative Folgen für sie selbst haben. Im Rahmen von *Verhaltensmodifikation* erweitern Betroffene ihr Repertoire an „erlaubten“ Lebensmitteln, ändern ihre Ernährungsgewohnheiten, werden sozialer bei der Nahrungszubereitung und dem -konsum und zudem angeregt, sich andere, nicht auf Ernährung bezogene Möglichkeiten der Freizeitbeschäftigung aufzubauen. Die Genussfähigkeit wird gefördert und die Aufmerksamkeit weg von gesundem Essen hin auf andere wertgeschätzte Lebensbereiche gelenkt.

Aspekte der Übergeneralisierung, des Schwarz-Weiß-Denkens, katastrophisierende und andere verzerrte ernährungsbezogene Gedanken und Einstellungen sind Fokus der *kognitiven Umstrukturierung*. Ein weiteres Ziel können perfektionistische Leistungsansprüche des Orthorektikers sein. Da aber im Bereich der Essstörungen die Technik der kognitiven Umstrukturierung inzwischen kritisch diskutiert wird (Longmore & Worrell, 2007), sollten auch neuere Interventionen zur Behandlung (z. B. kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von klinischem Perfektionismus, u. a. Kothari, Egan, Wade, Andersson & Shafran, 2016) in Betracht gezogen werden.

Hinsichtlich *psychopharmakologischer Ansätze* wird bei ON der Einsatz von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehem-

mern, die sich auch bei Zwangsstörungen als effizient gezeigt haben, diskutiert (Mathieu, 2005). Bei der Gabe von Medikamenten bleibt allerdings das orthorektische Symptombild zu bedenken. Mögliche Widerstände gegenüber der Einnahme verschriebener, potentiell „unreiner“ und „bedrohlicher“ Medikamente, könnten die pharmakologische Behandlung erschweren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Interventionen bei ON in einem interdisziplinären Team verortet werden sollten, das ernährungstherapeutische und psychotherapeutische Ansätze verknüpft. Vorgeschlagene psychotherapeutische Behandlungsansätze lehnen sich an Verfahren der (kognitiven) Verhaltenstherapie (Motivational Interviewing, ERP, HRT, kognitive Umstrukturierung) und psychodynamisch-biografische Verfahren an. Dass eine vormalig von ON betroffene Person sich auch nach der Therapie noch ausgesprochen gesund ernähren wird, weiterhin um ihre Gesundheit besorgt ist und bestimmte Lebensmittel vermeidet, kann aufgrund der orthorektischen Glaubens- und Persönlichkeitsstruktur nicht ausgeschlossen werden. Behandlungsziel ist neben der Normalisierung des Essverhaltens demnach vor allem, ernährungsbezogene Ängste und dysfunktionale Kognitionen bezüglich „gesunden“ Essens zu korrigieren.

Schlussfolgerungen

Ein gesunder Lebensstil und gesunde Ernährung gewinnen immer mehr an sozio-kultureller und individueller Bedeutung. Bei der Auswahl an Lebensmitteln und Gestaltung des Ernährungsverhaltens lassen sich einige Personen jedoch nicht nur von einfachen Regeln leiten, sondern entwickeln eine geradezu „manische“ Obsession für gesundes Essen und den ausschließlichen Verzehr von subjektiv als gesund eingeschätzten Lebensmitteln. Ob es sich bei diesem mit dem Begriff Orthorexia nervosa benannten Phänomen um ein Verhalten mit relevantem Störungspotential, um eine (Vorstufe einer) Essstörung oder um eine andere psychische Störung handelt, lässt sich aus der aktuellen Befundlage bisher nicht eindeutig beantworten. Aktuelle Studien liefern für bevölkerungsrepräsentative Stichproben Häufigkeiten im niedrigen einstelligen Bereich, während erhöhte Raten bei Personengruppen mit vermehrtem Ernährungswissen oder ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein ermittelt wurden. Zudem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Orthorexie und Perfektionismus, Narzissmus sowie einer Orientierung auf das körperliche Äußere hin. Sowohl Unter- als auch Übergewicht stehen mit verstärkten orthorektischen Tendenzen in Zusammenhang. Demgegenüber liefert die aktuelle Datenlage kaum Hinweise auf Geschlechtsunterschiede sowie den Einfluss von Bildungsgrad und sozioökonomischem Status. Ebenso scheint der Einfluss des Alters vernachlässigbar. Die Erfor-

schung neuropsychologischer und biologischer Korrelate der Orthorexie befindet sich noch ganz am Anfang. Schlüsse zu potentiell zugrundeliegenden Mechanismen sind derzeit noch nicht möglich. Ähnliches gilt für die Notwendigkeit spezieller Behandlungsformen zur Therapie der Orthorexia nervosa. Es liegen zwar Fallberichte zur Effektivität therapeutischer Interventionen vor, systematische Studien fehlen jedoch. Aktuell bleibt noch abzuwarten, ob sich Orthorexia nervosa als eigenständige klinisch-relevante Störungskategorie definieren und etablieren wird.

Literatur

- Barthels, F. & Pietrowsky, R. (2012). Orthorektisches Ernährungsverhalten – Nosologie und Prävalenz. *PPmP*, 62 (12), 445-449.
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T. & Pietrowsky, R. (2017a). Analyse des orthorektischen Ernährungsverhaltens von Patienten mit Essstörungen und mit Zwangsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 32-41.
- Bratman, S. & Knight, D. (2000). *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.
- Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M. & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10 (2), e28-e32.
- Dunn, T. M. & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
- Dunn, T. M., Gibbs, J., Whitney, N. & Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22 (1), 185-192.
- Klotter, C., Depa, J. & Humme, S. (2015). *Gesund, gesünder, Orthorexia nervosa. Modekrankheit oder Störungsbild? Eine wissenschaftliche Diskussion*. Wiesbaden: Springer.
- Koven, N. S. & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.
- Koven, N. S. & Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3 (2), 214-222.
- Rangel, C., Dukeshire, S. & MacDonald, L. (2012). Diet and anxiety. An exploration into the orthorexic society. *Appetite*, 58 (1), 124-132.



Dr. Jana Strahler

Psychotherapie und
Systemneurowissenschaften
Justus-Liebig-Universität Gießen
Otto-Behaghel-Str. 10 H
35394 Gießen
jana.strahler@psychol.uni-giessen.de

Jana Strahler ist promovierte Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Justus-Liebig-Universität Gießen und befasst sich mit Stress, unser Erleben und Verhalten beeinflusst und was uns vor seinen negativen Folgen schützt. Der Schwerpunkt ihrer Forschung liegt hierbei auf den gesundheitsförderlichen Wirkungen von Ernährungs- und Bewegungsverhalten.

Psychotherapie in einer JVA mit weiblichen Gefangenen

Ein Erfahrungsbericht

Beatrix Weidinger-von der Recke

Zusammenfassung: Der Beitrag beschreibt die Erfahrungen als externe, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutin in einer bayerischen Justizvollzugsanstalt (JVA). Er erläutert die spezifischen Bedingungen für die Durchführung von psychodynamischer Einzelpsychotherapie in der JVA. Zudem werden Eindrücke aus der praktischen Arbeit vermittelt und es wird auf die Sinnhaftigkeit von Psychotherapie im Strafvollzug hingewiesen.

Frauen im Gefängnis

Frauen, die als Täterinnen Straftaten begehen, lösen meist Unverständnis oder gar Abscheu aus. Traumatisierte Frauen als Opfer entsprechen dagegen eher der allgemeinen Wahrnehmung vom gesellschaftlichen Geschlechterverhältnis. Emily Salisbury, Associate Professor of Criminal Justice an der University of Nevada, Las Vegas, wandelt ein bekanntes Zitat von Fjodor Dostojewski über Gefängnisse als Ausdruck einer Gesellschaft ab, indem sie vorschlägt: „The degree of civilization in a society can be judged by entering its [...] women’s prisons“ (Übersetzung B. W.: Den Grad der Zivilisation einer Gesellschaft erkennt man bei einem Blick in ihre Frauengefängnisse) (Salisbury, 2015). Auch wenn Frauen gegenüber Männern die deutlich kleinere Gruppe an Inhaftierten ausmachen, so ist es für Salisbury doch besonders aussagekräftig, wie eine Gesellschaft gerade diese Gruppe an marginalisierten Frauen behandelt. Zur Zahl der in Deutschland inhaftierten Frauen lässt sich Folgendes festhalten: Zum Stichtag 31.03.2017 waren nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes in Deutschland insgesamt 51.643 Personen inhaftiert, davon 48.609 Männer und 3.034 Frauen, was einem Anteil von 5,9 % entspricht (Statistisches Bundesamt, 2017).

Die bayerische JVA, aus der im Folgenden von den Erfahrungen als externe Psychotherapeutin berichtet wird, ist mit 448 Haftplätzen für Frauen die größte Anstalt ihrer Art in Bayern. Von diesen Haftplätzen sind 63 Haftplätze für weibliche Jugendliche vorgesehen. Zusätzlich gibt es 144 Haftplätze für Männer. Die JVA verfügt über eine Krankenabteilung, eine Mutter-Kind-Abteilung, eine sozialtherapeutische Abteilung, einen offenen Vollzug und ein Freigängerhaus. Seit vielen Jahren unterstützen der Leiter des Gefängnisses und die Kolleginnen und Kollegen des psychologischen Fachdienstes aktiv und engagiert die Honorartätigkeit externer Psychotherapeutinnen und deren Vergütung durch das Bayerische Justizministerium.

Psychotherapie in der JVA

Einzelpsychotherapie in der JVA mit weiblichen Gefangenen bedeutet, dass neben der Patientin und mir als Therapeutin immer auch der institutionelle Kontext der JVA und der gesellschaftlich-politische Rahmen präsent sind (Pecher, 2013). „Psychotherapeutische Behandlung muss also immer auch das soziale Umfeld im Blick haben. [...] Jeder Praktiker weiß, dass bei der intramuralen Behandlung die Haftsituation nicht ausgeklammert werden kann“ (Pecher, 2013, S. 8).

Das einzelpsychotherapeutische Setting besteht sowohl aus der üblichen therapeutischen Dyade als auch aus einer Form von Triangulierung mit dem Kontext Haftanstalt und dem alle Beteiligten prägenden Einfluss des gesamtgesellschaftlichen Kontextes. Diese Aspekte formen und beeinflussen die Gefangene ebenso wie mich, die Therapeutin, in unseren Erfahrungen, Urteilen und Vorurteilen. Auch wirken sie in die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse sowie in die psychodynamische Beziehungsanalyse hinein. Die Wahrnehmung und Reflektion dieser sozialen und gesellschaftlichen Dimensionen sind für beide Akteurinnen der Einzelpsychotherapie anspruchsvoll und können erkannt und benannt, aber nicht in Gänze aufgelöst werden.

Individuelle Lebensumstände und die Straftaten der Frauen sollen in der Psychotherapie mit weiblichen Gefangenen therapeutisch bearbeitet werden mit dem Ziel, mehr Verantwortung für sich und die eigenen Gefühle, Gedanken und Handlungen zu übernehmen. Dies ist ein schwieriger Prozess, da Spaltungsphänomene und pseudo- bzw. paranoide Vorstellungen im Sinne von feindseligen Stereotypen stark in die therapeutische Arbeit einwirken. Es bestehen Polarisierungen in „gut“ und „böse“, in „wir“ und „die“ – sowohl aufseiten der Gefangenen als auch aufseiten der

JVA-Mitarbeiter.¹ So berichten mir drogenabhängige Frauen: „Wir, die Giftler, sind anders als die anderen, wir halten zusammen“ und setzen sich damit deutlich von den übrigen inhaftierten Frauen ab. Andere Gefangene beschreiben sich in Abgrenzung von den Beamten so: „Denen ist es doch egal, wie es uns geht, für die sind wir der Abschaum“. Als ich zum ersten Mal mit einer Mörderin ein Gespräch zur Abklärung einer Psychotherapie führte, erlebte ich hautnah meine eigenen Vorbehalte, Ängste und starken Gefühle von Entwertung und Hilflosigkeit.

Berührend und beeindruckend ist für mich, wenn diese Spaltungsphänomene zwischen „denen“ und „uns“ bzw. zwischen „denen“ und „mir“ überbrückt oder aufgeweicht werden. Manche Frauen erleben in ihrer Haftzeit bedeutsame emotionale und empathische Beziehungen mit anderen Inhaftierten oder mit Beamten in einer für sie neuartigen positiven Weise. Solche ungewohnte Emotionalität kann die einzelne Frau in ihrer psychischen Entwicklung überfordern, aber auch fördern. Eine junge Frau, die in ihrer psychosexuellen Entwicklung massive emotionale Vernachlässigung erlebte, berichtete mir in einer Sitzung mit freudigem Stolz: „Die Anstalt vertraut mir, das ist ein schönes Gefühl“. Der Grund ihrer Freude war, dass eine Beamtin ihr einen Dienst für den Gefängnisflur übertragen hatte. In der Therapie nutzen wir diese positive emotionale Erfahrung aus dem Haftalltag, um vertiefend an ihrem geringen Selbstwerterleben zu arbeiten.

Wiederholt äußern sich Patientinnen dankbar über ihre Haftzeit, da sie im Leben „draußen“ überfordert waren und keinen Ausweg aus desolaten Situationen sahen. Ihre kriminellen Taten können auch als Hilfeschrei nach Regeln, Überschaubarkeit und Sicherheit verstanden werden. Dazu eine Zusammenfassung aus verschiedenen Aussagen: „Es klingt komisch, aber ich bin froh, hier zu sein, hier kann ich nachdenken und bin sicher. Ich habe mein Bett, bekomme dreimal am Tag zu essen und es gibt klare Regeln zum Aufstehen. Ich habe Angst vor der Entlassung, plötzlich stehe ich dann wieder alleine da und bin all den Reizen, dem Lärm und den vielen Menschen ausgesetzt.“ Aus dieser Perspektive betrachtet kann die JVA als eine Art Ersatz-Elternschaft verstanden werden. Einerseits bietet sie einen „mütterlichen“, regressionsfördernden Ort mit Gefühlen von Geborgenheit und empathischen zwischenmenschlichen Begegnungen. Zugleich ist dieser Ort klar und streng mit „männlichen“ Regeln und haltgebenden, auch strafenden Strukturen organisiert.

Eine vulnerable Phase in der Haftzeit stellt die Vorbereitung auf die Entlassung dar. Dieser Übergang wird häufig als ängstigend und bedrohlich erlebt, manche Frauen erleben dabei einen sie quälenden und überfordernden Trennungsschmerz, wie etwa diese Gefangene wenige Wochen vor ihrer regulären Entlassung feststellt: „Ich habe Angst, es nicht zu schaffen, habe mich so an das hier gewöhnt.“

Die Rolle als externe Psychotherapeutin

Seit mehr als sieben Jahren bin ich an einem Tag pro Woche als externe Psychotherapeutin in der eingangs beschriebenen bayerischen JVA tätig. Die Kolleginnen und Kollegen des psychologischen Fachdienstes überweisen Frauen an mich, die sich aus eigener Motivation eine Psychotherapie, oft eine Traumabearbeitung, wünschen. Insgesamt habe ich sechs Therapieplätze für längerfristig angelegte Behandlungen zur Verfügung, die länger als die üblichen 100 Kontingenzstunden dauern können. Ähnlich wie in der Praxis werden Vorgespräche durchgeführt, in denen die jeweilige Frau und ich uns über ihre Biografie, ihre Tat(en), ihre Haftzeit und über ihren Auftrag und Vorstellungen von einer Psychotherapie verständigen.

Meine Rolle als unabhängige, freie Mitarbeiterin beinhaltet eine therapeutische Schweigepflicht, die das in der JVA übliche Maß übersteigt, da ich keiner Kollegin bzw. keinem Kollegen gegenüber aussagepflichtig bin. Der therapeutische Rahmen stellt dadurch einen besonders geschützten und privaten Ort dar. Immer wieder äußern Patientinnen ihr Erstaunen darüber, dass ich ihre Gefangenenakte nicht lese, ohne sie vorher um ihre schriftliche Erlaubnis gebeten zu haben – die sie selbstverständlich auch verweigern können, was manche tun.

Auch in symbolischer Weise verkörpere ich die Möglichkeit, dass es ein „Draußen“, ein Leben in Freiheit gibt, was für manche, nicht nur für sogenannte Langstrafkerinnen (Frauen,

— In symbolischer Weise verkörpere ich die Möglichkeit, dass es ein „Draußen“, ein Leben in Freiheit gibt, was für manche nur wenig vorstellbar ist. —

die Gewaltverbrechen begangen haben), nur wenig vorstellbar ist. Einerseits bringe ich „frischen Wind“ (Aussage einer Patientin) von außen mit, andererseits verstehe ich so wenig vom Leben innerhalb der Mauern, dass die Patientinnen mir dies zu erklären versuchen, was oftmals bereits eine Reflektion der eigenen Haftsituation und des eigenen Verhaltens beinhaltet und in der therapeutischen Arbeit genutzt werden kann.

In meiner Rolle als Psychotherapeutin werde ich idealisiert, heftig abgewertet und beneidet, was sowohl aus der jeweiligen psychotherapeutischen Beziehung heraus erklärbar ist als auch aus den real existierenden Unterschieden zwischen der inhaftierten Patientin und mir als freier Person (dazu bei-

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 neu eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform (dort, wo nicht ausdrücklich eine Frau/Frauen gemeint sind).

spielsweise die folgende Aussage einer Patientin: „Das können Sie gar nicht verstehen, Sie gehen ja immer wieder“).

Mit großen, schweren Schlüsseln schließe ich mich durch sieben Türen, um schließlich in einer ehemaligen Zelle anzukommen. Dieser Raum hat Gitterstäbe vor dem Fenster, ein Waschbecken, einen quadratischen Holztisch mit Stahlbeinen, vier Holzstühle, zwei Sitzkissen sowie einen Schreibtisch mit Bürostuhl, Telefon und verschließbarem Aktenschrank. Helle Vorhänge und eine hellblaue Leinentischdecke aus der JVA-Wäscherei zieren den Raum. Ein Unterschied zu den normalen Zellen besteht darin, dass das Fenster ganz geöffnet werden kann und sich nicht in Kopfhöhe, sondern in der üblichen normalen Höhe befindet.

Eindrücke aus Psychotherapien

Die meisten Frauen, mit denen ich bisher arbeiten durfte, hatten zuvor noch keinen Kontakt mit Psychotherapie. Viele berichten über schwerwiegende sexuelle Missbrauchserfah-

— Der Zusammenhang, Opfer und Täterin zugleich zu sein, stellt eine komplexe Herausforderung dar. —

rungen und emotionale Gewalterfahrungen, die meist in der frühen Kindheit begannen. Auffallend häufig erwähnen diese Frauen, dass ihre Eltern oder ein Elternteil selbst drogenabhängig oder Opfer von Missbrauch oder Gewalt war. Manche der Frauen wurden über Jahre misshandelt, meist von männlichen, manche von weiblichen Familienmitgliedern. Viele hatten Probleme in der Schule: sowohl im sozialen Bereich als auch im Leistungsbereich. Der Drogenkonsum begann häufig in der frühen Adoleszenz. Es gab Einweisungen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Inobhutnahmen durch das Jugendamt. Viele hatten bereits als minderjährige Mädchen sexuelle Kontakte, häufig mit älteren Männern. Diese Kontakte waren meist nicht freiwillig, sondern „ich befriedigte ihn, weil er das wollte“ (Aussage einer Patientin). Viele dieser Frauen lebten wiederholt in Zwangs- und Gewaltsituationen, was ihre intrapsychischen Konflikte und ihre zum Teil bewussten Gefühle von Ausgeliefertsein, Hoffnungslosigkeit und Minderwertigkeit verstärkte. „Drogen“, so eine Patientin, „waren die einzige Möglichkeit, um nichts zu fühlen.“

Manche dieser Frauen wurden kriminell, indem sie betrogen (z. B. Bestellungen im Internet tätigten, ohne diese bezahlen zu wollen oder zu können), sich illegal Drogen besorgten (z. B. Beschaffungskriminalität) oder indem sie gewalttätig gegenüber anderen agierten, häufig gegenüber Personen, die sie als schwach und unterlegen wahrnahmen.

Viele meiner Patientinnen sind Mütter; oft haben sie Kinder aus mehreren Beziehungen. Während ihrer Haftzeit sind die

Kinder häufig in Pflegefamilien oder in Heimen untergebracht, selten kümmert sich der Kindsvater selbst.

Nach meiner diagnostischen Einschätzung weisen die meisten Frauen, mit denen ich bisher gearbeitet habe, Persönlichkeitsstörungen auf, wobei ca. die Hälfte dem niedrigen Strukturniveau (Borderline-Störung) und die andere Hälfte dem mittleren Strukturniveau (narzisstische und depressive Störungen) zugeordnet werden können. Die Komorbidität bezieht sich meist auf Drogen- und Alkoholsucht. Posttraumatische Belastungsstörungen erlebe ich selten. In seltenen Fällen vermute ich das Vorliegen einer atypischen posttraumatischen Störung in Form einer posttraumatischen Persönlichkeitsstörung oder einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extremtraumatisierung.

Der Aufbau einer vertrauensvollen und belastbaren psychotherapeutischen Beziehung zwischen der einzelnen Strafgefangenen und mir benötigt viel Zeit und Geduld. Es braucht meist lange, bis die eigene Lebensgeschichte, z. B. minderjähriges Opfer eines sexuellen Missbrauchs gewesen zu sein, besprechbar wird und nicht als Begründung für die begangenen kriminellen Taten angeführt wird. Der Zusammenhang, Opfer und Täterin zugleich zu sein, stellt eine komplexe Herausforderung dar.

Immer wieder erlebe ich, dass die durch das Gerichtsurteil zugesprochene Schuld für die einzelne Frau wenig nachvollziehbar ist. Sie erlebt sich vielmehr erneut als Opfer von Umständen, für die sie keine oder nur wenig Verantwortung trägt.

Dieser Mechanismus von Verleugnung wird verständlicher, wenn in der Psychotherapie die kindliche Grunderfahrung thematisiert und reflektiert werden kann: „Ich wurde nicht gesehen, den Eltern war ich egal, die haben mich wie Dreck behandelt, ich bin wertlos“ (Zusammenstellung von Aussagen verschiedener Patientinnen). Die Spaltungsabwehr – Projektion auf Andere, den Richter, die Gesellschaft etc. – stellt eine häufig anzutreffende unbewusste Bewältigung intrapsychischer Konflikte dar. So sagte eine Frau wiederholt: „Die Gesellschaft will mich nicht“, und regulierte mit dieser Verleugnung ihre eigene Aggressivität sowie ihre starken Gefühle von Minderwertigkeit, Ohnmacht und Hilflosigkeit. Die therapeutische Beziehung kann die Gefangene dabei unterstützen, sich dieser intrapsychischen Abwehr zu stellen, um Verantwortung für die begangenen kriminellen Handlungen zu übernehmen und um sich mit der eigenen leidvollen Lebensgeschichte als Opfer auseinanderzusetzen.

Zur Wahrung der Anonymität der Frauen werden keine ausführlicheren Fallbeispiele geschildert. Die beiden folgenden Schilderungen sind stattdessen aus verschiedenen Therapieverläufen zusammengesetzt und zeigen die Einwirkung der Institution JVA auf die Behandlungen:

Eine Frau Mitte 40, Mutter von drei Kindern, war zum wiederholten Male als Betrügerin und Urkundenfälscherin zu langer Haftstrafe verurteilt worden. Über Jahre führte sie ein Doppelleben zwischen Muttersein, Erwerbstätigkeit und Delinquenz. In der 45. Sitzung begann sie erstmalig, sich mit ihrer Biografie und den über Jahren erlittenen Gewalttätigkeiten durch männliche Familienmitglieder auseinanderzusetzen. Ihr Selbstbild, eine „harte Alphafrau“ zu sein, wurde erschüttert, als sie bei der Schilderung einer gewalttätigen Szene spontan anfang zu weinen. Nach weiteren 40 Stunden sah sie sich allmählich in der Lage, einen Zusammenhang zwischen ihrer traumatischen Lebensgeschichte, ihren Beziehungen mit Männern und ihrem kriminellen Verhalten herzustellen. Im weiteren Verlauf konnte sie diese Einsichten vertiefen, so dass bei ihrer Entlassung vonseiten der JVA von einer günstigeren Sozialprognose und verminderter Rückfallgefahr ausgegangen wurde.

Eine junge Frau Mitte 20, die seit früher Pubertät harte Drogen konsumierte, war zum wiederholten Male wegen Beschaffungskriminalität inhaftiert worden. Sie war eines von fünf Kindern, beide Eltern waren wegen Drogenkonsums und Drogenhandels einschlägig vorbestraft. Sie wuchs in einer Pflegefamilie, später im Heim auf. Aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und Selbstverletzungen kam es wiederholt zu Aufenthalten in Kinder- und Jugendpsychiatrien. Ihre Lehre brach sie ab. In kurzzeitigen Beziehungen mit Männern wurde sie mehrfach vergewaltigt. Sie verliebte sich in eine jüngere, ebenfalls drogenabhängige Frau und wurde, so sagte sie, deren „Beschützerin“. Bald gab es finanzielle Probleme, die Patientin beging kriminelle Taten und wurde schließlich verurteilt. In der Psychotherapie begann sie zaghaft, sich mit ihrer Biografie zu beschäftigen, wobei ihre idealisierte Vorstellung einer „eigenen heilen Familie“ deutlich in den Vordergrund rückte. Allmählich konnte sie sich ihrem geringen Selbstwertgefühl annähern und begann einen für sie schmerzhaften psychischen Entwicklungsprozess, der phasenweise mit starkem Suchtdruck einherging. Nach ca. 30 Stunden sagte sie spontan, sich erwachsener und reifer zu fühlen. Nach weiteren zehn Stunden wurde die Behandlung abrupt beendet, da die junge Frau sich zum wiederholten Mal regelwidrig aggressiv gegenüber Beamten verhalten hatte und in eine andere JVA verlegt wurde. Ein Abschluss, eine gemeinsame Bilanzierung und Bewertung der therapeutischen Sitzungen waren nicht möglich.

Ausblick

Aus meiner Sicht ist Psychotherapie innerhalb der JVA kein zusätzlicher Luxus, sondern ein notwendiger Bestandteil (Pecher, 2005). Das Erarbeiten von Einsicht in das eigene Fühlen, Denken und Handeln ergänzt und erweitert das Konzept der Resozialisierung des Strafvollzugs. Viele der weiblichen Gefangenen sind Mütter, so dass die generationale Weitergabe von negativer Stigmatisierung für die Frauen, deren Kinder, für uns als Psychotherapeuten und für die Gesellschaft insgesamt eine bedeutsame Herausforderung darstellt. Meiner Einschätzung nach besteht im Strafvollzug ein großer Bedarf an Psychotherapie, auch wenn dies in Fachkreisen durchaus unterschiedlich beurteilt wird.

Literatur

- Pecher, W. (2005). Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie im Justizvollzug. Eine empirische Untersuchung der Erfahrungen und Einschätzungen von Psychotherapeuten in deutschen Gefängnissen. Herbolzheim: Centaurus.
- Pecher, W. (2013). Tiefenpsychologische Therapieansätze bei Gewaltstraftätern. Reader zur Fortbildung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am 12.10.2013.
- Salisbury, E. (2015). Judging Societies by Women's Prisons. Vortrag gehalten auf einer TEDx Konferenz. Video verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=Ijwlyf7rCtU> [29.01.2018].
- Statistisches Bundesamt. (2017). Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Fachserie 10 Reihe 4.1. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug.html> [31.01.2018].



Dipl.-Psych. Beatrix Weidinger-von der Recke

Psychotherapeutische Praxis
Reichenhaller Str. 29
81547 München
kontakt@praxis-weidinger.de

Beatrix Weidinger-von der Recke ist Dipl.-Psychologin und als Psychologische Psychotherapeutin (tiefenpsychologisch fundiert) in München niedergelassen. Sie ist als Honorarmitarbeiterin in einer bayerischen JVA tätig und verfügt über langjährige psychotherapeutische Erfahrungen mit Menschen mit Traumafolgestörungen.

Fortsetzung und letzter Teil der Reihe: Die Versorgungswerke stellen sich vor

Die solide Brücke in die Altersversorgung: Die Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung

Rolf Sennewald

Zusammenfassung: Die Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BlngPPV) ist das für die Mitglieder der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der Psychotherapeutenkammer des Saarlands zuständige berufsständische Versorgungswerk. Dieser Artikel stellt die BlngPPV und ihre grundlegenden Eigenschaften und Besonderheiten vor. Er informiert dabei insbesondere über die Organisation des Versorgungswerks und geht zudem auf die Aspekte der Mitgliedschaft, der Beiträge, des Finanzierungsverfahrens und der Versorgungsleistungen ein. Ausführungen zur Kapitalanlage und zum Informationsangebot des Versorgungswerks schließen den Artikel ab.

Versorgungswerk

Die Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BlngPPV) ist eine eigenständige Anstalt des öffentlichen Rechts. Sie hat den gesetzlichen Auftrag, ihre Mitglieder und deren Hinterbliebene bei Berufsunfähigkeit, Alter und Tod zu versorgen.

Das Versorgungswerk wurde 1995 als berufsständische Versorgungseinrichtung für Bauingenieure¹ in Bayern gegründet. Später erweiterte es seinen Zuständigkeitsbereich und bezog

— Die wichtigsten Gremien der BlngPPV sind der Verwaltungsrat als Entscheidungsträger sowie die Bayerische Versorgungskammer als Geschäftsführerin und gesetzliche Vertreterin. —

weitere Berufskammern für Ingenieure in sechs Bundesländern ein (Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen sowie Thüringen). Nach Beschluss der Selbstverwaltungsorgane von Versorgungswerk und Berufskammer ist es seit dem 01.01.2006 das gemeinsame Versorgungswerk der Bauingenieure und der bayerischen Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Seither heißt das Versorgungswerk „Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung“. Seit 01.11.2008 sind auch die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlands Mitglieder der BlngPPV.

Organisation

Die wichtigsten Gremien der BlngPPV sind der Verwaltungsrat als Entscheidungsträger sowie die Bayerische Versorgungskammer als Geschäftsführerin und gesetzliche Vertreterin.

Der Verwaltungsrat – ausschließlich mit Berufsangehörigen besetzt – ist das Beschluss- und Kontrollgremium des Versorgungswerks. Zu seinen wichtigsten Aufgaben gehört es, die Satzung zu gestalten, die Richtlinien zur Kapitalanlage und zur Versorgungspolitik allgemein aufzustellen sowie den Lagebericht, den Jahresabschluss und die Entlastung der Geschäftsführung zu beschließen. Derzeit gehören dem Verwaltungsrat 14 Mitglieder an, davon drei Mitglieder der Bayerischen Psychotherapeutenkammer (Gerda Gradl, Dr. Nikolaus Melcop, Dr. Herbert Ühlein) und ein Mitglied der Psychotherapeutenkammer des Saarlands (Irmgard Jochum).

Die Bayerische Versorgungskammer ist eine Oberbehörde, die dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr unmittelbar nachgeordnet ist. Sie nimmt neben

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

der Geschäftsführung der BIngPPV die Geschäfte von elf weiteren Versorgungseinrichtungen wahr. Die Versorgungskammer hat über 2 Mio. Versicherte, nimmt Beiträge und Umlagen in Höhe von rund 4 Mrd. Euro ein und verwaltet knapp 70 Mrd. Euro. Damit gehört sie zu den größten institutionellen Investoren in Europa. Dank der gebündelten Kompetenzen bringt die gemeinsame Geschäftsführung für insgesamt zwölf Versorgungseinrichtungen zahlreiche Synergieeffekte und Vorteile, so z. B. bei Versicherungsmathematik und Kapitalanlage. Die gemeinsame Geschäftsführung wirkt sich auch positiv auf den Gesamtkostensatz aus, der im Geschäftsjahr 2016 nur 2,5 Prozent betrug.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft im Versorgungswerk entsteht auf gesetzlicher Grundlage, sodass kein Vertragsabschluss nötig ist und auch keine Provisionen anfallen. Maßgebend ist die Mitgliedschaft in einer der beiden Landespsychotherapeutenkammern. Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausschließlich im Angestelltenverhältnis oder als Beamte ausüben, können sich von der Mitgliedschaft in der BIngPPV befreien lassen. Die Mitgliedschaft endet grundsätzlich mit Beendigung der Mitgliedschaft in der Landeskammer.

Die Anzahl der Mitglieder des Versorgungswerks wächst stetig, vor allem die der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und damit auch der Frauenanteil.

Zum 31.12.2016 hatte die BIngPPV insgesamt 8.266 aktive Mitglieder, davon waren 5.384 Ingenieure (= 65 Prozent) und 2.882 Psychotherapeuten (= 35 Prozent). Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der Psychotherapeuten um 11,5 Prozent, bei den Ingenieuren lag das Wachstum bei 1,2 Prozent.

Beiträge

Die Pflichtbeiträge hängen von der Beschäftigungsart und der Höhe des Berufseinkommens ab.

Selbständige Mitglieder zahlen entweder den Regelbeitrag (= Höchstbeitrag, im Jahr 2018 monatlich: 1.209,00 Euro) oder – abhängig von ihren Einkünften aus der selbständigen Arbeit – einen Beitrag in Höhe des Beitragssatzes, den auch Angestellte zur gesetzlichen Rentenversicherung zahlen. Dieser Beitrag wird nach oben durch den Regelbeitrag und nach unten durch den Mindestbeitrag (1/8 des Regelbeitrags, im Jahr 2018 monatlich: 151,10 Euro) begrenzt.

Als Selbständiger kann man für die ersten fünf Jahre Kammerzugehörigkeit einen ermäßigten Beitrag in Höhe von 2/10 des Regelbeitrags (im Jahr 2018 monatlich: 241,80 Euro) beantragen.

Selbständige Mitglieder, die auf Antrag gesetzlich rentenversichert sind, können eine Ermäßigung auf den Mindestbeitrag

erhalten, wenn die Versicherungspflicht schon vor Eintritt in das Versorgungswerk besteht.

Angestellte Mitglieder, die sich zusätzlich zur Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung für eine Versorgung in der BIngPPV entscheiden, zahlen auf Antrag einen ermäßigten Beitrag in Höhe des Mindestbeitrags oder des halben Mindestbeitrags (im Jahr 2018 monatlich: 75,55 Euro).

Ebenso sieht die Satzung Beitragsermäßigungen auf den Mindestbeitrag bzw. auf den halben Mindestbeitrag für folgende Fälle vor: Mutterschutz und Erziehungsurlaub, freiwillige Mitglieder und Mitglieder mit Befreiungsrecht.

Neben den Pflichtbeiträgen können die Mitglieder zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation freiwillige Mehrzahlungen leisten. Allerdings dürfen die Pflichtbeiträge und freiwilligen Mehrzahlungen zusammen die jährliche allgemeine Einzahlungshöchstgrenze des Körperschaftsteuergesetzes nicht übersteigen (das 2,5-fache des jährlichen Höchstbeitrags, im Jahr 2018: 36.270,00 Euro).

Im Jahr 2016 betragen die Beitragseinnahmen im Versorgungswerk 58,6 Mio. Euro (45,7 Mio. Euro Pflichtbeiträge und 12,9 Mio. Euro freiwillige Mehrzahlungen).

Finanzierungsverfahren

Die Leistungen der BIngPPV wurden bis 31.12.2014 im klassischen Anwartschaftsdeckungsverfahren finanziert, wie es z. B. auch bei Lebensversicherungen üblich ist. Zum 01.01.2015 wurde dieses Finanzierungsverfahren um Elemente des sog. offenen Deckungsplanverfahrens, ebenfalls ein Kapitaldeckungsverfahren, ergänzt. Das Versorgungswerk vermeidet mit dieser Systemänderung eine einseitige Abhängigkeit sowohl von der demografischen und wirtschaftlichen Situation der Berufsstände (wie im „reinen“ Umlageverfahren) als auch von der Kapitalmarktentwicklung (wie im klassischen oder „reinen“ Anwartschaftsdeckungsverfahren).

Zum 31.12.2016 lag die Kapitaldeckung des Versorgungswerks bei rund 105 Prozent. Das Versorgungswerk verfügt somit über eine vollständige Kapitaldeckung. Umlageelemente, wie sie im offenen Deckungsplanverfahren bei einer geringeren Kapitaldeckung als 100 Prozent herangezogen werden könnten, gibt es daher bei der BIngPPV derzeit nicht.

Versorgungsleistungen

Die BIngPPV gewährt im Einzelnen folgende Leistungen:

- Altersruhegeld (ab Vollendung des 67. Lebensjahres, für Jahrgänge vor 1967 bestehen Übergangsregelungen);
- Vorgezogenes Altersruhegeld (ab Vollendung des 62. Lebensjahres);

- Hinterbliebenenversorgung für Witwen, Witwer, Hinterbliebene aus einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und Waisen;
- Unterhaltsbeiträge an Waisen bei Berufsausbildung oder bei dauernder Erwerbsunfähigkeit (bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres);
- Single-Zuschlag für Nicht-Verheiratete von 10 Prozent.

Neben den besonderen Anspruchsvoraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten hängt die Höhe der Leistungen von der Höhe der eingezahlten Beiträge ab. Mit jeder Beitragszahlung erwirbt das Mitglied seit dem 01.01.2015 Anwartschaften in Form von Rentenpunkten. Diese Anwartschaft wird im Versorgungsfall in eine Euro-Anwartschaft umgerechnet.

Durch das junge Alter der BIngPPV ist der Bestand an Versorgungsempfängern und damit auch die Höhe der Versorgungsleistungen noch relativ gering, steigt aber kontinuierlich: Zum 31.12.2016 gab es 634 Versorgungsempfänger, davon 54 Psychotherapeuten (Alters-, Berufsunfähigkeitsrentner sowie Hinterbliebene). Die laufenden Versorgungsleistungen betragen im Jahr 2016 4,86 Mio. Euro. Unter Berücksichtigung der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung und der finanziellen Lage des Versorgungswerks können die Versorgungsleistungen nach entsprechendem Beschluss des Verwaltungsrats erhöht werden; zuletzt beschloss der Verwaltungsrat eine Erhöhung um 0,75 Prozent zum 01.01.2017.

Kapitalanlage

Die Kapitalanlagen der BIngPPV betragen zum 31.12.2016 insgesamt 958,1 Mio. Euro (Buchwert). Der tatsächliche Wert der Anlagen lag bei 1.051,06 Mio. Euro. Das Kapitalanlagen-Portfolio bestand zu diesem Zeitpunkt zu 3,89 Prozent aus Grundstücken, zu 40,72 Prozent aus Namensschuldverschreibungen und Darlehen sowie zu 51,49 Prozent aus Wertpapieren und Anteilen. Die Durchschnittsverzinsung betrug 3,44 Prozent.

Besonderes Augenmerk wird auf eine breite Diversifikation der Investments gelegt, um eine zugleich möglichst sichere, rentable und nachhaltige Kapitalanlage zu erreichen. Dabei werden vermehrt Anlagen im Bereich der sogenannten „Alternativen Investments“ getätigt, wie z. B. in nicht börsennotierte Unternehmen (Private Equity) sowie in Kommunikations-, Transport-, Versorgungsunternehmen oder in soziale Einrichtungen (Infrastruktur) und in Waldinvestments (Timber).

Ein weiterer Schwerpunkt ist der Ausbau des Immobiliensegments; dabei hält die BIngPPV derzeit drei Immobilien (Wohn-

und/oder Gewerbeobjekte in München, Hamburg und Berlin) im Direktbestand sowie weltweite Investments in Immobilienfonds, die zusammen mit anderen Versorgungswerken der Bayerischen Versorgungskammer aufgelegt wurden.

Die Bayerische Versorgungskammer als Geschäftsführerin der BIngPPV achtet darüber hinaus in besonderem Maße auf die Pflege nachhaltiger, d. h. über die Generationen wirksamer Finanzierungssysteme und gleichzeitig auf eine ertrags- und risikooptimierte Anlagepolitik. Sie hat die Prinzipien für verantwortungsbewusstes Investment der Vereinten Nationen (UNPRI) unterzeichnet. Damit verpflichtet sich die Bayerische Versorgungskammer, die Prinzipien einer nachhaltigen Kapitalanlage einzuhalten. Auch ihre Partner am Kapitalmarkt unterliegen dieser Verpflichtung.

Insgesamt managt die Bayerische Versorgungskammer für ihre zwölf Versorgungseinrichtungen zum 31.12.2016 Kapitalanlagen in Höhe von 69,2 Mrd. Euro. Sie verfügt über einen Immobilienbestand von 12.830 Wohneinheiten und 566.039 m² Gewerbeflächen.

Informationsangebot

Das Versorgungswerk bietet seinen Mitgliedern verschiedene Informationsmöglichkeiten: Auf der Homepage des Versorgungswerks findet sich unter www.psychotherapeutenversorgung.de ein umfassender Überblick über das Versorgungswerk und über aktuelle Entwicklungen. Ein regelmäßiger Newsletter, spezifische Informationsunterlagen und aktuelle Veröffentlichungen runden das Angebot ab.

Außerdem helfen die zuständigen Mitarbeiter der Bayerischen Versorgungskammer bei Fragen und Anliegen der Mitglieder auch gerne schriftlich, telefonisch oder in einem persönlichen Beratungsgespräch weiter.



Prof. Dipl.-Ing. Rolf Sennewald

Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit
Psychotherapeutenversorgung (BIngPPV)
Postfach 81 02 06
81901 München
bingppv@versorgungskammer.de

Prof. Dipl.-Ing. Rolf Sennewald ist Vorsitzender des Verwaltungsrats der BIngPPV und Geschäftsführer und Partner einer Ingenieur- und Sachverständigen-gesellschaft mit Sitz in München.

Interview

Telefonseelsorge. Seit über 60 Jahren eine Hilfe-einrichtung für Menschen in seelischen Krisen

Gertrud Corman-Bergau im Gespräch mit Monika Dinger

Die Frage nach Gestaltungsformen von Beratung und psychotherapeutischen Interventionen außerhalb des persönlichen Face-to-Face-Kontaktes beschäftigt unsere Profession zunehmend. Der Weltkongress der Telefonseelsorge im Sommer 2016 in Aachen brachte den Redaktionsbeirat dazu, diese seit Langem etablierte Form der Beratung über das Medium Telefon einmal in den Fokus zu nehmen. Mit Frau Dinger, Pfarrerin und stellvertretende Leiterin der TelefonSeelsorge Paderborn, fanden wir eine kompetente Ansprechpartnerin, die uns nicht zuletzt die Augen dafür öffnete, dass in der Telefonseelsorge neben dem Telefon bereits seit geraumer Zeit E-Mail-Kontakte und Chatgespräche auf der Tagesordnung stehen. Über die Struktur, die Weiterbildung der Ehrenamtlichen und die Erfahrungen am Telefon sprach Gertrud Corman-Bergau für das Psychotherapeutenjournal mit Monika Dinger.

Gertrud Corman-Bergau (PTJ): Gibt es eine Gründungsgeschichte der Telefonseelsorge? Oder anders gefragt: Was sind die Grundlagen Ihrer Arbeit?

Monika Dinger: Es gibt beides. Es gibt tatsächlich einen Gründungsmythos der Telefonseelsorge, den ich sehr eindrücklich finde. Und zwar geht die Telefonseelsorge zurück auf die Initiative eines anglikanischen Pfarrers namens Chad Varah. Er hat am 2. November 1953 in London in allen großen Tageszeitungen eine Anzeige geschaltet mit dem Titel: „Before you commit suicide, ring me up“. In der Folge konnte er sich vor Anrufen nicht retten und gründete eine Organisation mit dem Namen „Samaritans“, in der Ehrenamtliche die Anrufe entgegennahmen. Damals diente das Telefon ausschließlich als Mittel zum Zweck einer persönlichen Kontaktaufnahme. Menschen in einer persönlichen Krise sollten begleitet und aus der Suizidalität, wenn möglich, herausgeführt werden. In England ist es meines Wissens bis heute so, dass der Anruf der Beginn einer persönlichen Begleitung sein soll.

Diese Idee einer telefonischen Kontaktaufnahme traf einen Nerv der Zeit und breitete sich rasant auf dem europäischen Festland aus, sei es in Frankreich, Italien, der Schweiz oder Belgien. In Deutschland wurde 1956 die erste Telefonseelsorge in Berlin gegründet, sie hieß „Ärztliche Lebensmüdenbetreuung“. Ärzte¹ und Pfarrer haben sie damals in die Wege

geleitet. Ich nenne die Gründungsgeschichte deswegen einen Mythos, weil dort meinem Eindruck nach paradigmatisch festgehalten ist, was das Selbstverständnis dieser Institution bis heute prägt: die Herkunft aus der Suizidverhütung und der daraus resultierende Kompetenzanspruch im Umgang mit existentiellen Krisen, die Idee einer am Bild des barmherzigen Samariters orientierten selbstlosen Hilfeleistung ohne Ansehen der Person und das Medium Telefon, das anfangs allerdings, wie gesagt, nur eine marginale Rolle spielte als leicht verfügbares Instrument einer unkomplizierten Kontaktaufnahme, die dann – je nach Einzelfall und Bedarf – umgehend in eine persönliche Begegnung, Beratung oder Begleitung überführt werden sollte.

Allerdings wurde schnell deutlich, dass Suizidalität nur ein Themenbereich der Menschen war, die diese Nummer anriefen. Es gab nämlich auch viele Anrufende in anderen Lebenskrisen, die sich auf diesem Weg Rat und Hilfe suchten. Relativ schnell kam man in Deutschland von dem Gedanken ab, in einen persönlichen Kontakt zu treten. Stattdessen konzentrierte man sich auf die medial vermittelte Begleitung am Telefon.

Warum kam man vom Ziel eines persönlichen Face-to-Face-Kontaktes im Anschluss an die telefonische Beratung ab?

Es zeigte sich, dass viele Menschen gerade die Anonymität suchten. Viele wollten gar nicht in persönlichen Kontakt treten. Der Kernwunsch war der nach einer Beratung, in welcher der Anrufende anonym bleiben konnte. Daraus entwickelten sich die drei Basisvariablen der Telefonseelsorge, die bis heute gelten: Anonymität, Ehrenamtlichkeit und die ständige Erreichbarkeit mit der Besetzung der Telefone rund um die Uhr.

Aus einzelnen Initiativen heraus entwickelten sich dann an verschiedenen Orten weitere Telefonseelsorgestellen. In Deutschland nahmen sich relativ schnell die beiden großen

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

Kirchen dieses neuen Arbeitsfeldes an, während dies in anderen Ländern nicht der Fall war. Dort ist dieser Dienst anders organisiert und hat auch einen anderen Namen, heißt in der Schweiz zum Beispiel „Die dargebotene Hand“. In den Gründerjahren waren die ersten Telefonseelsorgestellen konfessionell getrennt, das ist der Grund dafür, dass wir immer noch zwei Nummern haben. Heute ist die ökumenische Trägerschaft die Regel.

Prägt die Trägerschaft denn die Inhalte der Beratung?

Nein, eigentlich nicht, denn das Seelsorgeangebot richtet sich grundsätzlich an alle, die es in Anspruch nehmen wollen und hat keinerlei missionarische Absichten. Es geht um das Aufnehmen des Anliegen eines Anrufers. Die Mitarbeiter versuchen, den Ratsuchenden in vorurteilsfreier und unbedingter Offenheit anzunehmen. Das Angebot besteht im Zuhören und Klären, im Trösten und Ermutigen, im Hinführen zu eigener Entscheidung und im Hinweis auf kompetente Fachleute, wie es in unseren Leitlinien heißt. Allerdings gibt es durchaus auch Unterschiede zwischen den einzelnen Telefonseelsorgestellen. So sind die Stellen zum Beispiel jeweils auch vom seelsorgerlichen oder psychotherapeutischen Ausbildungshintergrund ihrer Hauptamtlichen geprägt, insofern sind die Grundansätze verschiedener Psychotherapierichtungen vertreten, wenn auch nicht an allen Standorten gleichermaßen.

Mich interessiert auch das Thema der geschulten Laien bzw. der ehrenamtlichen Mitarbeit, die ja ein wichtiger Bestandteil der Telefonseelsorge ist. Das ist für uns als approbierte „Profis“ eher ungewohnt und wird teilweise kritisch gesehen. Demgegenüber wird der Einsatz von Ehrenamtlichen in der Kirche traditionell gewünscht und gefördert.

Unser großes Pfund ist, dass wir als erste Organisation innerhalb der Kirche mit Ehrenamtlichen arbeiten, die zugleich ausgebildete Ehrenamtliche sind. Es wurde schnell klar, dass die Ehrenamtlichen für diese anspruchsvolle Tätigkeit Schulungen brauchen und inzwischen haben wir curriculare Ausbildungsstandards. Wir werben um neue Mitarbeiter nicht nur im kirchlichen Kontext, sondern überwiegend über Zeitungen, Radio oder andere Formen der Öffentlichkeitsarbeit. Mit den Interessenten führen wir zunächst ausführliche Gespräche, dann müssen sie eine Auswahltagung durchlaufen, in der jeder noch einmal seine eigene Motivation für diese Arbeit überprüfen kann und wir einen Eindruck von der Persönlichkeit der Bewerber bekommen. Kriterien, nach denen wir auswählen, sind z. B. Einfühlungsvermögen, Belastbarkeit, Gruppenfähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion. Diese Gesichtspunkte werden überprüft und so kann es dazu kommen, dass Bewerber nicht genommen werden. Bei den Angenommenen folgt eine 15-monatige Ausbildung mit insgesamt 220 Stunden. In Westfalen unterteilt sie sich in zwei große Blöcke: einen Selbsterfahrungsblock, in dem es unter anderem darum geht, die Selbst- und Fremdwahrnehmung im Beziehungsfeld der Gruppe zu erweitern, und einen Gesprächsführungsblock, in welchem wir

versuchen, Basisvariablen der personenzentrierten Gesprächsführung und telefonischen Krisenberatung zu vermitteln. Dazu kommen Schulungen über konkrete Konfliktsituationen sowie Einführungen in verschiedene psychische Krankheitsbilder. So werden z. B. zur Suizidalität und zu Besonderheiten von psychischen Erkrankungen ausführliche Kenntnisse vermittelt. Dies betrifft ja einen großen Teil der Menschen, die uns anrufen. Fragen zu allgemeineren Lebenskrisen und zu Konfliktsituationen in der Familie oder am Arbeitsplatz werden natürlich auch behandelt.

Gerade haben wir unsere Ausbildung wissenschaftlich evaluieren lassen. Darüber bin ich sehr froh, ich habe dies mit angeschoben, als ich noch als Vorsitzende der AG Fortbildung und Forschung in der Evangelischen Konferenz für Telefonseelsorge und Offene Tür e. V. auf Bundesebene tätig war. In dieser Studie sind die Ausbildungen mit Blick auf die Persönlichkeitsentwicklung, die Bindungsvariablen und die Erfahrungen der Teilnehmer hinsichtlich ihres subjektiv gefühlten Kompetenzgewinns beforscht worden. Es ließen sich signifikante positive Veränderungen bei den Teilnehmern im Laufe der Ausbildung z. B. im Stresserleben und bei Bindungsangst nachweisen. Insgesamt haben sich 30 Telefonseelsorgestellen an dieser Studie beteiligt. Sie zeigt, dass unser Anspruch, dass wir eine wirksame Ausbildung haben, tatsächlich realisiert wird. Das ist das erste Mal, dass sich das so empirisch belegen lässt. Es ist sozusagen der einzige uns mögliche Weg der Beforschung, denn wir können wegen der Anonymität der Anrufenden die Wirksamkeit der Gespräche selbst nicht auswerten.²

Wie sieht die Gruppe der Ehrenamtlichen aus? Wer engagiert sich in der Telefonseelsorge und welche Kosten werden erstattet?

Wie meistens in ehrenamtlichen Bereichen leisten auch bei uns insgesamt über alle Altersgruppen hinweg bis zu 80 Prozent Frauen den Dienst am Telefon. Bei den älteren Ehrenamtlichen über 60 Jahre sind es zunehmend mehr Männer, die sich engagieren. Die Mitarbeiter kommen aus ganz unterschiedlichen sozialen, kaufmännischen oder technischen Berufen. 52 Prozent der Ehrenamtlichen haben Abitur oder einen Hochschulabschluss. Motivation und Zufriedenheit der Ehrenamtlichen wurden ebenfalls untersucht. Dabei wurde deutlich: Häufig kommen zu uns Menschen, die sich einerseits ehrenamtlich betätigen, aber zugleich auch etwas für sich selbst machen wollen. Dieses Zusammenspiel gewinnt zunehmend an Bedeutung und wird auch eingefordert. Was unsere Ehrenamtlichen am meisten schätzen und was wir ihnen auch bieten, sind Ausbildung, Supervision und Fortbildung.

Die Ehrenamtlichen bekommen die Fahrtkosten zu den Schichten erstattet. Darüber hinaus nehmen sie etwa alle 14 Tage für zwei Stunden im Rahmen einer Gruppe an kostenlo-

² Die erwähnte Studie ist unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27213616 abrufbar.

sen Supervisionen teil, zu denen alle, die am Telefon Dienst machen, verpflichtet sind. Die Verpflichtung zur absoluten Verschwiegenheit macht es notwendig, dass der Austausch über die zum Teil ja auch sehr belastende Arbeit in gesonderten und geschützten Supervisionsgruppen regelmäßig stattfindet. Unsere Stelle, die TelefonSeelsorge Paderborn, arbeitet dabei mit externen Supervisoren. Für die Ausbildung selbst müssen die Ehrenamtlichen nichts bezahlen. Sie erhalten am Ende ein Zertifikat, das für einige auch eine Grundlage für eine Weiterqualifizierung darstellt, wenn sie sich beispielsweise auf eine Stelle im sozialen Bereich oder in einer Beratungsstelle bewerben.

Was uns von anderen ehrenamtlichen Stellen unterscheidet, ist das hohe Maß an Verbindlichkeit, das die Ehrenamtlichen eingehen müssen. Wir haben in der TelefonSeelsorge Paderborn den Tag in vier Tagschichten und eine Nachtschicht eingeteilt. Die Nachtschicht dauert acht Stunden, die Tagschichten sind vier Stunden lang. Die Mitarbeiter verpflichten sich, dass sie drei Tagschichten im Monat und eine Nachtschicht alle sechs Wochen übernehmen. Wenn Sie darüber hinaus bedenken, dass es die Verpflichtung zur Supervision gibt, dann ist das ein Ausmaß von etwa 20 Stunden im Monat, die sie regelmäßig leisten müssen. Das ist für Ehrenamtliche sehr viel. Wir sind eine eher kleine Telefonseelsorgestelle, wir haben etwa 70 ehrenamtlich Mitarbeitende, die meisten Stellen haben zwischen 80 und 100 Ehrenamtliche.

Wie lange bleiben die Ehrenamtlichen in der Regel in der Telefonseelsorge?

Das ist ganz unterschiedlich. Einige bleiben 20 Jahre und länger, manche eher kürzer, aber alle verpflichten sich zu Beginn, dass sie mindestens zwei Jahre dabei sind. Im Moment habe ich eine Ausbildungsgruppe, in der einige Teilnehmer sind, die die Schulung perspektivisch für den Ruhestand machen. Sie sind älter, aus dem Berufsleben ausgeschieden und fühlen sich fit, noch etwas Verbindliches mit all ihrer Berufserfahrung und Lebenserfahrung zu übernehmen. Früher gab es eine Altersgrenze von 60 Jahren für den Einstieg in die Ausbildung, das hat sich aber komplett geändert und das ist aus meiner Sicht auch richtig so. Denn unter dem Aspekt des lebenslangen Lernens kann das ehrenamtliche Engagement auch ein gutes Projekt für den Ruhestand sein.

Haben Sie Nachwuchsprobleme bei den Ehrenamtlichen?

Es verlagert sich. Ich überblicke jetzt 30 Jahre. Lange war es so, dass wir begehrt waren, weil wir die einzigen waren, die qualifiziert geschult haben. Inzwischen haben wir viel „Konkurrenz“ bekommen: Notfallseelsorge, Hospize, Flüchtlingsarbeit, all diese Arbeit geschieht mit der Hilfe von Ehrenamtlichen. Es ist für uns jedoch nach wie vor ein

großes Plus, dass wir mit einer hohen Verbindlichkeit und Kontinuität arbeiten.

Mich interessiert auch der Alltag der Telefonseelsorge und was dort genau passiert. Werden zum Beispiel Fallakten angelegt?

Ja und nein. Wir führen keine Akten zu einzelnen Anrufern, sondern erfassen statistische Items zu Gesprächen. So wird von jedem Gespräch ein Verlaufsprotokoll angelegt, in dem kurze Stichworte zum Inhalt und statistische Angaben festgehalten werden. Diese Statistik ist bundesweit einheitlich, sodass eine Vergleichbarkeit über die Regionen hinweg gegeben ist. Die Daten für die Statistik werden nicht direkt im Telefonat abgefragt, sondern beruhen auf den Einschätzungen des Mitarbeiters am Telefon. Eigene Angaben des Anrufenden zu Alter und Personenstand fließen mit ein. Erfasst werden zudem die wichtigsten Themen jedes Gespräches. Insgesamt haben wir ein sehr umfangreiches Datenmaterial

— **Was uns von anderen ehrenamtlichen Stellen unterscheidet, ist das hohe Maß an Verbindlichkeit.** —

über die Gespräche, die wir führen, nicht jedoch über den einzelnen Anrufer, der sich an uns wendet.³

Die meisten Anrufer sind in den mittleren Lebensjahren. Ungefähr 60 Prozent derjenigen, die uns kontaktieren, sind Frauen. Vor einigen Jahren hatten wir viele Anrufer aus der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen, die uns mit ihrem Handy kostenfrei anrufen konnten. Viele dieser Anrufe wurden ausschließlich wegen der Kostenfreiheit getätigt, das hat uns viel Arbeit gemacht und Fragen aufgeworfen, wie wir mit sogenannten „Scherzanrufen“ umgehen sollen. Wir haben dadurch auch einzelne Mitarbeiter verloren, die sich von diesen Anrufern von ihrer eigentlichen Aufgabe zu sehr abgebracht sahen. Solche Anrufe sind aber mittlerweile wieder auf ein erträgliches Maß zurückgegangen.

Circa 40 Prozent der Anrufer rufen aufgrund von Konflikten in Partnerschaft und Familie oder der Erziehung an. Einsamkeit ist ein weiteres großes Thema, ebenso Stress- und Erschöpfungszustände. Es gibt auch eine eigene Kategorie in der Statistik für diejenigen Anrufer, die psychische Erkrankungen haben. Diese Gruppe ist mittlerweile recht groß. Die Mitarbeiter können natürlich selbst keine Diagnosen stellen. Erfasst wird diese Kategorie nur, wenn eine Person am Telefon darüber spricht, dass sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung wegen einer diagnostizierten Erkrankung ist oder war, sei es in der Klinik oder ambulant, oder wenn sie angibt, regelmäßig Medikamente deswegen

³ Siehe hierzu beispielsweise das unter <http://www.telefonseelsorge.de/?q=node/42> abrufbare Datenmaterial.

zu bekommen. Es wird aber nicht unterschieden, welche psychische Erkrankung vorliegt. Etwa 35 Prozent der Anrufer lassen sich dieser Gruppe zuordnen. Vermutlich sind es aber eher mehr, da diese Kategorie ja nur dann erfasst wird, wenn Anrufende explizit davon gesprochen haben.

Wie sehen die Gespräche selbst aus? Gibt es Verläufe, die sich vergleichen lassen?

Die Gespräche sind sehr vielfältig, weil ja auch die Anliegen der Anrufenden verschieden sind. Die Spannweite reicht von einem kurzen Kontaktgespräch mit der Bitte um Information bis hin zu wirklich akuten Krisengesprächen. Die Verläufe sind dementsprechend sehr unterschiedlich. Im Durchschnitt dauert ein Gespräch ca. 20 Minuten, das sagt uns die Statistik, aber darin sind alle Gespräche enthalten. Wir empfehlen den Mitarbeitern, Gespräche nicht länger als maximal 50 Minuten zu führen. Es gibt aber auch Ausnahmen. Wenn sich in einem Gespräch eine schwierige Verstrickung ergibt, ist es manchmal schwer, Grenzen zu ziehen und sich herauszulösen. Bei akuter Suizidgefährdung kann es mitunter auch richtig sein, über das Telefon längeren Kontakt zu halten, obwohl wir auch da empfehlen, lieber später noch ein zweites Mal anzurufen.

Was wir den Mitarbeitern vermitteln, ist eine wertschätzende Grundhaltung und das wohlwollende Einstellen auf das Anliegen der Anrufenden. Der Unterschied zur Psychotherapie ist aus meiner Sicht, dass es in der Seelsorge eher um Kontakt und Begleitung als um Veränderung geht. Die aktuelle Situation soll möglichst in allen Facetten wahrgenommen und aufgenommen werden. So kann eine Entlastung der Anrufenden passieren, das ist Sinn und Ziel des Gesprächs.

Dadurch, dass wir viele Anrufe von Menschen erhalten, die unter psychischen Erkrankungen leiden, haben wir die Situation, dass es eine Gruppe von Anrufenden gibt, die uns sehr häufig nutzen. Das ist ein Grundproblem unserer Institution und da gehen auch konzeptionelle Einstellungen auseinander. Es gibt die Haltung, die kleine Gruppe der regelmäßig Anrufenden eher zu begrenzen und die Leitungen frei zu halten für Krisengespräche und die „eigentlichen Anrufer“, worunter dann Erstanrufer in einer akuten Notsituation verstanden werden. Ich dagegen bin der Meinung, dass genau diese regelmäßig Anrufenden unser eigentliches Klientel sind. Unser Angebot ist vor allem für vereinsamte Menschen interessant, die aus den verschiedensten Gründen nicht in der Lage sind, sich auf persönliche Kontakte einzulassen. In der Telefonseelsorge Paderborn setzen wir aus diesem Grund stark auf Fortbildungen, in denen den Mitarbeitern ein psychodynamisches Verständnis von psychischen Erkrankungen vermittelt wird. Wir haben leider insgesamt ein Erreichbarkeitsproblem, was bedeutet, dass unsere Leitungen häufig besetzt sind.

Bekommt ein Berater am Telefon mit, wenn andere anrufen und seine Leitung besetzt ist?

Nein, das war früher mal so. Mittlerweile ist das Verfahren technisiert worden. Alle Anrufe werden von der Telekom über ein digitalisiertes System verteilt, wie es z. B. auch in Callcentern üblich ist. Ein Mitarbeiter schaltet seine Leitung frei, wenn er bereit ist für einen Anruf. Er meldet sich ab, wenn er z. B. Verlaufsprotokolle schreibt oder eine Pause macht. Jede Telefonseelsorgestelle hat ein nach Vorwahlnummern genau definiertes Einzugsgebiet. Seit Handynummern regionalisierbar sind, können auch Anrufende aus den Mobilfunknetzen regional geroutet werden.

Wird zu Beginn eines Gesprächs auf eine maximale Gesprächsdauer hingewiesen?

Nein, zu Beginn wird das nicht thematisiert. Die Empfehlung der Begrenzung eines Gesprächs auf 50 Minuten ist eher eine interne Empfehlung. Viele Anrufende wollen nur ein Gespräch von wenigen Minuten. Es kommt aber auch vor, dass ein Anrufer mehrmals innerhalb einer Stunde anruft, manche können die Leere nach der Trennung eines Telefonats nicht gut aushalten. Dieser Anrufer wird dann in die gleiche Telefonseelsorgestelle geschaltet, dann kann der Mitarbeiter freundlich sagen: „Wir haben bereits telefoniert, gibt es noch etwas Zusätzliches zu sagen?“ Unser Ziel ist Abgrenzung im Kontakt.

Wenn wir schon bei den Problemfällen sind: Es gibt natürlich auch aggressive und missbräuchliche Anrufer, da ist es notwendig, sich deutlich abzugrenzen. Ich denke da nicht nur an die offensichtlichen Sexanrufe, bei denen es den Mitarbeitenden leicht fällt, das Gespräch zu beenden, es gibt auch Anrufe, bei denen das Anliegen auf den ersten Blick nicht so eindeutig ist. Zum Beispiel wenn sexuelle Schlagephantasien beschrieben werden, die in eine auf den ersten Blick durchaus realistische Szene eingebettet sind. Es gibt Inszenierungen, in denen besonders schockierende Dinge erzählt werden, vielleicht um eine bestimmte Reaktion des Hörers zu erreichen. Dabei handelt es sich zwar sicher auch um Menschen, die Hilfe benötigen, aber das überfordert die Möglichkeiten unserer Institution.

Wir haben aber auch langjährige Anrufer, bei denen sich über die Zeit doch eine Art Stabilisierung verfolgen lässt und die froh sind, dass die Telefonseelsorge sie „über Wasser gehalten“ hat. Das ist möglich, weil die Telefonseelsorge sich auf viele Schultern verteilt. Da können wir auch Entwicklungen bei Menschen beobachten, wenn man auf viele Jahre zurückblickt.

Wird in der Telefonseelsorge auf psychotherapeutische Angebote und Beratungsstellen aktiv hingewiesen?

Ja, natürlich. Das ist immer dann der Fall, wenn danach gefragt wird oder im Gespräch der Eindruck entsteht, dass es sinnvoll sein könnte, eine Beratungsstelle oder eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen. Wir haben umfangreiche regionale Listen der Selbsthilfegruppen, der psychiatrischen Notfallambulanzen, der Kliniken und weiterer Einrich-

tungen, die es in diesem Bereich gibt. Zu niedergelassenen Psychotherapeuten werden Zugangswege angegeben, ohne konkrete Namen zu nennen. Die Vermittlung von Kontaktstellen und Adressen kommt mittlerweile aber nicht mehr so häufig vor, weil viele Menschen bereits von solchen Stellen kommen und das Wissen haben, welche Stellen es für sie gibt. Seit dem Siegeszug des Internets ist das weiter zurückgegangen.

Ist persönlicher Kontakt, der über das Gespräch am Telefon hinausgeht, untersagt?

Ja, das ist zum Schutz vor allem der Mitarbeitenden untersagt. Viele Anrufende sind einsam und haben große Beziehungswünsche. Auch der Standort der Stelle ist nicht bekannt, weil die Mitarbeitenden nachts dort alleine sind und es vereinzelt auch gewalttätige oder Gewalt androhende Anrufer gibt.

Anonymität und Datenschutz ist für unsere Arbeit ein hohes Gut. So sollen z. B. auch Angehörige nicht nachvollziehen können, ob wir kontaktiert wurden. Um das gewährleisten zu können, hat die Telekom die Kostenfreiheit der Anrufe bei der Telefonseelsorge eingeführt, damit diese Anrufe nicht auf dem Einzelbindungsnachweis erscheinen. Man muss sagen, dass die Telekom die Arbeit der Telefonseelsorge wirklich großzügig unterstützt, da sie das gesamte technische Routing bereitstellt und auch aus allen Handynetzen kostenfreie Anrufe zulässt, die sie dann den Mobilfunkanbietern zahlen muss. Deswegen darf sie sich „Partnerin der TelefonSeelsorge“ nennen.

Das Telefon als Medium gilt vielen als veraltet. Gibt es Überlegungen, andere Medien wie etwa Chats im Internet zu nutzen?

Nicht nur Überlegungen! Seit über 20 Jahren sind wir auch in der Online-Beratung tätig, wir gehören damit zu den Pionieren auf diesem Gebiet. Chat- und Mail-Beratung gibt es seit 1995 unter dem Dach der Telefonseelsorge. Einige Hauptamtliche haben da Pionierarbeit geleistet und sind bis heute sehr engagiert. Sie haben die Online-Beratungen sehr gefördert und eigene Ausbildungsmodelle entwickelt. Ehrenamtliche, die dort mitarbeiten wollen, werden zusätzlich medienpezifisch geschult. Insgesamt geht die Entwicklung dahin, die drei Bereiche Telefon, Chat und Mail als gleichwertig nebeneinander zu stellen. Bei Mail-Kontakten kann man längere Prozesse begleiten. Das kann sehr spannend und hilfreich sein, auch wenn das von den Ehrenamtlichen neue und andere Kompetenzen erfordert, nämlich z. B. die Steuerung eines längeren Beratungsprozesses. Ein Chat bedeutet, dass man zeitgleich kommuniziert, der Prozess durch das Schreiben aber verlangsamt wird und die Verbindlichkeit weitaus geringer ist. Möglicherweise ist das Telefon langfristig sogar ein Auslaufmodell, jedenfalls wächst die Nachfrage nach Online-Zugängen zu Beratungsangeboten besonders im Chat rasant. Aber noch ist das nicht abzusehen.

Wie schätzen Sie das Verhältnis von Telefonseelsorge und Psychotherapie ein? Wo gibt es Kontaktmöglichkeiten und wo Handlungsbedarf? Was wünschen sie sich von den niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. den Psychotherapeuten, die in Institutionen arbeiten?

Mein Eindruck ist, dass sich auf beiden Seiten viel verändert hat. Lange Zeit gab es wechselseitige Vorbehalte. Das hat sich grundlegend geändert, sowohl was die Seite der Telefonseelsorge angeht, die Psychotherapie sehr häufig empfiehlt, als auch umgekehrt. Ich mache die Erfahrung, dass wir sehr häufig empfohlen werden, sowohl von niedergelassenen Kollegen als auch von Beratungsstellen und Kliniken. Viele besprechen sogar ihren Anrufbeantworter mit einem Hinweis, dass man die Telefonseelsorge jederzeit telefonisch erreichen könne. Manchmal denke ich allerdings auch, wir sind die Lückenbüßer im System. Überall dort, wo man sich aus der psychosozialen Versorgung zurückzieht, wird die Telefonseelsorge als Einrichtung genannt, die 24 Stunden zur Verfügung steht. Da gibt es dann auf einmal gar keine Vorbehalte mehr gegenüber einer semi-professionellen Beratung, wie wir es sind, solange sie eben umsonst ist. Das sehe ich strukturell kritisch. Denn darin steckt ja auch eine große potenzielle Überforderung für unsere Mitarbeiter, wenn aus dem Blick gerät, dass sie die Arbeit ja ehrenamtlich machen. Patienten denken, wenn wir empfohlen werden, dann müssten wir auch all das leisten können, was ein professioneller Psychotherapeut leistet. Wir haben eine schwierige Balance zu halten, weil die Ansprüche und Erwartungen an unsere Beratung durch diese indirekte Empfehlung sehr groß sind. Darin steckt eine potentielle Überforderung, aber gleichzeitig natürlich auch eine Wertschätzung der Telefonseelsorge, die uns freut und in unserer Arbeit bestätigt.

Frau Dinger, vielen Dank für dieses ausführliche Gespräch.



Monika Dinger

TelefonSeelsorge Paderborn
Postfach 2642
33056 Paderborn
dinger@TelefonSeelsorge-paderborn.de

Monika Dinger ist Pfarrerin und stellvertretende Leiterin der TelefonSeelsorge Paderborn. Sie war langjährig im Bundesvorstand der Evangelischen Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür e. V. mit dem Schwerpunkt Fortbildung und Forschung tätig und hat sich in Integrativer Therapie, Gestaltseelsorge (DGfP) und Psychoanalytischer Sozial- und Kulturtheorie (DPV) weitergebildet.

Kurzbeiträge

Die Medizinische Kinderschutzhotline – bundesweit, kostenfrei und rund um die Uhr: 0800 19 210 00

Kinderschutz – ein relevantes Thema

Das Thema Kinderschutz ist im letzten Jahrzehnt, auch aufgrund verschiedener Skandale, vermehrt in den Fokus der Öffentlichkeit und Politik gerückt. In der Folge wurde eine Reihe von Maßnahmen und gesetzlichen Änderungen eingeführt, die auch Auswirkungen auf das Gesundheitssystem hat. So trat 2012 das Bundeskinderschutzgesetz in Kraft. Mit diesem Gesetz liegt erstmals eine bundesweit einheitliche Regelung zur Schweigepflicht bei Berufsgeheimnisträgern in Kinderschutzfällen vor. Ziel dieses Gesetzes ist die Stärkung von Prävention und Intervention im Kinderschutz, aber auch eine bessere Vernetzung der Akteure. Zudem zielt die Regelung der Schweigepflicht mit der sogenannten Befugnisnorm auf eine Verbesserung der Handlungs- und Rechtssicherheit ab.

Die *Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (2015)* zeigt, dass das Gesundheitssystem gerade bei der Identifikation von gefährdeten Kleinkindern eine wichtige Rolle spielt, es hinsichtlich der Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen jedoch noch Verbesserungsbedarf gibt. Weitere Untersuchungen (*Bertsch, 2016*) zeigen, dass sich im Gesundheitswesen immer wieder Unsicherheiten zeigen, die insbesondere durch wenig Erfahrung im Umgang mit Kinderschutzfällen und einer fehlenden Kenntnis zur Umsetzung der Handlungsschritte nach der neu eingeführten Befugnisnorm entstehen. Die Rolle und der Auftrag der insoweit erfahrenen Fachkraft sind zum Teil unklar. Dies und die schwierige Erreichbarkeit von insoweit erfahrenen Fachkräften außerhalb regulärer Dienstzeiten, oder weil Ansprechpart-

ner¹ nicht bekannt sind, führen dazu, dass die Beratung, auf die mit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes ein rechtlicher Anspruch besteht, kaum wahrgenommen wird (*Bertsch, 2016*). Darüber hinaus wird häufig von Schwierigkeiten in der Kommunikation berichtet, die einen effektiven Kinderschutz behindern können. Die unterschiedlichen Sprachen der beteiligten Berufsgruppen werden hier häufig als Barrieren genannt.

Die hohen Prävalenzzahlen verschiedener Typen von Kindesmisshandlung in der Allgemeinbevölkerung (*Witt, Brown, Plener, Brähler & Fegert, 2017*) legen nahe, dass jeder im Gesundheitswesen mit dem Thema Kindesmisshandlung in Kontakt kommen kann. So sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, deren Patienten eine spezielle Risikopopulation darstellen, häufiger mit dem Thema konfrontiert. Aber auch im Erwachsenenbereich kommen Psychologische Psychotherapeuten mit dem Thema Kinderschutz in Kontakt. So sind Patienten oft auch Eltern – und gerade Kinder psychisch erkrankter Eltern stellen eine besondere Risikogruppe dar. Oft spielt das Thema Kinderschutz in der Ausbildung aber nur eine untergeordnete Rolle. Strukturen, Vorgaben und Ansprechpartner in Kinderschutzfällen sind insbesondere dann nicht bekannt, wenn im Umgang mit solchen Fällen noch wenig Erfahrung besteht. Die emotionalen Komponenten, die solche Fälle mit sich bringen, belasten zusätzlich und stellen auch professionelle Fachkräfte vor große Herausforderungen. Fragen, die sich häufig in solchen Fällen ergeben, können das Thema Schweigepflicht, das weitere Vorgehen, die Dokumentation, aber auch die Frage nach medizinischen Befunden betreffen.

Die Medizinische Kinderschutzhotline

Um zu verhindern, dass Fälle aufgrund von Unsicherheiten nicht nachverfolgt werden, oder Ansprechpartner nicht bekannt oder erreichbar sind, fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die Medizinische Kinderschutzhotline für Angehörige der Heilberufe. Dies ist ein deutschlandweites telefonisches Beratungsangebot für den Gesundheitsbereich bei Fragen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch. Die Medizinische Kinderschutzhotline adressiert explizit auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Seit Juli 2017 ist die Medizinische Kinderschutz-Hotline unter der Nummer 0800 19 210 00 bundesweit kostenfrei und rund um die Uhr erreichbar. Das Projekt ist an zwei Standorten angesiedelt, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Uniklinik Ulm (Gesamtprojektleitung: Prof. Dr. Jörg M. Fegert), sowie den DRK Kliniken Berlin | Westend. Weitere Informationen zum Projekt sind auch auf der Internetseite unter www.kinderschutzhotline.de zu finden.



Die telefonische Beratung erfolgt durch Mediziner sowie eine Kinder- und

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

Jugendlichenpsychotherapeutin mit speziellem Hintergrundwissen im Kinderschutz. Die Berater haben ausführliche Schulungen und E-Learningprogramme zum Thema Kinderschutz absolviert und zusätzlich zu ihrer medizinischen Ausbildung eine Schulung zur insoweit erfahrenen Fachkraft durchlaufen, die sich üblicherweise an Mitarbeiter der Jugendhilfe richtet. Durch die kollegiale Beratung soll das Problem unterschiedlicher Fachsprachen und Herangehensweisen der Beteiligten überwunden werden. Den Beratern selbst steht rund um die Uhr ein fachärztlicher Hintergrunddienst aus der Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und Rechtsmedizin (Institut für Rechtsmedizin der Universität Freiburg, Prof. Stefan Pollak) zur Verfügung.

Das Ziel dieses Angebots ist es, Verständigungsprobleme, die einen effektiven Kinderschutz behindern, aufzulösen und die Anrufenden zu möglichen weiteren Handlungsschritten zu beraten. Die Mitarbeiter beraten etwa dazu, welche gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf die Schweigepflicht bestehen, wie ein weiteres Vorgehen aussehen kann, wer mögliche Ansprechpartner vor Ort sein können oder was bei der Dokumentation beachtet werden muss. Darüber hinaus können die Mitarbeiter auch Anregungen zur Vorbereitung und Durchführung von Gesprächen mit den Eltern geben. Damit stellt die Medizini-

sche Kinderschutzhotline explizit kein Konkurrenzangebot zu etablierten Hilfsstrukturen dar. Die Vernetzung unseres Beratungsangebotes mit insoweit erfahrenen Fachkräften im Zuge von Begleitveranstaltungen hat gezeigt, dass diese die Medizinische Kinderschutzhotline als sinnvolle Ergänzung sehen, da sie rund um die Uhr erreichbar ist und ein niedrigschwelliges Angebot, insbesondere bei Fragen, die ein medizinisch-therapeutisches Hintergrundwissen erfordern, darstellt. Die Berater der Kinderschutzhotline verweisen auch auf lokale Angebote und regen eine fallunabhängige Vernetzung an. Die Medizinische Kinderschutzhotline ergänzt damit bestehende Strukturen durch ein bundesweit einheitliches Beratungsangebot, das durchgängig erreichbar ist. Eine Beratung kann somit zeitnah auch außerhalb üblicher Dienstzeiten erfolgen. Aufgrund des medizinischen Hintergrundes der Berater fällt es diesen leichter, Problemlagen aus dem Gesundheitsbereich zu erfassen und damit eine passgenaue Beratung durchzuführen.

Seit dem Start der Medizinischen Kinderschutzhotline im Juli 2017 wurde das Angebot bereits durch Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie sich in Ausbildung befindliche Psychotherapeuten in Anspruch genommen. Anliegen waren etwa die Frage nach Ansprechpartnern, oder der Wunsch,

einen aktuellen Fall noch einmal mit jemandem durchzusprechen und zu sortieren, sowie die Erörterung des Vorgehens nach § 4 KKG. Darüber hinaus waren auch Themen wie das Ansprechen eines Verdachtes bei den Eltern (Gesprächsvorbereitung und Gesprächsführung mit Eltern bei Misshandlungsverdacht) und Drohungen durch Eltern bei Misshandlungsverdacht Beratungsinhalte. Die Fragen und Unsicherheiten, die bei einem Verdachtsfall von Kindesmisshandlung auftreten können, sind jedoch vielfältig.

Literatur

Bericht der Bundesregierung. Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. (2015). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Bertsch, B. (2016). Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – wissenschaftliche Grundlagen: Ergebnisbericht zu Erhebungen im Gesundheitswesen. München: Deutsches Jugendinstitut e. V.

Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11 (47).

Dipl.-Psych. Andreas Witt,
Ulm

Oliver Berthold, Facharzt für
Kinder- und Jugendmedizin,
Berlin

Prof. Dr. Jörg M. Fegert,
Ulm

Evaluation der neuen Psychotherapie-Richtlinie – Psychotherapeuten für Studie gesucht

Studie zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Zum 1. April 2017 sind die Regelungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie wirksam geworden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit der Richtlinieneränderung auch eine Evaluation der Reform der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen, allerdings erst in fünf Jahren. Aus Sicht der Psychotherapeutenkammern ist es jedoch erforderlich, schon frühzeitig belastbare Informationen zu Änderungen im Versorgungsgeschehen zu erhalten. Mögliche Umsetzungsprobleme und daraus resultierende Versorgungsdefizite sollen hierdurch frühzeitig identifiziert werden, um Hinweise auf erforderliche Anpassungen und den möglichen Nachsteuerungsbedarf zu erhalten und so fundierte Vorschläge für eine weitere Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung machen zu können.

Deshalb haben die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die Landespsychotherapeutenkammern und das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) bereits im November 2017 gemeinsam eine Onlinebefragung der Vertragspsychotherapeuten durchgeführt, die die Auswirkungen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie in der psychotherapeutischen Versorgung untersucht hat. Die Ergebnisse dieser Befragung wird die BPTK im April 2018 veröffentlichen.

Einbezug der Perspektive der Patienten

Um ein umfassendes Bild der möglichen Umsetzungsprobleme und etwaiger daraus resultierender Versorgungsdefizite zu erhalten, soll in einem zweiten Schritt auch die Perspektive der Patienten einbezogen werden. Daher planen die BPTK, die Landespsychotherapeutenkammern und das UKE, gemeinsam eine zweite Studie durchzuführen, in der

Patienten zu ihren Erfahrungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung befragt werden sollen. Dabei sollen **Patienten bzw. bei Kindern deren Bezugspersonen einbezogen werden, die im Zeitraum von Mai/Juni 2018 eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch** nehmen.

Dafür sind die Kammern auf die Mithilfe unserer niedergelassenen Kollegen angewiesen. Für die Studie werden **Vertragspsychotherapeuten gesucht**, die bereit sind, ihre Patienten bzw. bei Kindern deren Bezugspersonen, die bei ihnen eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch nehmen, um Teilnahme an einer Onlinebefragung zu bitten. Die Befragung der Patienten soll unter anderem dazu dienen zu erfragen, welche Wartezeiten für sie beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung bestehen, welche Zugangswege und welche Barrieren es in der psychotherapeutischen Versorgung gibt, wie stark belastet Patienten sind, die eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch nehmen, und welche Erwartungen sie an die Sprechstunde haben. Über eine zweite Befragung nach vier Monaten soll untersucht werden, wie Patienten im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde weiter versorgt werden und wie sich ihre Beschwerden in dieser Zeit verändern.

Wie funktioniert die Teilnahme?

Teilnehmende Psychotherapeuten erhalten vorab postalisch die für die Studie notwendigen Unterlagen mit den relevanten Informationen zum Ablauf der Studie sowie Einverständniserklärungen für teilnahmebereite Patienten. Sind diese bereit, an der Studie teilzunehmen, können sie in der Praxis eine Einverständniserklärung unterschreiben und ihre E-Mail-Adresse für die anschließende Onlinebefragung angeben. Diese E-Mail-Adressen werden dann von dem

Psychotherapeuten an das UKE weitergegeben. Die Befragung der Patienten wird online nach der letzten Sprechstundenleistung sowie vier Monate später durch das UKE durchgeführt. Hierfür erhalten die teilnehmenden Patienten vom UKE eine E-Mail mit einem spezifischen Link für die Onlinebefragung. Die Psychotherapeuten werden außerdem gebeten, einige Angaben zu ihrer Praxis zu machen und Basisdaten zu den teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Patienten zu erheben.

Ziel der Untersuchung ist es, aufzuzeigen, ob und – wenn ja – wo Verbesserungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch die Reform erreicht werden konnten und in welchen Bereichen weiterhin Defizite bestehen. Auf dieser Grundlage sollen dann Vorschläge an den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung erarbeitet werden, wie Belastungen von Patienten und Psychotherapeuten reduziert und die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter verbessert werden können.

Wenn Sie bereit sind, sich an der Studie zu beteiligen, können Sie die **Postadresse Ihrer Praxis** für die Teilnahme an der Studie unter folgendem Link eingeben: <http://uuh.de/rfa50>.

Direkt zur Eingabe der Adresse gelangen Sie durch den abgedruckten QR-Code.



Sie erhalten dann im April 2018 vom UKE alle erforderlichen Unterlagen per Post an diese Adresse.

Bundespsychotherapeutenkammer
(BPTK), Berlin

Buchrezensionen

Ein praktisches Lehrbuch? Geht denn das?

Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F. (Hrsg.). (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz, 1.009 Seiten, 89,- €
Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F. (Hrsg.). (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Beltz Video-Learning. Weinheim: Beltz, 3 DVDs, 625 Min. Laufzeit, 129,- €. Setpreis Buch und DVDs: 178,- €

Ich arbeite seit Jahren an einer Tagesklinik und bilde Studenten¹ der Psychotherapie an einem Institut aus und habe mich gefragt: Kann ein Student der Verhaltenstherapie sagen: „Problem X: Lasst uns im Brakemeier/Jacobi nachsehen“? Was bringt mir das Buch als Praktiker in der Klinik mit den schwierigen Fällen? Ein Test: Mit einem Patienten kommt der Psychotherapeut an den Punkt, an dem offensichtlich wird, dass dieser in verschiedenen kognitiv-emotionalen Modi („Schemata“) agiert. Um eine emotionale Aktivierung zu ermöglichen, sucht der Psychotherapeut nach der „Stühle-Technik“. Und tatsächlich, es gibt ein Extra-Kapitel über Stuhldialoge, kurz und kompakt. Zunächst werden Hintergrund und allgemeine Merkmale der Technik geschildert, es folgen Indikationsstellungen und dann stellen die Autoren schon die praktische Durchführung vor. Es gibt ein Fallbeispiel, es werden die typischen Inhalte dargestellt und auch die typischen Fehler und Schwierigkeiten.

Und solch hilfreiche Beschreibungen gibt es in diesem Lehrbuch neben den Standardtechniken für viele integrative und third-wave-Techniken, die auch störungsübergreifend beschrieben werden, zum Beispiel Achtsamkeit, Imagery Rescripting und EMDR.

Das Buch ist aufgebaut wie eine Psychotherapie: von der aktiven Gestaltung der Therapiebeziehung zur Fallplanung, über Basistechniken und störungsübergreifende Techniken hin zur störungsorientierten Behandlung. So kann man störungs- und manualgeleitet die grund-

legende Erkrankung angehen, dieses Vorgehen aber modular um Phänomene jenseits der Diagnosen erweitern, wie etwa: komplizierte Trauer, Ablösungen vom Elternhaus, Alter und Tod sowie Themen, die spezifisch bei Migranten auftreten. Ergänzt wird das Buch um ein Kapitel zu Ethik und Berufsrecht, zur Approbationsprüfung und zu Nebenwirkungen von Psychotherapie.

Bei den Autorinnen und Autoren kommen bis auf Frank Jacobi und Eva-Lotta Brakemeier selbst, Franz Caspar und Friederike Potreck-Rose kaum bekannte Namen vor. Ein Manko ist das nicht! Die Kapitel sind erfrischend geschrieben, es gibt wenig ausufernde Theorie. Grafisch entspricht das Buch dem heutigen Rezeptionsgebrauch mit Übersichten, Fallbeispielen, FAQ und Merksätzen.

Nun ist das Buch nicht perfekt. So hätte ich mir ein Kapitel zu klassischen und nicht nur „Anfänger-Psychotherapeutenfehlern“ gewünscht, zu weiteren Standardsituationen, wie etwa der narzisstischen Achsenstörung, zum Umgang mit Schuld, zu Krankheitsgewinn und „unendlicher Therapie“. Im Kapitel zur PTBS fehlen einige Strategien zur Bearbeitung der sekundären Folgen, wie der Täterumgang, die Anklagebearbeitung und angemessene Techniken der Selbstverteidigung. Das Kapitel zu den Persönlichkeitsstörungen ist zu kurz und zu wenig spezifisch für die einzelnen Störungen; zumindest eine kurze Übersicht zu den Hauptstrategien, Methoden und Literatur bezogen auf die einzelne Persönlichkeitsstörung wäre wünschenswert gewesen.

Dazu gibt es noch die drei nicht ganz preiswerten DVDs. Auf ihnen findet man Lehrvideos zu häufigen Störungen, zu Techniken der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie (wie ACT oder Schematherapie) sowie zu zwei Techniken jenseits der Störungsorientierung und drei

besonderen Problemen (Trauer, Umgang mit Flüchtlingen und Dolmetschern, schwierige Anfangssituationen). Der Anfänger kann auf der DVD gut erfahren, wie ein Psychotherapeut redet und wie man strukturiert eine Störung anpacken kann. Aber: Die Untertitel sind deutlich zu dürftig. Es fehlt ein gutes Kontextmenü, das anzeigt, an welchem Punkt der Psychotherapie man ist, und das bei „Spielen“ der Patienten einen Hinweis bringt und auch die Interventionen auf der „Spielebene“ kennzeichnet. Die Darstellung der Patienten und Psychotherapeuten ist professionell, gut verständlich und realitätsnah. Die DVDs sind gut, um grundlegende Verläufe von Psychotherapiesitzungen, Therapeutenvariablen und Interventionen kennenzulernen. Für die wirklich schwierigen Situationen in einer Psychotherapie bringen sie nichts, da man nicht zu einem Stichwort eine Lösung auf der DVD findet. Das zugehörige Buch ist für solche Fälle praktischer, da man unter Stichworten direkt etwas findet. Anhand der Videos können Dozenten in spezifische Seminare einführen; sie brauchen aber Kommentare. Für den erfahrenen Psychotherapeuten ist der Preis der DVDs zu hoch, in fortgeschrittenen Psychotherapien gibt es Metaprobleme, personelle Verwicklungen, Projektionen und systemische Effekte, die sich kaum per Video darstellen lassen.

Dennoch kann ich das Buch dem Studenten wie auch dem erfahrenen Praktiker rundheraus empfehlen. Für einen angemessenen Preis enthält es den wesentlichen Stand der heutigen Verhaltenstherapie in verständlicher Didaktik und Übersichtlichkeit.

Dr. Holger Richter,
Dresden

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

Weil ich ein Mädchen bin. Gesamtschau zur psychischen Entwicklung des Mädchens

Seiffge-Krenke, I. (2017). *Die Psychoanalyse des Mädchens*. Stuttgart: Klett-Cotta, 423 Seiten, 45,- €

Warum jetzt ein psychoanalytisches Werk zu Mädchen? Standen denn die Mädchen nicht lang genug im Mittelpunkt des Verstehens und der Anerkennung von Psychologen, Pädagogen, Lehrern und Sozialarbeitern? Muss der Blick wieder auf die Mädchen gelenkt werden? Bedarf „Die Psychoanalyse des Jungen“ von Hans Hopf aus dem Jahr 2014 tatsächlich einer Replik für die Mädchen?

Die Antwort lautet nach der Lektüre von Inge Seiffge-Krenkes Werk eindeutig „ja“. Es ist gut, dass „Die Psychoanalyse des Mädchens“ vorliegt und die Vielzahl der psychoanalytischen Schriften zur Weiblichkeit unter der klaren Blickrichtung auf die psychische Entwicklung des Mädchens in all ihren normalen und pathologischen Facetten zusammenfasst und durch neuere Erkenntnisse aus anderen Wissenschafts- und Forschungsbereichen ergänzt. Dadurch erhält dieses Buch seine besondere Bedeutung für den fachlichen Diskurs.

Es geht Inge Seiffge-Krenke um einen konsequenten Blick auf das Mädchen, oft auch im Vergleich zu Entwicklung und Verhalten von Jungen, ohne Aufwertung der weiblichen oder Abwertung der männlichen Geschlechterstereotypen. Ihre Aufarbeitung der psychoanalytischen Konzepte über Weiblichkeit beginnt mit Freud als einseitig männlichem Interpretieren der Psyche, dessen Ausführungen zur weiblichen Entwicklung schon von Zeitgenossinnen heftig kritisiert und von modernen Autorinnen ganz oder in großen Teilen verworfen wurden. In ihrer umfassenden Darstellung psychoanalytischer Entwicklungsmodelle erläutert Inge Seiffge-Krenke neben dem triebtheoretischen Ansatz auch objektbeziehungs-

theoretische, bindungstheoretische und ichpsychologische Sichtweisen, immer mit der klaren Blickrichtung auf das Mädchen. Von besonderem Interesse sind hierbei auch Ergebnisse aus der Säuglingsforschung und der Neurobiologie. Insgesamt kommt Inge Seiffge-Krenke dabei zu dem Schluss, dass für das Babymädchen von einer von Anfang an deutlicheren Ausrichtung auf Intersubjektivität, d. h. Beziehungsaufnahme und Kommunikation, mit einer sehr spezifischen Vulnerabilität ausgegangen werden muss.

Dieser Spur folgt Inge Seiffge-Krenke nun im traditionell psychoanalytischen Entwicklungsmodell vom Kindergartenmädchen über das Latenzmädchen bis zur weiblichen Jugendlichen. Zur Ausrichtung auf Intersubjektivität kommt eine beschleunigte Empathie- und Schamentwicklung und eine Ausweitung des sozialen Raums hinzu. Die wesentlichen Schaltstellen der Entwicklung des Mädchens erfahren eine sorgfältige und umfassende Darstellung, die immer wieder auf die zuvor vorgestellten theoretischen Ansätze und auf klinische Falldarstellungen Bezug nimmt. Die Bedeutung der Beziehung zur Mutter und deren Repräsentanz erhält ein ausführliches eigenes Kapitel, genauso wie die Bedeutung des Vaters sowie die verschiedenen Konstellationen des Elternpaares, hier auch unter Einbezug gesellschaftlicher Realitäten, in denen Eltern stehen, mitsamt der Frage der außerfamiliären Betreuung. Insbesondere thematisiert Inge Seiffge-Krenke die herausragende Bedeutung der Freundinnen für die Entwicklung des Mädchens. Ein wesentlicher Aspekt, den die psychoanalytische Forschung nach Ansicht der Autorin bisher nicht beachtet hat.

Den Abschluss der Darstellung der Mädchenentwicklung bilden die Themen Körperlichkeit, Sexualität und Aggression in einem der wichtigsten

Teile in diesem Buch, sind doch Essstörungen schon bei Elfjährigen, die Unfähigkeit, dem eigenen Körper selbst Wert zu verleihen, selbstverletzendes Verhalten und suizidale Gedanken wesentliche Aspekte der pädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Mädchen. Darüber hinaus bietet die Autorin auch einen Überblick über die Gefährdung von Mädchen aus anderen Kulturen. Mit Überlegungen zur Behandlungstechnik endet das Buch. Von diesem Kapitel aus könnte man rückwärts die Spur der wissenschaftlichen Vertiefung und der Kasuistiken im gesamten Buch verfolgen.

An Inge Seiffge-Krenkes Werk beeindruckt den Leser die Fülle des Inhalts, die Ordnung und Leichtigkeit der Darstellung und die gründliche Rezeption des Standes der Wissenschaft. Biologische, psychologische und soziologische Perspektiven werden zusammengesehen. Inge Seiffge-Krenke verbindet Forschungsergebnisse (auch eigene) und deren Interpretation, Zusammenfassungen bisheriger psychoanalytischer Erkenntnisse und Theorien mit Fallbeispielen. Dabei positioniert sich die Autorin deutlich zu den vorgebrachten Theorien und Konzepten, vermeidet dogmatische Engführungen und schließt mögliche kritische Einwände nicht aus.

Das Buch ist mit 423 Seiten sehr umfangreich. Gleichwohl erschlägt einen die Fülle nicht, die einzelnen Kapitel lassen sich gut gesondert lesen. Sprache und Duktus sind flüssig. Man wird wohl schwerlich eine Darstellung zu diesem Thema mit einer solchen Bandbreite finden. Unverzichtbar für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sehr empfehlenswert für Psychologen, Pädagogen und Menschen, die in psychosozialen Berufen arbeiten.

Gabriela Küll,
Hamburg

Kreative Spannungsfelder

Harms, T. & Thielen, M. (Hrsg.). (2017). *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis. Gießen: Psychosozial-Verlag, 325 Seiten, 34,90 €*

Das überaus interessante und anregende Buch steht vor dem Hintergrund einiger Spannungsfelder, die in den Beiträgen auf verschiedenste Weise behandelt werden. Sie stellen so etwas wie einen roten Faden durch das Buch dar.

Erstes Spannungsfeld: Funktional-energetische vs. humanistische Therapieperspektive

Wilhelm Reich schrieb dem funktional-energetischen Aspekt der Sexualität eine zentrale Rolle für psychische Störungen und deren Therapie zu und übte damit einen starken Einfluss auf die Körperpsychotherapie aus. Im Kontrast dazu betonte die andere Wurzel der Körperpsychotherapie, die Leibpädagogik, stärker Wahrnehmung und innere Achtsamkeit.

Thomas Harms diskutiert im ersten Beitrag des Buches ausführlich das Orgasmuskonzept von Reich und zeigt Brückenkonzepte zur modernen Psychotherapie auf. Insbesondere werden zunehmend Kontakt und Begegnung betont sowie das subjektive Erleben der Sexualität und die eigene Wahlfreiheit. Über eine Erweiterung des Sicherheitserlebens in der Sexualität kann die Person sich wieder an sich selbst anbinden. Das von ihm beschriebene psychotherapeutische Vorgehen verbindet dann virtuos humanistische mit funktionaleren Vorgehensweisen.

Manfred Thielen zeigt im darauffolgenden Beitrag zum einen die auch heute noch wichtigen Aspekte im psychotherapeutischen Ansatz von Reich und seinen Nachfolgern auf. Zum anderen schlägt er die Brücke zur Entwicklungspsychologie der Säuglingsforschung und zur humanistischen Psychotherapie und sieht als zentralen Ansatzpunkt der Therapie sexueller Probleme die Wider-

sprüche im emotionalen Kontakt zum Partner und zu sich selbst.

Eine ähnlich überzeugende Praxis stellen Marianne Eberhardt-Kaechele und Ruth Gnirss-Bormet für die körperpsychotherapeutisch orientierte Tanztherapie vor. Sie orientieren sich an Daniel Sterns Konzept der Vitalitätsaffekte. Als Grundlage für gelingende Abstimmung sind diese auch die Grundlage für die Sexualität, hier spielen insbesondere die frühen Erfahrungen der gemeinsamen Regulation lustvoller Erregung eine Rolle. Ihr Ansatz erfordert eine besonders sensible und respektvolle psychotherapeutische Haltung.

Näher an der Psychosomatik und an der sexuellen Funktion orientiert wird von Karoline Bischof der sexualtherapeutische Ansatz von Jean-Yves Desjardins vorgestellt.

Zweites Spannungsfeld: Umgang mit dem Thema Sexualität bei der Therapie von sexuellem Missbrauch

Durch die zunehmende Thematisierung sexueller Traumatisierungen wurde deutlich, wie problematisch zu offensive und nicht abgesicherte psychotherapeutische Vorgehensweisen für die Betroffenen sein können.

Der Aufsatz von Anna Willach-Holzapfel und Monika Dressler-Bellmund fokussiert auf Körperpsychotherapie bei sexuellem Missbrauch. Anhand von Falldarstellungen wird die Integration verschiedener Traumatherapieansätze vorgestellt. Ihnen gelingt es ebenfalls hervorragend, die verschiedenen „sanfteren“, achtsamkeits- und wahrnehmungsorientierten Vorgehensweisen mit anderen Interventionen zu verbinden.

Drittes Spannungsfeld: Das subjektive Erleben von Sexualität versus gesellschaftliche Normierungen über Geschlechterrollen und Sexualität

Eine ganze Reihe von Aufsätzen in dem Buch beschäftigt sich mit gesellschaft-

lichen und soziologischen Fragen zum Thema Sexualität. Eine ganz wichtige Rolle spielen hier natürlich auch genderspezifische Perspektiven, z. B. Rollennormierungen und ihre Auswirkungen auf die Psychotherapie. Anke Abraham diskutiert den im heutigen Zeitgeist zentralen Aspekt der technischen Nutzbarmachung und Funktionalisierung des (geschlechtlichen) Körpers.

Weitere Aufsätze zu interessanten Aspekten (Sexualtherapie über die Lebensspanne, Therapie mit älteren Menschen, Nacktheit in der Körperpsychotherapie, Sexualität und Narzissmus, Sexualpädagogik, Paartherapie) bereichern das Buch und machen es zu einer Fundgrube zu dem Thema Sexualität und Körperpsychotherapie.

Womit habe ich beim Lesen der Aufsatzsammlung manchmal etwas Probleme gehabt? An einzelnen Stellen schien mir die konzeptuelle und methodische Integration des ursprünglichen Reichschen Ansatzes in humanistische Herangehensweisen noch nicht so ausgearbeitet. Weitergehend hätte man die Frage diskutieren können, inwieweit die vorgestellten Konzepte und Vorgehensweisen mit aktuellen Versorgungssystemen kompatibel sind.

Insgesamt liegt mit dem Sammelband ein sehr vielschichtiges und äußerst anregendes Werk zum Thema Körperpsychotherapie und Sexualität vor, in dem Konzepte und Modelle historisch eingeordnet, kritisch reflektiert und miteinander integriert werden. Wie diese Integration aussehen kann, wird an vielen Praxisbeispielen und Falldarstellungen überzeugend verdeutlicht. Vor dem Hintergrund der dargestellten Spannungsfelder zeigt sich die kreative Vielfalt als eine große Stärke der Körperpsychotherapie, die gerade zum Thema Sexualität und Psychotherapie viel Eigenes beizutragen hat.

Dr. phil. Ernst Kern,
Saarbrücken

Fundgrube für die Hypnotherapie bei Tinnitus

Kranz, D. (2017). *Hypnotherapie bei Tinnitus. Ein Praxisleitfaden. Unter Mitarbeit von Sonja Faller und Helmut Schaaf. Göttingen: Hogrefe, 290 Seiten mit CD-ROM, 39,95 €*

Das Buch „Hypnotherapie bei Tinnitus“ vermittelt sehr praktisch, anschaulich und differenziert die Umsetzung dieser Therapierichtung beim Leiden unter Tinnitus. Hypnotherapeuten, aber auch Kollegen, die in anderen Verfahren ausgebildet wurden, erhalten einen Einblick, wie moderne Hypnotherapie in der Praxis angewendet wird und was diese beim Leiden unter Tinnitus leisten kann. Neben einer praktischen Einführung in die Hypnotherapie und der Vermittlung der medizinischen Grundlagen des Tinnitusleidens werden eine Vielzahl von Methoden sowohl für die symptomorientierte als auch die problemorientierte Hypnotherapie beschrieben. Die Praxis der Hypnotherapie in einem Buch zu vermitteln, ist sicher nicht einfach. In diesem Fall kann dem Autor bescheinigt werden, dass ihm das eindrucksvoll gelungen ist. Inwieweit der Leser konkrete methodische Bausteine psychotherapeutisch umsetzen möchte bzw. kann, hängt dann natürlich von der sonstigen psychotherapeutischen Grundrichtung und Berufserfahrung ab. Ich selbst, mit 30-jähriger Berufserfahrung, übertrage aus dem Buch verschiedene konkrete Module in meine Arbeit und nutze die sehr gut vermittelten Informationen edukativ (z. B. Störungsmodelle).

Das didaktisch hervorragend gestaltete Buch umfasst 290 Seiten und gliedert sich in neun Kapitel. Die Kapitel im praktischen Teil bauen aufeinander auf, müssen aber nicht notwendigerweise nacheinander angewendet werden. Die beschriebenen Techniken können unabhängig von der psychotherapeutischen Grundrichtung angewendet werden.

Im 1. bis 3. Kapitel kann sich der interessierte Leser über die Geschichte der Hypnotherapie, medizinisches störungsspezifisches Grundwissen und hypnotherapeutische Erklärungsmodelle der Störung informieren. Das 4. Kapitel beinhaltet das hypnotherapeutische Vorgehen im Allgemeinen und die hypnotherapeutischen Behandlungsansätze sowie -ziele bei Tinnitus-Patienten. Kapitel 5 widmet sich dem konkreten Ablauf sowie den Grundlagen und Voraussetzungen für die Anwendung moderner Hypnotherapie. Der Autor erklärt die Bedeutung und Sinnhaftigkeit der Arbeit mit Trancen, geht auf Rahmenbedingungen, direkte und indirekte Methoden, Trancesprache und auf Probleme bei der Umsetzung der Methoden ein. Diese Darstellung ist eine der Stärken des Buches, denn sie ermöglicht auch dem in der modernen Hypnotherapie noch nicht ausgebildeten Kollegen neue Einsichten und Ansätze für die eigene Arbeit mit Tinnitus-Patienten und macht darüber hinaus Lust, mehr über diese Therapierichtung zu erfahren. In den folgenden Kapiteln geht es um die Praxis. In Kapitel 6 werden in Form von Therapiesequenzen sehr übersichtlich symptomorientierte Techniken (z. B. Sinneskanäle wechseln, Submodalitäten ändern, Ressourcen anker und kollabieren, Aufmerksamkeit umlenken) und in Kapitel 7 problem- und konfliktorientierte Techniken vorgestellt. Dem Leser wird dabei klar, wie die moderne Hypnotherapie dem an Tinnitus Leidenden helfen kann, Einfluss auf seine Beschwerden zu gewinnen und/oder Zusammenhänge zwischen seinen Beschwerden und seiner aktuellen oder früheren Lebenssituation zu erkennen und zu ändern (z. B. durch die Arbeit mit Metaphern, Stellvertretertechnik, Reframing, Arbeit mit dem inneren Helfer, Zeitprogression, Umgang mit Schuldgefühlen). Im 8. Kapitel werden verschiedene Selbsthypnosetechni-

ken (u. a. Fixationstechnik, Atemtechnik, Visualisierung), die der Therapeut zum einem bei der Therapie mit dem Patienten zur Induktion einer Trance anwenden und zum anderen auch zur Selbsthypnose dem Patienten vermitteln kann. Das 9. Kapitel widmet sich der narrativen Hypnotherapie bei Tinnitusleiden. Der Autor erklärt die Grundannahmen, das Ziel und beschreibt die Art und Weise, wie der Psychotherapeut Geschichten in die Therapiesitzung einbeziehen und zu ihnen überleiten kann. Abschließend werden Geschichten empfohlen, die sich bei Patienten mit Tinnitusleiden als hilfreich und sinnvoll erwiesen haben.

Zur Erleichterung der praktischen Umsetzung befinden sich im Anhang 28 Arbeitsblätter sowie eine CD-ROM. Von dieser CD-ROM kann der Leser die Arbeitsblätter und eine PowerPoint-Präsentation („Tinnitus – was tun?“) herunterladen. Erwähnenswert sind auf dieser CD-ROM die vier Darstellungen von Therapiesitzungen sowie eine Methode zur Umlenkung der Aufmerksamkeit in Anlehnung an die im Buch beschriebenen Therapiemethoden.

Die vielen konkreten Ideen und Anregungen machen das Buch zu einer Fundgrube für den therapeutischen Alltag. Die eine oder andere Länge im theoretischen Teil wird durch die sehr gute Didaktik und die Arbeitsmaterialien im praktischen Teil mehr als wettgemacht.

Insgesamt ist „Hypnotherapie bei Tinnitus“ ein Buch, das seinen Namen „Leitfaden“ wirklich verdient. Es ist eine Bereicherung für den Praktiker, Tinnitus-Patienten flexibel und unter Berücksichtigung ihres Therapieanliegens und ihrer Therapiemotivation effektiv zu helfen.

Dipl.-Psych. Ralf Schobert,
Düsseldorf

Leserbriefe

Impulse aus dem US-amerikanischen Raum

Zu C.-H. Lammers: Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapeutenjournal* 4/2017, S. 324-330.

Prof. Lammers nimmt sich des wichtigen Themas der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie an, gut. Nur schade, dass er nicht über den Teich schaut. Die Arbeitsgruppe Kohlenberg, Tsai und Kanter haben mit ihrer behavioralen „Functional Analytic Psychotherapy“ viele fruchtbare Impulse in gut ein Dutzend Publikationen seit den 1990er Jahren publiziert zum Thema „Therapeutische Beziehung in der VT“, die aber in Deutschland anscheinend selbst bei einem ausgewiesenen Fachmann wie Prof. Lammers nicht angekommen sind.

Dipl.-Psych. Stephan Hoyndorf,
Stuttgart

Beziehungsdynamik und Psychodynamik

Zu C.-H. Lammers: Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapeutenjournal* 4/2017, S. 324-330.

Der Beitrag zur therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie in PTJ 4/2017 bleibt in seiner entscheidenden Dimension unreflektiert und völlig an der Oberfläche. Ist es nicht überdeutlich, in welcher Beziehungsdynamik Menschen untereinander, insbesondere in so einer verantwortlichen Beziehung wie der therapeutischen, zwischen „Erfüllung der Erwartungen der Patientin“ (S. 326) und dem Aufbauen eines „spürbaren Veränderungsdrucks“ (S. 327) geraten? Wie ist die „Vermittlung von bedürfnisbefriedigenden Erlebnissen“ (S. 329) über die Stärkung der „affektiven Beziehung zur Psychotherapeutin“ (S. 327) in Verbindung mit ihrer Funk-

tion als „Modell“ (S. 328) mit den Erwartungen an die „erforderliche Patientenrolle“ (S. 329) und dem „Erzeugen von Hoffnung“ (S. 327) in Einklang zu bringen? Hier geht es nicht um einen Streit der Therapierichtungen. Es werden wesentliche Grundgesetze der Beziehungsdynamik und Psychodynamik missachtet, die ungeachtet irgendwelcher „Konzepte“ wirksam sind. Das Bedenkliche ist, dass offensichtlich das entscheidende Problembewusstsein für die beziehungs-dynamische Tragweite überhaupt fehlt bzw. verlorengegangen ist. Dieses Problembewusstsein wäre aufseiten des Therapeuten aber erforderlich, um die „persönlichen Reaktionen zu kontrollieren und zu regulieren“ (S. 330), gerade angesichts der sog. „persönlichkeitsgestörten Patienten“. Hierzu bedarf es schon eines tiefgehenden Einblicks in die eigene Psychodynamik. Das Ergebnis sind die zu beobachtenden psychodynamischen Erscheinungen zwischen Inflation und Depression, eine Berufskrankheit wohl besonders bei Psychotherapeuten. Die große Sorge ist, dass in dieser Entwicklung die Psychotherapie überhaupt ihre Existenzberechtigung noch ganz zu verlieren droht, weil sie keinerlei Blick mehr für die *Conditio humana* hat.

Dipl.-Psych. Wolfgang Pirlet,
Leutkirch im Allgäu

(K)ein Streit der Therapierichtungen?

Antwort des Autors Claas-Hinrich Lammers auf die Leserbriefe

Tatsächlich hat Herr Hoyndorf Recht, dass mir diese Artikel entgangen sind, und ich danke ihm für diesen Hinweis!

Der Leserbrief von Herrn Pirlet macht mich zugegebenermaßen ratlos, da er, um bei seinen Worten zu bleiben, „in der entscheidenden Dimension unreflektiert und völlig an der Oberfläche“ verbleibt. Es ist mir weder ersichtlich, welche Grundgesetze der Beziehungs-

Liebe Leserinnen und Leser,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen. Als Leserinnen und Leser beachten Sie bitte, dass die Diskussionsbeiträge die Meinung der Absender und nicht unbedingt die der Redaktion wiedergeben.

dynamik und Psychodynamik gemeint sind und welches Problembewusstsein mir dabei fehlen würde. Dass die verschiedenen Aspekte einer gelungenen Beziehungsgestaltung „in Einklang“ gebracht werden müssen, wage ich zu bezweifeln, da eine Beziehung ein (psycho-)dynamisches Geschehen ist, welches nicht nur zu verschiedenen Zeitpunkten durchaus widersprüchliche Aspekte aufweist. Dass diese „in Einklang“ gebracht werden müssen, erscheint mir nicht evident. Auch die vermisste Darstellung eines „tiefgehenden Einblicks in die eigene Psychodynamik“ erschließt sich mir nicht *prima vista*, da ich auf deren Notwendigkeit implizit hingewiesen habe (auch wenn Studien zum Einfluss der Selbsterfahrung bzw. Selbstanalyse auf den Therapieerfolg eher ernüchternde Resultate geliefert haben). Auch ist mir nicht ersichtlich, was Herr Pirlet mit den „zu beobachtenden psychodynamischen Erscheinungen zwischen Inflation und Depression“ meint und inwiefern dies angeblich „eine Berufskrankheit wohl besonders bei Psychotherapeuten“ darstellt. Es bleibt der Eindruck, dass es sich bei dieser Darstellung sehr wohl um den klassischen „Streit der Therapierichtungen“ handelt, den zu begraben am ehesten mein Ansinnen ist.

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers,
Hamburg

Systemische Therapie: Noch ein weiteres Verfahren?

Zu R. Retzlaff et al.: Systemische Therapie – auf dem Weg zur sozialrechtlichen Anerkennung? *Psychotherapeutenjournal* 4/2017, S. 355-362.

Wann hört das Schulendenken in Deutschland endlich auf? Und damit meine ich diesmal nicht die zwei „großen Psychotherapieschulen“, sondern jetzt die Systemische Therapie. Die Autoren des Artikels beziehen sich in ihrer Aussage vornehmlich auf die Ergebnisse des Abschlussberichtes des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Systemischen Therapie mit Erwachsenen. Trotz – im Vergleich zu psychologischer Psychotherapieforschung – marginaler Ergebnisse des Berichts zugunsten der Systemischen Therapie für Erwachsene sehen die Autoren eine sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie als gegeben an. Kritikpunkte im Bericht werden durch Heranziehen einer „Pilotstudie“, die angeblich signifikant bessere Ergebnisse als Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei sozialer Phobie zeigt, relativiert. Die Evidenz von KVT im Vergleich zu anderen Therapieformen in der Behandlung von sozialer Phobie liegt nach neuesten Leitlinien auf einem Evidenzgrad 1a. Ich glaube nicht, dass eine Pilotstudie zum Vergleich Systemische Therapie und KVT als aussagekräftig herangezogen werden kann!

In meiner Praxis kläre ich die Patienten transparent über Therapieverfahren auf. Nur ein kleiner Bruchteil kennt wirklich den Unterschied zwischen Verhaltenstherapie und psychodynamischer Therapie. Und jetzt sollen sie sich noch zwischen einem weiteren Verfahren entscheiden? Ich denke, das Wichtigste ist, dass die Patienten evidenzbasierte und wirkungsvolle Therapie erhalten – egal, ob sie Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie oder Systemische Therapie heißt. Wie gesagt, den meisten Patienten ist dies letztlich egal – sie wollen mit ihren Beschwerden und Problemen besser zurechtkommen.

Ich denke die Zukunft der Psychotherapie liegt sowieso in einer personalisierten und individualisierten Psychotherapie, die integrativ orientiert ist und nicht mehr in der Anwendung von reinen „Psychotherapieschulen“. Hierbei kann die Systemische Therapie mit einigen Methoden und Techniken bestimmt auch ihren Beitrag leisten.

Dipl.-Psych. Martin Sauer,
Gießen

Offenheit für Weiterentwicklung

Antwort des Autors Rüdiger Retzlaff
auf den Leserbrief von Martin Sauer

Bereits der Titel unseres Artikels macht deutlich, dass wir nicht davon ausgehen, eine Anerkennung der Systemischen Therapie sei bereits gegeben. Der Methodenbewertungsausschuss des G-BA wird ggf. ein eigenständiges Prüfverfahren einleiten – mit offenem Ausgang.

Jenseits der Therapieschulen gibt es beträchtliche Gemeinsamkeiten zwischen den unterschiedlichen Richtungen der Psychotherapie – dafür sprechen Studien zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie ebenso wie Erfahrungen aus der Praxis. Derzeit dürfte eine Überwindung des Schulendenkens jedoch in weiter Ferne liegen. Weder bei der Diskussion um eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes noch auf Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) sind Bestrebungen erkennbar, die Richtlinienverfahren aufzulösen. Eine Anreicherung der derzeit zugelassenen Richtlinienverfahren durch Methoden und Techniken der Systemischen Therapie, wie sie in dem Leserbrief angeregt wird, wäre rechtlich nicht statthaft. Wenn wirksame evidenzbasierte systemische Methoden den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen sollen, bleibt nur der Weg über eine sozialrechtliche Anerkennung.

Das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) hat hochprofessionell mit immensem Personalauf-

wand und großer Sorgfalt die Befundlage zur Systemischen Therapie evaluiert. Die Systemische Therapie ist bislang das einzige Verfahren, das von einem unabhängigen Institut nach den harten Kriterien der evidenzbasierten Medizin beurteilt und insgesamt positiv eingeschätzt wurde. Wir halten die Ergebnisse des IQWiG zur Systemischen Therapie für solide und belastbar. In unserem Artikel weisen wir auf weitere relevante Veröffentlichungen und Therapiestudien u. a. zu Angststörungen hin, die dem IQWiG bei Abschluss des Berichtes nicht zur Verfügung standen. Fairerweise sieht die Verfahrensordnung des IQWiG Experten-Anhörungen vor, an denen ein Teil unserer Autorengruppe beteiligt war. Unsere respektvollen Hinweise auf weitere Befunde sind in einem offenen wissenschaftlichen Diskurs durchaus üblich.

Für die sozialrechtliche Anerkennung/Zulassung neuer Verfahren gibt es in den Psychotherapierichtlinien und der Verfahrensordnung des G-BA verbindliche Vorgaben: Nutznachweise zu den in der Tabelle in unserem Artikel aufgeführten Diagnosegruppen. Die Quantität von Studien anderer Therapieverfahren ist für die Anerkennung nicht maßgeblich.

Psychodynamische Therapie und die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) haben eine beeindruckende Zahl an Psychotherapiestudien vorzuweisen. Wir sollten uns jedoch hüten, vorschnell die Überlegenheit des einen oder anderen Verfahrens anzunehmen. Neuere, nach strengen methodischen Standards durchgeführte Meta-Analysen zu etablierten Therapieverfahren sprechen dafür, dass unser Wissen über das, was wirklich wirkt, noch immer sehr begrenzt ist (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders & Huibers, 2016; Cuijpers et al., 2014). Nur durch Offenheit für neue Entwicklungen und Erkenntnisse sind eine Weiterentwicklung der Psychotherapieforschung und der psychotherapeutischen Praxis möglich.

Unseren Patienten trauen wir durchaus zu, zwischen verschiedenen Psychotherapieansätzen unterscheiden zu kön-

nen. Sie sollten die Möglichkeit erhalten, eine freie Entscheidung zwischen nachweislich wirksamen Therapieverfahren inklusive der Systemischen Therapie treffen zu können.

Literatur

Cuijpers, P., Cristea, J. A., Karyotaki, E., Reijnders, M. & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15 (3), 245-258.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34 (2), 130-140.

Dr. Rüdiger Retzlaff,
Heidelberg

Zur mit der Ausgabe 4/2017 neu eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal

Zur neuen Sprachregelung finde ich die Entscheidung unter genderspezifischen Aspekten erfreulich, sollte es doch für (uns) Frauen bisher selbstverständlich sein, dass wir uns mit angesprochen fühlen, was (vielen) Männern nicht zumutbar schien. Dennoch ist das grammatische Genus vom Sexus zu differenzieren, hoffentlich gibt es dann in den „weiblichen“ Ausgaben nicht „die Mitgliederin“, „die Gästin“ etc.

Dipl.-Psych. Beate Kleist,
Würzburg

Ihre Argumentationslinie, die zu dem Beschluss geführt hat, „ab jetzt abwechselnd ein Heft in männlicher und eins in weiblicher Form vorzulegen“ kann ich nicht wirklich nachvollziehen. „Schwere Lesbarkeit“ etc. sind aus meiner Sicht zu vernachlässigende Argumente, denn ähnlich wie bei der Rechtschreibreform gewöhnen wir uns nach einer gewissen Zeit an sprachliche Veränderungen oder gar Herausforderungen, die zunächst abenteuerlich anmuten. Für mich hat es vorrangig mit einer inneren Haltung zu

tun: Lasse ich mich darauf ein oder bleibe ich sperrig, weil ich mitunter keine „erweiterte Normalität“ zulassen will. „Die Realität von Transsexualität und weiteren Ausformungen von Sexualität können wir momentan in der Sprache des PTJ noch nicht abbilden“, führen Sie im Editorial an. Können oder wollen Sie nicht? Es gibt den Gender-Gap! Und nach dem brillanten Artikel „Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie“ von Gisela Wolf und Erik Meyer im *Psychotherapeut_innenjournal* 2/2017 lässt mich diese Formulierung doch sehr verwundern. Hierzu schreiben Wolf und Meyer: Anmerkung 1, S. 130: „Wir möchten im Text ausdrücklich eine Vielfalt der Möglichkeiten, sich geschlechtlich zu positionieren, sichtbar machen und arbeiten deshalb mit dem sogenannten ‚Gender-Gap‘ (Hermann, 2003). (...) Der Gender-Gap soll Raum geben, auch die Existenz und Lebensweise von Menschen mitzudenken, die sich nicht eindeutig einem der beiden Geschlechter zuordnen.“ Im aktuellen *Psychotherapeut_innenjournal*, Heft 4/2017, wird die weibliche Sprachform genutzt, doch erscheint mir dies halbherzig und inkonsequent, denn auf dem Titelblatt heißt es weiterhin *Psychotherapeutenjournal* und nicht *Psychotherapeutinnenjournal* – wie peinlich ist das denn? Eine Möglichkeit wäre ja auch, eine Umfrage unter den Leser_innen diesbezüglich durchzuführen!

Klaus Becker,
Krefeld

Mir gefällt die neue Sprachregelung im PTJ, aus meiner Sicht auch kein übereilter Schritt, gerade angesichts der Geschlechterverteilung in der Psychotherapie. Die gewählte Form der abwechselnd formulierten Ausgaben finde ich auch einen guten Kompromiss zwischen den Zielen, geschlechtergerecht zu formulieren und trotzdem die Texte nicht unnötig länger zu machen, wie es meiner Meinung nach durch die Verdopplung (à la Leserinnen und Leser) geschehen würde. Herzlichen Dank für die vermutlich langwierigen Überlegungen und Debatten, die aller

Wahrscheinlichkeit nach diesem Schritt vorausgingen. Ich hoffe, Sie lassen sich von eventuellem Gegenwind nicht irritieren.

Dipl.-Psych. Kerstin Ditttrich,
Leipzig

Liebe Kolleginnen,

seid ihr im wahrsten Sinne des Wortes verrückt? Entschuldigung, das sagt man ja zu Damen nicht. Dann verschiebe ich das auf das nächste Quartal, wenn ich von Mann zu Mann schimpfen kann. Warum tretet ihr eine sexuelle Debatte los? Bisher sah ich die verwendeten Bezeichnungen genderneutral, auch die Bezeichnung *Psychotherapeutenjournal*. Die Genderneutralitätseinschätzung habt ihr mir jetzt vermiest, indem ihr ausdrücklich auf das Geschlecht hinweist. Aber spielt es in der Anrede tatsächlich eine Rolle, ob man eine Vagina oder einen Penis hat? [...] Ich dachte, es geht um Genderneutralität: Müssen Leser unbedingt als sexuelle Wesen angesprochen werden? Sinnvoll und eingebürgert ist: KollegInnen. Das setzt sogar für die, die Wert darauf legen, den Schwerpunkt in weibliche Richtung, wie es der Verteilung entspricht. Bei Perpetuierung eures Genderfehlgriiffs müsste das nächste *Journal Psychotherapeutinnenjournal* heißen, das sich konsequenterweise nur an Psychotherapeutinnen wendet. Die Artikel sind diesmal gut gelungen, was nur durch eure sexualisierte Ausdrucksweise gestört wird.

Genderfreie Grüße

Helmut Brenner,
Bad Salzflun

Danke für die Umstellung im neuen *Psychotherapeutinnenjournal*! Ich fühlte mich sofort mehr angesprochen und hatte mehr Freude am Lesen. Bitte behalten, gerne auch – wie geplant – im Wechsel.

Hedwig Faußner,
Weißenburg

Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit – Neue Analysen für das Jahr 2016

Wie bereits in den letzten Jahren spielten psychische Erkrankungen auch im Jahr 2016 eine bedeutende Rolle bei der Verursachung von Arbeitsunfähigkeitszeiten. Das ergab eine aktuelle Auswertung der Daten zur Arbeitsunfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen. Die Analyse bezieht sich auf über 80 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten.

Psychische Erkrankungen sind zweithäufigste Ursache für Fehltage

Psychische Erkrankungen machten – wie bereits in den Vorjahren – auch 2016 einen wesentlichen Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen aus. Mit 14,7 Prozent stehen sie an zweiter Stelle der Ursachen für betriebliche Fehltage, nach Muskel-/Skelett-Erkrankungen (Abbildung 1).

Mehr Ausgaben für Krankengeld als für Psychotherapie

Auch die durchschnittliche Dauer der Krankschreibungen wegen psychi-

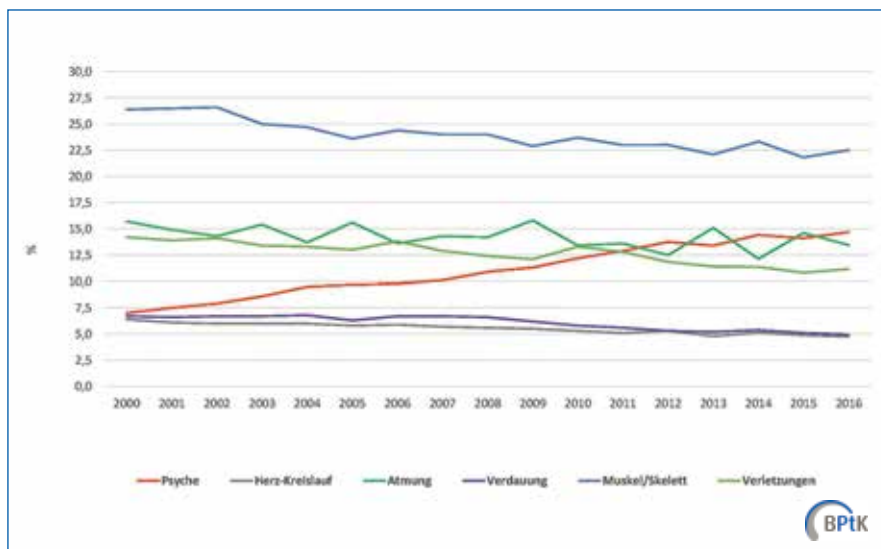


Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeitstage – die häufigsten Erkrankungen von 2000 – 2016
Quelle: Daten der AOK, BARMER GEK, BKK, DAK, TK; eigene Berechnungen der BPTK, 2017.

scher Erkrankungen blieb im Jahr 2016 überdurchschnittlich hoch und lag wie bereits im Vorjahr bei 34 Arbeitstagen. Keine andere Erkrankung führt zu solchen langen Krankschreibungen. Dadurch sind psychische Erkrankungen eine der

Hauptursachen für Langzeitarbeitsunfähigkeit und damit auch für Krankengeldzahlungen, die die Krankenkassen nach der betrieblichen Lohnfortzahlung übernehmen müssen. Gut ein Viertel des Krankengeldes zahlen die Krankenkassen an Arbeitnehmer mit psychischen Erkrankungen. Das waren 2016 rund 2,9 Milliarden Euro. Damit sind die jährlichen Krankengeldausgaben wegen psychischer Erkrankungen höher als die Ausgaben für ambulante Psychotherapie. Diese betragen circa 2 Milliarden Euro.

Mehr psychotherapeutische Praxen notwendig

Um die hohen Zahlungen für Krankengeld wegen psychischer Erkrankungen zu verringern, sollten psychisch kranke Arbeitnehmer die Möglichkeit haben,

Vorschläge für den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 2019

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat auch dieses Jahr Vorschläge für eine bessere Leistungserfassung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht. Die Vorschläge greifen Themen aus dem letzten Jahr auf, die zwar diskutiert und als grundsätzlich sinnvoll bewertet, aber nicht umgesetzt wurden. So bildet der OPS nach wie vor Psychotherapie nicht in geeigneter Weise ab und auch der Schweregrad einer Erkrankung kann nicht kodiert werden. Nach dem Vorschlag der BPTK soll Psychotherapie getrennt von anderen Gesprächsleistungen, wie z. B. Gesprächen mit Behördenvertretern, erfasst werden. Zur Abbildung des Schweregrads einer psychischen Erkrankung wird die Einführung der Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) vorgeschlagen, die auch im Rahmen der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Schizophrenie“ empfohlen werden. Ein weiterer Vorschlag der BPTK bezieht sich auf die Übernahme der Behandlungsverantwortung durch Psychotherapeuten. Die Vorschläge werden auf der Webseite des DIMDI (www.dimdi.de) veröffentlicht.

frühzeitig eine Psychotherapie beginnen zu können. Die Wartezeiten auf eine Psychotherapie betragen vielerorts jedoch noch Wochen und Monate. Die BPTK fordert daher mehr psychotherapeutische Praxen. Insbesondere in ländlichen Regionen bedarf es zusätzlich bis zu 4.000 neuer Psychotherapeutenplätze.

Höchste psychische Belastungen im Gesundheits- und Sozialwesen

Auch die Bundesregierung informiert in ihrem Bericht zur Sicherheit und Gesundheit in der Arbeit für das Jahr 2016 über das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in Deutschland. Ein Vergleich der Gründe für Arbeitsunfähigkeit in den verschiedenen Wirtschaftszweigen zeigt, dass Arbeitnehmer im Gesundheits- und Sozialwesen, in der Verwaltung und bei den Sozialversicherungsträgern sowie im Bereich Erziehung und Unterricht überdurchschnittlich häufig wegen psychischer Erkrankungen fehlen. Deutlich seltener sind psychisch bedingte Fehltage im produzierenden Gewerbe wie beispielsweise im Maschinenbau, im Baugewerbe und in der Land- und Forstwirtschaft (Abbildung 2).

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz reduzieren

Der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft führt dazu, dass Arbeitnehmer häufiger als früher wegen psychischer Erkrankun-

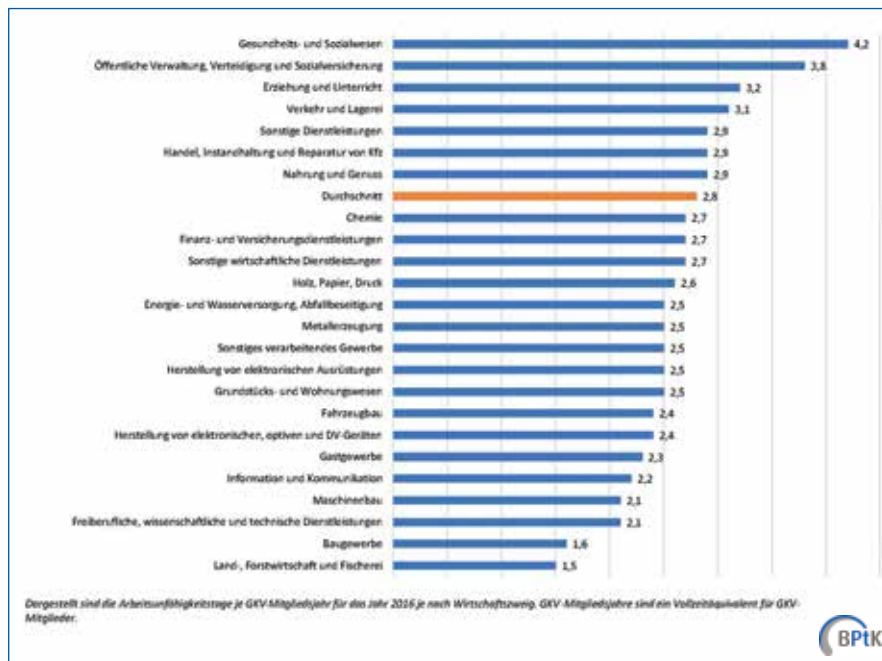


Abbildung 2: Wirtschaftszweige und AU-Tage je GKV-Mitgliedsjahr wegen psychischer Erkrankungen

Quelle: Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der BRD im Jahr 2016, eigene Darstellung der BPTK, 2018.

gen krankgeschrieben werden. Immer mehr Menschen arbeiten in Berufen, die hohe psychosoziale Anforderungen an sie stellen. Das Risiko wegen psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig zu werden, ist in Berufen, bei denen es darum geht, sich um andere Menschen zu kümmern und für sie da zu sein, am größten. Die tägliche berufliche Auseinandersetzung mit anderen Menschen und die Schwierigkeit, sich von ihren Problemen, Sorgen und Krankheiten abzugrenzen, kann zu emotionaler Erschöpfung führen. Kommen noch

fehlende Anerkennung und knappe Personalbemessung hinzu, steigt das Risiko, wegen psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig zu werden. Die BPTK fordert daher, im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung insbesondere in Gesundheits- und Sozialberufen einen besonderen Fokus auf die Reduktion psychischer Belastungen, die Stärkung psychosozialer Ressourcen, die Früherkennung psychischer Beschwerden sowie das Angebot psychosozialer Beratungs- und Hilfsangebote zu legen.

Terminservicestellen im Bereich der Psychotherapie – Erste Zwischenbilanz und Ausblick

Seit knapp einem Jahr haben die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auch im Bereich der Psychotherapie die Aufgabe der Terminvermittlung übernommen. Seit Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der parallelen Erweiterung des Vermittlungsauftrags der Terminservicestellen sind Psychotherapeuten die mit Abstand am häufigsten nachgefragte Fachgruppe für eine Ter-

minvermittlung. Dabei beschränkte sich die Vermittlung bislang noch auf Termine für psychotherapeutische Sprechstunden oder Akutbehandlungen.

Künftig sollen die Terminservicestellen auch Termine für probatorische Sitzungen bei Psychotherapeuten vermitteln. Voraussetzung hierfür ist, dass ein Psychotherapeut auf der individuellen Patienteninformation (PTV 11) eine zeitnahe

Behandlung empfiehlt. Dies hat das Bundesschiedsamt am 7. November 2017 gegen die Stimmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entschieden. Der GKV-Spitzenverband hatte zuvor auf eine Erweiterung des Vermittlungsauftrags der Terminservicestellen gedrängt. Bevor die Änderung umgesetzt werden kann, müssen jedoch noch die Psychotherapie-Vereinbarung und das Formular PTV 11 angepasst werden.

Da die KBV die Entscheidung des Bundesschiedsamts unter Verweis auf die gesetzlichen Regelungen ablehnt und gegen den Beschluss des Bundesschiedsamts Klage eingereicht hat, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abzuschätzen, wann die erforderlichen Anpassungen der Psychotherapie-Vereinbarung vorgenommen und die Terminservicestellen damit beginnen werden, auch die Vermittlung von Terminen für probatorische Sitzungen zu übernehmen.

Nach einer Umfrage der BPTK bezogen sich bereits in den ersten 3 Monaten (von April bis Juni 2017) in den meisten KVen mindestens die Hälfte aller Anfragen von Patienten auf die Vermittlung von Terminen bei einem Psychotherapeuten. Dabei schwankt der Anteil zwischen den KVen erheblich. Während der Anteil der Terminvermittlung aus dem Bereich der Psychotherapie in der KV Thüringen im 2. Quartal 2017 13 Prozent betrug, lag der Anteil in der KV Baden-Württemberg bei rund 65 Prozent. Für das 3. Quartal 2017 lag nach Angaben der KBV der Anteil der an Psychotherapeuten vermittelten Termine bundesweit bei 43,2 Prozent, gefolgt von Terminvermittlungen an Nervenärzte mit 21,5 Prozent. Nach Auskunft der KVen konnten bislang alle berechtigten Anfragen für einen Termin beim Psychotherapeuten erfolgreich vermittelt werden. Einige KVen wie z. B. die KV Hamburg setzen dabei auf eine Verpflichtung der Psychotherapeuten und Ärzte zur Meldung von freien Terminen und passen die Zahl der zu meldenden Termine der jeweiligen Nachfrage an. Andere KVen setzen dagegen auf freiwillige Meldung von freien Terminen, haben aber zum Teil angekündigt, eine Verpflichtung einzuführen, sollte die Zahl der gemeldeten Termine nicht ausreichen. Bei den Psychotherapeuten bezogen sich die Anfragen bislang ganz überwiegend auf die Vermittlung von Terminen in der Sprechstunde, die Vermittlung für eine Akutbehandlung spielte dagegen eine sehr untergeordnete Rolle, in den meisten KVen im einstelligen Bereich pro Monat.

Dagegen gab es nach Auskunft einzelner KVen zahlreiche Anfragen von Patienten, die sich eine Terminvermittlung für einen Behandlungsplatz in der Richtlinienpsychotherapie wünschten. Nach Angaben der KBV ist hier die Tendenz inzwischen rückläufig, da zunehmend mehr Patienten über den Umfang des Vermittlungsauftrags der Terminservicestellen im Bereich der Psychotherapie informiert sind. Zugleich weisen aktuelle Versichertenbefragungen darauf hin, dass die Terminservicestellen nur rund der Hälfte der gesetzlich Krankenversicherten bekannt sind. Auch die zwischen den KVen sehr unterschiedlichen Nutzungsraten weisen darauf hin, dass die Kenntnisse von Patienten über die Terminservicestellen und deren Aufgaben noch begrenzt sind.

Auf eine andere Problematik hat Anfang des Jahres die Patientenbeauftragte der

Bundesregierung, Ingrid Fischbach, hingewiesen. Nach einer vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführten nicht-repräsentativen Stichprobe von Testanrufen bei den Terminservicestellen waren 7 Terminservicestellen (KV Berlin, KV Sachsen-Anhalt, KV Thüringen, KV Nordrhein, KV Hessen, KV Bremen, KV Westfalen-Lippe) zu den angegebenen Öffnungszeiten nicht hinreichend erreichbar. Auch die sonstige Ausgestaltung der Terminservicestellen unterscheidet sich zum Teil erheblich. So schalten mehrere KVen dem direkten Kontakt mit einem Mitarbeiter der Terminservicestelle telefonische Ansagen von bis zu zweieinhalb Minuten Länge vor, teilweise gefolgt von einer Warteschleife, bis ein freier Mitarbeiter verfügbar ist. Aktuelle Forderungen nach einer noch stärker patientenorientierten Ausgestaltung der Terminservicestellen erscheinen daher nachvollziehbar.

Psychische Belastungen bei Organtransplantation – Selbsthilfeorganisation bietet Kompetenznetzwerk

In Deutschland warten mehr als 10.000 Patienten auf ein Spenderorgan. Dreimal so viele Menschen warten z. B. auf eine neue Niere, wie Organe vermittelt werden können. Gleichzeitig ist die Zahl der Organspenden in Deutschland auf einen historischen Tiefstand gesunken. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation weist für 2017 noch 797 Organspender aus, bei denen Organe entnommen und transplantiert wurden, so wenig wie noch nie dokumentiert wurden.

Patienten und ihre Familien sind schon während der Wartezeit auf eine Organtransplantation einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt. Viele bleiben auch nach der Transplantation psychisch belastet oder krank, weil immer noch erhebliche Unsicherheiten bestehen, wie das neue Organ vom Körper akzeptiert wird.

Durch die neue psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung ist es seit dem 1. April 2017 deutlich einfacher, Organtransplantierten und ihren Familien rasch zu helfen. Seither stehen kurzfristig sowohl eine qualifizierte Diagnostik und Beratung in der Sprechstunde als auch eine Akutbehandlung für eine flexible psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung. Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind außerdem verpflichtet, die Patienten bei der Suche nach einem Termin für die Sprechstunde und für die Akutbehandlung zu unterstützen; künftig müssen sie darüber hinaus auch Termine für eine dringende Richtlinienpsychotherapie vermitteln.

Damit ist für Menschen vor und nach einer Organtransplantation schneller und umfassender psychotherapeutische Hilfe möglich. Durch diese Neuerungen haben sich jedoch die Behandlungskapazitäten der Psychotherapeuten nicht vergrößert. Damit kann es für die Patienten weiterhin schwierig sein, wohnortnah eine Richtlinienpsychotherapie zu erhalten. Der Bundesverband der Organtransplantierten e. V. (BDO) hat deshalb ein Kompetenznetzwerk aufgebaut, an dem sich niedergelassene Therapeuten beteiligen und auf Listen eintragen können, wenn sie bereit sind, kurzfristig Patienten zu übernehmen. Über die Homepage des BDO (www.bdo-ev.de/siehe Menü im FB Psychologische Beratung) wird ihnen hierfür auch Beratung durch Experten geboten.

Entscheidung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie

In seinem Gutachten vom 11. Dezember 2017 kommt der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) zu dem Ergebnis, dass die Humanistische Psychotherapie (HPT) nicht als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren gelten kann. Unter dem Dach der HPT waren von den antragstellenden Fachgesellschaften insgesamt 10 psychotherapeutische Ansätze zusammengefasst worden: Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Emotionsfokussierte (Einzel-)Therapie und Emotionsfokussierte Paartherapie, Psychodrama, Logotherapie, Existenzanalyse, Körperpsychotherapie, Pessu Boyden System Psychomotor, Integrative Therapie und Transaktionsanalyse.

Der WBP kommt zu dem Schluss, dass es sich bei der HPT nicht um ein psychotherapeutisches Verfahren nach dem Methodenpapier des Beirats handelt. Der Beirat konnte bei den 10 psychotherapeutischen Ansätzen zwar eine übergeordnete psychotherapeutische Grundorientierung feststellen. Für eine Anerkennung als Verfahren fehle es jedoch insbesondere an einer systematischen und differenzierten Vermittlung der 10 Ansätze in einer gemeinsamen Aus-, Fort- oder Weiterbildung. Auch mangle es der HPT an einem Konzept der differenziellen Indikationsstellung.

Für eine wissenschaftliche Anerkennung als Psychotherapieverfahren fehlten den 10 psychotherapeutischen Ansätzen darüber hinaus insbesondere den hohen Qualitätsstandards des WBP entsprechende Studien, die deren Wirksamkeit in dem Anwendungsbereich Angststörungen belegen. Vor diesem Hintergrund kommt der WBP in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass die HPT nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten empfohlen werden kann. Diese Entscheidung des WBP wurde von der AGHPT als antragstellende Fachgesellschaft kritisiert.

Praxis-Info „Medizinische Rehabilitation“

Mit der Befugnis, medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Menschen verordnen zu können, haben Psychotherapeuten nun – zusätzlich zur Möglichkeit, Soziotherapie und Krankentransport zu verordnen und ihre Patienten ins Krankenhaus einzuweisen – einen weiteren wichtigen Baustein an der Hand, um die Versorgung ihrer Patienten umfassender als vorher gestalten und koordinieren zu können.

Mit der neuen Befugnis können Psychotherapeuten jetzt erstmals bei Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eingeschränkt sind oder bei denen eine solche Beeinträchtigung droht, medizinische Rehabilitation verordnen. Eine Verordnung von psychosomatischer Rehabilitation für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie von Entwöhnungsbehandlungen, aber auch von Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation ist nun möglich, wenn die gesetzliche Krankenversicherung der Kostenträger ist.

Damit die neue Befugnis leichter umgesetzt werden kann, informiert die BPTK in der neuen Praxis-Info „Medizinische Rehabilitation“ umfassend und praxisnah darüber, was bei der Verordnung von medizinischer Rehabilitation zu beachten ist. Sie erläutert, unter welchen Voraussetzungen und bei welchen Patienten Psychotherapeuten eine medizinische Rehabilitation verordnen können und veranschaulicht Schritt für Schritt und anhand von Fallbeispielen, wie das Ordnungsformular auszufüllen ist. Darüber hinaus enthält die Praxis-Info hilfreiche Informationen über die rechtlichen und konzeptuellen Grundlagen der medizinischen Rehabilitation sowie ein Informationsblatt, welches Psychotherapeuten ihren Patienten aushändigen können.

Die Praxis-Info „Medizinische Rehabilitation“ wird Ende März 2018 auf der Homepage der BPTK veröffentlicht.

Die meisten empirischen Belege für eine Wirksamkeit lagen für die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen vor. Hier stellte der WBP die wissenschaftliche Anerkennung in 3 Anwendungsbereichen fest: bei affektiven Störungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie psychischen und sozialen Faktoren bei somatischen Erkrankungen. Dies reichte jedoch nicht aus, um die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie bei einem hinreichend breiten Spektrum von psychischen Erkrankungen festzustellen, wie es für die Empfehlung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erforderlich ist. Für die übrigen psychotherapeutischen Ansätze der HPT stellte der Beirat auf der Basis der aktuell verfügbaren Studien in keinem Anwendungsbereich die wissenschaftliche Anerkennung fest.

Für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen hat der WBP insgesamt

für keinen der psychotherapeutischen Ansätze die wissenschaftliche Anerkennung in einem der Anwendungsgebiete der Psychotherapie festgestellt.

Das vollständige Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der HPT ist unter folgendem Link abrufbar: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.141.142>

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 Regularien in der Versorgung werden immer umfassender und detaillierter. So müssen ab 1. April mit wenigen Ausnahmen alle Patienten vor einer psychotherapeutischen Behandlung in der Sprechstunde gesehen werden. Wird bei einem Patienten festgestellt, dass dringend eine Psychotherapie erforderlich ist, diese jedoch keinen Therapeuten für die Behandlung finden, soll künftig die Terminservicestelle auch probatorische Sitzungen vermitteln, was zur Folge hätte, dass nach der Probatorik i. d. R. auch ein Therapieplatz zur Verfügung gestellt werden müsste. Die KBV geht gegen diesen Beschluss gerichtlich vor, wobei offen ist, ob sie damit Erfolg haben wird.

Im Gegensatz zu den immer enger werdenden Regularien und Vorgaben durch den Gesetzgeber und die Selbstverwaltung ist die Selbsthilfe weniger strukturiert. Die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und der Selbsthilfe kann, so das Ergebnis unseres Gesprächs mit der LAG Selbsthilfe sicher deutlich verbessert werden. Sowohl Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Erkrankungen als auch deren Angehörige leisten einen zu wenig beachteten, jedoch wichtigen Beitrag zur Versorgung. Sowohl Betroffene als auch Angehörige können uns auf

Versorgungslücken und Versorgungsprobleme aufmerksam machen. Von ihrer Seite wird kritisch vorgetragen, dass für Patienten mit chronischen und schweren Krankheitsverläufen zu wenig Psychotherapie angeboten würde, was wir selbstkritisch ebenso sehen müssen. Untersuchungen belegen, dass die Behandlungsergebnisse mit psychotherapeutischer Behandlung stabiler sind und den Patienten so nachhaltiger geholfen werden kann. Wir sollten unseren Beitrag leisten, dass auch diese Patienten sowohl stationär als auch ambulant besser psychotherapeutisch versorgt werden.

Die Kammer wird sich mehr engagieren, um die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch mit der Selbsthilfe zu verbessern und um die Versorgung von Menschen mit chronischen und schweren Krankheitsverläufen zu verbessern. Hierzu brauchen wir auch Ihr Interesse und Ihr Engagement.

Ihr Kammervorstand

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

3. Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg 2018

Der Landeskongress Gesundheit hat sich seit seinem Debüt 2016 zu einer der wichtigsten Plattformen für die relevanten Akteure der Gesundheitsversorgung und -wirtschaft in Baden-Württemberg entwickelt. Zum Jahresauftakt fand der dritte Kongress am 26. Januar 2018 auf der Landesmesse Stuttgart unter dem Motto „Innovationen für Menschen – Zukunftsbranche Gesundheit“ statt.

Hochkarätige Referenten beleuchteten das Thema aus verschiedenen Perspektiven. Dem Grußwort der Landesregierung durch den Minister für Soziales und Integration, Manfred Lucha, folgte der Keynote-Vortrag von Prof. Dr. rer. nat. Reinhold Ewald, ESA-Astronaut und Professor für Astronautik und Raumstationen. Beim „Marktplatz der Ideen“ wur-



Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz im Gespräch mit Prof. Reinhold Ewald

den drei Konzepte für die nahe Zukunft des Gesundheitswesens vorgestellt. Eine Podiumsdiskussion zu „Innovationen im globalen Kontext“ und ein Referat zu Präzisions- und Big-Data-Medizin rundeten den Nachmittag ab.

Darüber hinaus setzte der Landeskongress Gesundheit auf Partizipation und Interaktion. Der Austausch zwischen den Institutionen im Gesundheitswesen wurde dabei durch den Einsatz modernster Kongresstechnik gefördert. Eine eigens für den Kongress entwickelte Software ermöglichte es den Teilnehmern, über ihre mobilen Endgeräte Fragen und Anmerkungen an die Referenten zu schicken. Neben vielfältigen Gelegenheiten zum Networking diente das World-Café-Format am Nachmittag zur Diskussion und Vertiefung. In sechs verschiedenen Foren, von denen eines von Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz geleitet wurde (siehe Bild), adres-



World-Café-Runde bei der Arbeit

sierte der Kongress wichtige Perspektiven der zukünftigen Gesundheitsbranche: vom Einfluss und Umgang mit der Digitalisierung über Veränderungen der Versorgungswege durch moderne Medizintechnik und Gesundheitswirtschaft bis hin zu innovativer Infrastruktur, Sicherstellung der Versorgungsqualität – die Teilnehmer der World-Café-Foren hatten die Wahl zwischen vielfältigen

Themen, die im interdisziplinären Kreis differenziert diskutiert wurden.

Eingeladen waren führende Kräfte aus dem Gesundheitswesen, z. B. aus Krankenhäusern, Verbänden/Organisationen, aus Sozialverwaltungen, Krankenkassen, Kommunen, Ministerien und Politik sowie aus der Gesundheitswirtschaft.

Psychotherapie und Selbsthilfe – Treffen mit der LAG Selbsthilfe sowie der LÄK und Verbändevertretern

Anfang Dezember trafen sich erstmals auf Landesebene Vertreter der Selbsthilfe mit dem Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer. Ausgangspunkt war die bereits im Juli zwischen der BPtK und der „Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen“ (NAKOS) vereinbarte verstärkte Zusammenarbeit zwischen Psychotherapie und Selbsthilfe. Selbsthilfekontaktstellen sind für Menschen mit psychischen Problemen oder Erkrankungen wichtige Anlaufstellen und Mittler zur professionellen Versorgung.

Der Vorsitzende des Vorstands der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Selbsthilfe und frühere erste Direktor der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Hubert Seiter sowie LAG-Geschäftsführer Frank Kissling wurden von Präsident Dr. Dietrich Munz im Namen des Kammervorstandes begrüßt. Thematisiert wurden die möglichen Schnittstellen zwischen Psychotherapie und Selbsthilfe und Aspekte einer künftigen intensi-



v. l. n. r.: Hubert Seiter, Dr. Dietrich Munz und Frank Kissling

veren Zusammenarbeit. Nach Einführung der neuen Psychotherapierichtlinien und der damit einhergehenden psychotherapeutischen Sprechstunden befürchteten die LAG-Vertreter eine Überbrückung von Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz, wofür die Selbsthilfe nicht da bzw. auch nicht kompetent genug sei. Klar wurde, dass viele Schnittstellen und

Möglichkeiten der Zusammenarbeit nicht ausgeschöpft werden, u. a. auch weil beidseitig zu wenige Informationen dazu vorhanden seien. Als ein erster Schritt zu einer besseren Verzahnung soll eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung konzipiert und durchgeführt werden. Hierzu wurde bereits im Februar ein zweites Treffen durchgeführt, zu dem auch

der Präsident der Landesärztekammer, Dr. Ulrich Clever sowie die Vertreter vom Landesverband Psychiatrie Erfahrener (LVPEBW) und dem Landesverband der

Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (LVBWAPK) hinzukamen. In diesem wurde vereinbart, im Herbst 2018 eine solche erste Fortbildungsver-

anstaltung durchzuführen. Es wird dazu auf der Webseite der LPK BW sowie im Psychotherapeutenjournal weiter berichtet werden.

Studie zur Kostenerstattung von Psychotherapie nach § 13 Abs. 3 SGB V

In einer von den PT-Kammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein konzipierten und im Februar 2018 gestarteten und bis Mitte/Ende März laufenden bundesweiten Befra-

gung wurde die derzeitige psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der Kostenerstattung erfasst. Mit Einführung der neuen Psychotherapierichtlinie wurde diese Form der Finanzierung von Psychotherapie deutlich eingeschränkt.

Ziel der Studie ist es, den aktuellen Stand zu dokumentieren bzw. mit der Situation vor der Einführung der neuen Psychotherapierichtlinie zu vergleichen. Die Ergebnisse werden etwa Mitte des Jahres zur Verfügung stehen.

Veranstaltungen

LPK-Fachtag „Flucht und Trauma – Psychotherapie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen“ am 9. Juni 2018, 13-17 Uhr in Stuttgart, Hotel Maritim. Bei der von Mitgliedern des KJP-Ausschusses der LPK Baden-Württemberg moderierten Tagung spricht u. a. Prof. Jan Kizilhan, der durch seine psychotherapeutische Arbeit mit jesischen Frauen, die dem IS entkamen, bundesweit bekannt geworden ist. Bei unserem zweiten Fachtag zu diesem Thema soll der Schwerpunkt der Vorträge auf der konkreten psychotherapeutischen Arbeit liegen und Anregungen geben bzw. Wege aufzeichnen, wie diese häufig traumatisierten Patienten verstanden werden können, wie der Zugang zu ihren seelischen Verletzungen geöffnet und die psychotherapeutische Arbeit möglich wird. Anliegen der LPK ist es, mit diesem Fortbildungsangebot Interesse an der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit

traumatischer Fluchterfahrung zu wecken. Es können **4 Fortbildungspunkte** erworben werden.

„Psychotherapie in Institutionen – Herausforderungen und Perspektiven“. Zu diesem Thema veranstaltet die LPK am 29. Juni 2018 in Stuttgart-Vaihingen einen Landespsychotherapeutentag. Vormittags werden zentrale Themen dieses Arbeitsfeldes im Fokus stehen: Dr. Dietrich Munz wird mit einer Einführung in die Thematik beginnen, bevor sich die weiteren Beiträge mit tarif- und berufsrechtlichen Fragestellungen beschäftigen werden. Nachmittags werden parallele Workshops zu wichtigen Arbeitsfeldern stationärer und teilstationärer Versorgung in Psychiatrie, Psychosomatik, Reha und Jugendhilfe angeboten. Weitere Infos finden Sie demnächst auf www.lpk-bw.de.

Landespsychiatrietag Baden-Württemberg am 21. Juli 2018, Hospitalhof

Stuttgart. Bei der größten psychiatriepolitischen Plattform im Land sind vor allem Angehörige und Betroffene aktiv beteiligt (<https://landespsychiatrietag-bw.de>). Gegründet wurde diese Tagung von Angehörigen psychisch Kranker und Psychiatrie-Erfahrener. Erstmals war auch die LPK eingeladen, aktiv in Planung und Gestaltung mitzuarbeiten.

Die Kammer wird eines der Foren am Nachmittag zum Thema „Psychotherapie bei Psychosen – geht das überhaupt?“ moderieren. Dabei wird Prof. Klingberg einen praxisbezogenen Einblick geben, unterstützt von psychotherapieerfahrenen Betroffenen, Angehörigen und gemeindepsychiatrischen Experten. Der Blick wird hierbei auch auf die Erfahrungen mit den neuen Psychotherapierichtlinien gerichtet sein. Die Veranstaltung ist mit **6 Fortbildungspunkten** zertifiziert.

Wahl zur 5. Vertreterversammlung, Oktober/November 2018 – Ankündigung

Im Oktober/November 2018 werden die Wahlen zur Fünften Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg stattfinden. Über die Einzelheiten, beispielsweise die Zeiten zur Einreichung

der Wahlvorschläge und zur Abgabe der Stimme, werden wir Sie im nächsten PTJ sowie mit Wahlrundschreiben und auf der Homepage der Kammer noch vor den Sommerferien informieren.

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

31. Delegiertenversammlung

Am 30.11.2017 fand die 31. Delegiertenversammlung in München statt. Dabei handelte es sich um die zweite Versammlung der bayerischen Delegierten in der neuen Wahlperiode. Eines der zentralen Themen war daher die Vorstellung und die Debatte über die Ziele, Konzepte und die Setzung von Themenschwerpunkten für diese Periode. Ein weiterer Fokus lag auf der Wahl der Ausschüsse und Kommissionen sowie dem Themenbereich Finanzen.

Präsident Nikolaus Melcop erläuterte in dem Bericht des Vorstands, dass die Kammer weiterhin sowohl die stetige Verbesserung der Bedingungen für psychisch gesundes Aufwachsen und Leben sowie der psychotherapeutischen Versorgung anstrebe als auch die Interessenvertretung des Berufsstandes wahrnehme. Die Kammer und die Psychotherapeuten sollten darüber hinaus auch die gravierenden gesellschaftlichen Wandlungsprozesse aus psychotherapeutischer Sicht und vor dem Hintergrund der Berufsethik aktiv begleiten. Er regte hierzu eine breite

Diskussion unter den Delegierten und Mitgliedern an.

Melcop stellte die **Aktivitäten begleitend zur Bundestagswahl und der Regierungsbildung** dar: Durch häufigen Kontakt zu Vertretern der Politik, Gespräche sowie Schreiben mit ausführlichen Informationen soll erreicht werden, dass die Forderungen der Kammern und der Psychotherapeuten in einen möglichen Koalitionsvertrag aufgenommen werden. Ausführlich ging er dabei auf die Forderung einer **Reform der Aus- und Weiterbildung** in der anstehenden Legislaturperiode ein. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat zur Reform der Aus- und Weiterbildung einen Arbeitsentwurf für ein neues Psychotherapeutengesetz veröffentlicht. Melcop informierte über die Stellungnahme der BPtK dazu, welche in enger Abstimmung mit den Landespsychotherapeutenkammern und unter Berücksichtigung von Bewertungen der Ausschüsse und Verbände entwickelt wurde.

Einen weiteren wichtigen Punkt des Vorstandsberichts stellte das Thema **Internet und Psychotherapie** dar. Unverzichtbar sei in diesem Bereich die kritische Reflexion von Auswirkungen des Internets und der neuen Medien auf die Gesellschaft und die einzelnen Menschen aus psychotherapeutischer Sicht. Melcop plädierte dafür, dass internetgestützte Behandlungsangebote zur Qualitätssicherung durch den G-BA als Medizinprodukte geprüft und zugelassen werden müssen.

Bezüglich der **Vergütung von Niedergelassenen** (mit KV-Zulassung) berichtete Melcop über die Urteile des Bundessozialgerichts (BSG), welche die Psychotherapiehonorare auf niedrigem Niveau festschreiben. Hier sei eine strukturelle Analyse und anschließende Positionierung sowie Einflussnahme vonnöten.

Des Weiteren erläuterte Melcop vier bedeutende Ziele der **Psychotherapeuten in Kliniken**: Mit verbindlichen Personalforderungen und leitlinienorientierter Psychotherapie in den Kliniken soll eine strukturelle Verankerung von Psychotherapie und damit auch eine bessere Stellung von Psychotherapeuten in Kliniken erreicht werden. Weitere wichtige Ziele sind die Anpassung der Rahmenbedingungen für Leitungsfunktionen sowie eine angemessene Vergütung. Nicht zuletzt müssen die Bedingungen für Ausbildungsteilnehmer im stationären Bereich dringend verbessert werden.

Anschließend informierte Melcop über den aktuellen Stand der **Entwicklung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG)** in Bayern. Dieses hat die Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke Menschen und die Novellierung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung zum Ziel. Die veröffentlichten Eckpunkte des künftigen PsychKHG sprechen jedoch eine andere Sprache als die im Runden Tisch entwickelten Anregungen, an denen auch die PTK Bayern mitwirkte. Neben begrüßenswerten Planungen zur Verbesserung der Krisenversorgung liege der Fokus



Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop präsentiert den Vorstandsbericht. (Foto: Hiller)

des Gesetzentwurfs bisher mehr auf der öffentlichen Sicherheit als auf der Unterstützung der Betroffenen. Die PTK Bayern habe sich dazu in einer schriftlichen Stellungnahme und in einem Fachgespräch im Bayerischen Landtag kritisch geäußert.

Vorstandsmitglied Birgit Gorgas ergänzte den Vorstandsbericht um aktuelle Informationen aus der Bund-Länder-AG zur **Repräsentanz von Frauen in den Gremien** der BPtK.



Vorstandsmitglied Birgit Gorgas sprach über das Thema Frauen in Gremien und Gleichstellung. (Foto: Hiller)

Weitere Berichte

Es wurde aus der **Kommission für Psychotherapie in Institutionen** berichtet. Anschließend informierten die satzungsgemäßen Gäste der **Hochschulen**, der **Ausbildungsinstitute** sowie der **Ausbildungsteilnehmer Psychotherapie** über ihre Tätigkeit.

Jahresabschluss 2016, Haushaltsplan 2018 und weitere Beschlüsse

Vizepräsident Peter Lehndorfer präsentierte die Daten und Fakten des Jahresabschlusses 2016. Die Delegierten nahmen den Jahresabschluss 2016 einstimmig an und entlasteten den Vorstand sowie die Geschäftsführung.

Anschließend wurde den Delegierten durch Peter Lehndorfer der Haushaltsplan 2018 und die Finanzprognose für die Jahre 2018 bis 2022 erläutert. Außerdem trug Lehndorfer die Vorschläge zur Änderung der Beitragsordnung sowie der Entschädigungs- und Reise-



Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte die Zahlen und Fakten des Jahresabschlusses 2016 und präsentierte den Haushaltsplan 2018. (Foto: Hiller)

kostenordnung vor. Nach gründlicher und engagierter Diskussion nahm die Delegiertenversammlung die Änderungen der Beitragsordnung sowie der Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ERO) und den Haushaltsplan 2018 mit großer Mehrheit an.

Einrichtung und Wahl der Ausschüsse und Kommissionen der 4. Amtsperiode

Die Delegierten unterstützten die Schwerpunktsetzungen des in der letzten Delegiertenversammlung gewählten Vorstandes. Sie beschlossen auf seinen Vorschlag hin erstmalig die Einrichtung eines **Ausschusses Öffentliche Gesundheitspflege** mit der Aufgabe, Bereiche zu identifizieren, in

denen Mitglieder der Profession in relevanten gesellschaftlichen Bereichen aktiv zur Gestaltung von Lebensbedingungen beitragen können, die psychische Gesundheit der Bevölkerung befördern oder bestehende Gefährdungen mildern oder beheben und dazu entsprechende Projekte vorzuschlagen. Neu eingerichtet wurde auch ein **Ausschuss zur Versorgung besonderer Zielgruppen**, der Patientengruppen mit besonderen Bedürfnissen identifizieren und erarbeiten soll, wie diese stärker in der psychotherapeutischen Versorgung berücksichtigt werden können. Ebenfalls neu beschlossen wurde eine **Gleichstellungskommission**. Die Kommission soll unter anderem Barrieren für unterrepräsentierte Gruppen identifizieren und Maßnahmen für eine Gleichstellung erarbeiten. Die Delegierten begrüßten die Aufgabenstellung für die neuen Gremien sowie die vom Vorstand angestrebte weitere Stärkung der demokratischen Selbstverwaltungsstruktur.

Des Weiteren wurde die erneute Einrichtung der **Ausschüsse Einsprüche, Fortbildung, Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern** sowie der **Kommission Angestellte Psychotherapeuten** entschieden und deren Mitglieder gewählt bzw. vorgeschlagen.



Die Delegiertenversammlung stimmt über den Haushaltsbericht und die Entlastung des Vorstands sowie der Geschäftsführung ab. (Foto: Hiller)

Erfolgreiche Veranstaltung „Psychotherapie mit (ehemaligen) Straftäter/innen“



Die Referentin und Referenten gaben Informationen zur Psychotherapie mit Straftätern (v. l.): Dr. Willi Pecher, Vorstandsmitglied Dr. Heiner Vogel, Andreas Maltry, Dr. Claudia Gross und Dr. Christian Hartl. (Foto: Sarubin)

Die PTK Bayern veranstaltete im Dezember 2017 eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Psychotherapie

mit (ehemaligen) Straftäter/innen“. Vor dem Hintergrund, dass der erhebliche Bedarf an psychotherapeutischer Be-

handlung von ehemaligen Straftätern bei weitem nicht gedeckt werden kann, wollte die PTK Bayern Psychotherapeuten für diese Arbeit motivieren und nützliche Informationen zu diesem Themenkomplex bieten. Die angemessene psychotherapeutische Versorgung ist auch wegen der angestrebten Rückfallprophylaxe von erheblicher gesellschaftlicher Bedeutung. In Bayern gibt es psychotherapeutische Fachambulanzen für Gewalt- und Sexualstraftäter in München, Würzburg und Nürnberg.

Die Veranstaltung bot den Teilnehmern umfassende Auskunft zur Behandlung von Straftätern, zu den juristischen Rahmenbedingungen sowie konkrete Hinweise zu psychotherapeutischen Interventionen. In Workshops wurde zudem die psychotherapeutische Arbeit mit (ehemaligen) Straftätern in einen praxisorientierten Fokus gestellt, in denen die Teilnehmenden auch eigene Fragen mit einbringen konnten.

Investigativer Journalist Hans Leyendecker erhält den Ehrenpreis 2017 des Verbands Freier Berufe in Bayern e. V.

Der Verband Freier Berufe in Bayern e. V. verleiht jährlich einen Ehrenpreis an herausragende Persönlichkeiten des Zeitgeschehens, die in ihrer Arbeit und ihrem Wirken die Werte der Freien Berufe verkörpern und sich in besonderer Weise für das Gemeinwohl und die Gesellschaft einsetzen. Der Ehrenpreis 2017 wurde Ende letzten Jahres an den Journalisten Hans Leyendecker vergeben. Der ehemalige Redakteur der Süddeutschen Zeitung hat den investigativen Journalismus in Deutschland stark geprägt. Leyendecker hatte unter anderem an den erst kürzlich veröffentlichten Paradise-Papers mitgearbeitet. Der Laudator Christian Ude, ehemaliger Oberbürgermeister von München, lobte Leyendeckers qualitativ hochwertige und sorgfältige Arbeit.



Ehrenpreisträger Hans Leyendecker (Bildmitte) wird die Auszeichnung von VFB-Präsident Michael Schwarz (links) und Christian Ude (rechts) überreicht. (Foto: Nover/VFB)

Kurznachrichten

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervereine teilgenommen haben: Neujahrsempfang der bayerischen Staatskanzlei am 12.01.18; 3. Sitzung des Steering Board der BPtK „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ am 12.01.18; Treffen bzgl. des Gesetzgebungsprozesses zum bayerischen PsychKHG am 16.01.18; 1. Sitzung der BPtK Kommission Berufrechtliche Regelungen – Internet in der Psychotherapie am 17.01.18; Diskussionsrunde der Bayern-SPD „Ist unser Gesundheitssystem gerecht?“ am 19.01.18; BPtK-Fachtagung Pharmakotherapeutische Kompetenzen von Psychotherapeuten: Anforderungen an die Reform der Psychotherapeutenausbildung am 25.01.18; Jubiläumsfeier der Bayerischen Zahnärztekammer am 25.01.18; Berufsrechtskonferenz der Landespsychotherapeutenkammern am 26.01.18; Austauschrunde Telemedizin am 30.01.18; Jährliches Treffen mit dem Referat Psychiatrie, Sucht, Drogen und AIDS des Bayer. Gesundheitsministeriums am 01.02.18; Themen- und Erfahrungsaustausch mit der Regierung von Oberbayern am 08.02.18; 19. Sitzung des Landesgesundheitsrates am 19.02.18; BPtK-Workshop: Leitlinienentwicklung im Bereich psychischer Erkrankungen – Mitwirkungs-

möglichkeiten der Psychotherapeuten am 21.02.18; BPtK Forensik-AG am 23.02.18; AK Seelische Gesundheit Kinder und Jugendliche am 28.02.18; Bayerischer BKK-Tag 2018 am 05.03.18; Round Table Bayern „Psychotherapie und Selbsthilfe“ am 14.03.18.

Bevorstehende Veranstaltungen in 2018

17. Suchtforum: „Grundfragen der medizinischen Verwendung von Cannabis“ in Kooperation mit der BAS, BLÄK und BLAK. 1. Termin: **11.04.18** in München, 2. Termin: **07.11.18** in Nürnberg.

Berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Termin: **30.06.18** in München.

Fortbildung für die psychoonkologische Praxis. Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **28. und 29.09.18** in München.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen: Schmerz-Syndrome und Diabetes. Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **13.10.18** in Nürnberg.

Psychotherapie in der Palliativversorgung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Herausforderungen und Möglichkeiten für Psychotherapeut/innen. Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **20.10.18** in München.

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

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern.

Geschäftsstelle

Birketweg 30
80639 München
Post: Postfach 151506
80049 München
Tel.: 089/51 55 55 -0; Fax: -25
Mo–Fr 09:00–13:00 Uhr,
Di–Do 14:00–15:30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Der neue Vorstand stellt sich vor

Im Oktober vergangenen Jahres wählten die Delegierten der PTK Berlin aus ihrer Mitte einen neuen Vorstand.

Seine Mitglieder begleiten die Gremien, wie z. B. die von den Delegierten gebildeten Ausschüsse (Versorgung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung/Wissenschaft/Forschung, Berufsordnung, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Satzung, Finanzen), die Kommissionen (die zeitlich begrenzt eine über die Ausschussarbeit hinausgehende Frage- und Aufgabenstellung bearbeiten) und auch die Arbeitskreise und Arbeitsgemeinschaften (z. B. „Psychotherapie mit Älteren“, „Psychotherapie mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen/Lernschwierigkeiten“, „AG der Berliner Leistungserbringer von Psychotherapie in der Jugendhilfe“, „AG Kostenerstattung“). Durch die AKs und AGs können Kammermitglieder spezielle Fragestellungen und Probleme erarbeiten, sich austauschen und die Ergebnisse an die o. g. Ausschüsse und den Vorstand herantragen.

Gesundheitspolitik auf Bundes- und Landesebene

In der Gesundheitspolitik auf Bundes- und Landesebene sind die Mitglieder des Vorstandes vertreten in den Ausschüssen und Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer wie z. B. im Projekt „Transition“, das die Ausbildungsreform fachlich begleitet, in den Ausschüssen „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“, „Finanzen“ oder „Psychotherapie und elektronische Medien“. In den Berliner Gremien, wie z. B. dem „Landesbeirat für seelische Gesundheit“, arbeiten wir z. B. mit in Unterarbeitsgruppen zur „Klinischen Versorgung psychisch erkrankter Erwachsener“, „Kinder- und Jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung“, ebenso sind wir

im Landesgremium § 90a vertreten. Gemeinsam ist uns die Ausrichtung auf die inhaltliche Arbeit, das Zusammentragen des jeweiligen Fachwissens, der Erfahrungen und Expertisen.

Natürlich planen wir auch wieder Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für alle Mitglieder, bei welchen wir auch persönlich mit Ihnen ins Gespräch kommen können.

i. A. Dorothee Hillenbrand
Vizepräsidentin

Michael Krenz

Als Präsident obliegt mir die politische und fachliche Repräsentanz aller approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Berlins in Gremien auf Bundes- und Landesebene sowie in der Kammer. Eine verbindliche Grundlage meiner Tätigkeit sind die Beschlüsse der Delegiertenversammlung und des Vorstandes. Die Überwachung, Umsetzung und auch die Vorbereitung dieser Beschlüsse erfolgt zusammen mit unserer Geschäftsführerin, Frau Kemper-Bürger, und der Geschäftsstelle der Kammer.



Die Vertretung der Kammer vor Gerichten, die Berufs- und Fachaufsicht, die weitere Konzeptionalisierung und Förderung der Entwicklung der Psychotherapie und unseres Berufsstandes als Freier Beruf sind weitere wesentliche Aufgaben.

Dorothee Hillenbrand



Als Vizepräsidentin der PTK Berlin bin ich im Vorstand zuständig für die Finanzen, die Redaktion und mehrere AKs. Arbeitsschwerpunkte sind weiterhin die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von spezifischen Patientengruppen wie Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf, Menschen mit Migrationshintergrund, traumatisierten Menschen mit Fluchthintergrund und Menschen mit Behinderungen. Diese Arbeit kann in zahlreichen Arbeitsfeldern und nicht nur im SGB V umgesetzt werden – in der reformierten Psychotherapeutenausbildung müssen diese Bereiche stärker berücksichtigt werden.

Doreen Röseler

Als Vorstandsmitglied bin ich für alle Themen im Bereich Berufsordnung und Ethik zuständig. Auch in dieser Legislatur möchte ich mich für



die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen engagieren. Unterstützen möchte ich die Diskussion um innovative, gerechte und flexible Versorgungsmöglichkeiten in unserem Berufsstand. Eine Diskussion, die aus meiner Sicht nur generationen- und verfahrensübergreifend geführt werden kann. Weiterhin möchte ich die Umsetzung der Fortbildungsrichtlinie zur Sachverständigentätigkeit voranbringen, um so Kompetenzen in diesem Berufsfeld sichtbar zu machen und zu einer qualitätsgesicherten Vernetzung zwischen den sachverständigen Kollegen, den Betroffenen und den Behörden beitragen zu können.

Götz Saecker



Ich bin PP und KJP und im Vorstand zuständig für Aus-, Fort- und Weiterbildung, Neuapprobierte und PiA. Als integrativer Verhaltenstherapeut möchte ich dazu beitragen, dass die PTK als verbindend und hilfreich für alle Kammermitglieder wahrgenommen werden kann.

Es gilt, die Selbstverwaltung der approbierten PP/KJP zu stärken, um die Arbeitsgrundlage der Kollegenschaft selbst zu bestimmen. Wichtig sind für mich die Verbesserung der Ausbildung, die Regelung der Zugangsvoraussetzungen sowie der Erhalt der ambulanten praktischen Ausbildung.

Eva Schweitzer-Köhn



Im Vorstand der PTK Berlin bin ich zuständig für Qualitätssicherung, Datenschutz und die Themen rund um das SGB V. Für die Qualität der Berufsausübung zu sorgen, ist eine gesetzliche Aufgabe der Kammer. Ich setze mich dafür ein, dass die Verfahren zur Qualitätssicherung für die Praxis machbar sein werden, dass sie dem therapeutischen Prozess nützen und nicht schaden. Natürlich möchte ich auch die Zukunft unseres Berufes mitgestalten: Die Psychotherapeutenausbildung muss reformiert werden. Dabei soll die Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahren berücksichtigt und weiterentwickelt werden.

Ute Meybohm

Ich bin zuständig für Angestellte, psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im komplementären Bereich, Behinderte und Inklusion sowie Psych-Info. Mein Anliegen ist die Psychotherapie in der institutionellen Versorgung zu stärken und feldspezifische Netzwerke aufzubauen, um den fachlichen und berufspolitischen Austausch unter Kammermitgliedern zu verbessern. Ich werde mich für die Verfahrens- und Methodenvielfalt inkl. der Systemischen und Humanistischen



Psychotherapie einsetzen sowie für die Gleichstellung von Psychotherapeuten und Fachärzten in Bezahlung und Leitungskompetenzen. Die Vorstandsarbeit verstehe ich als Teamarbeit auf Augenhöhe mit Transparenz gegenüber Delegierten und Mitgliedern.

Lieselotte Hesberg



Im Vorstand vertrete ich die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In dieser Legislatur habe ich mir u. a. zusammen mit der Liste für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Verbesserung der therapeutischen Versorgung für Jugendliche und junge Erwachsene im Übergang zur Volljährigkeit und über das 21. Lebensjahr hinaus vorgenommen. Brüche in Schule, Jugendhilfe und in der Therapie sind an diesen Altersschwellen noch immer viel zu häufig. Auch der besondere Fokus für Kinder- und Jugendlichentherapeuten in der anstehenden Ausbildungsreform sowie in der Bedarfsplanung sind mir wichtig.

Alfred Luttermann

Ich bin zuständig für den Ausschuss Versorgung. Als Vorstandsmitglied möchte ich mich für den Erhalt von Kassensitzen, eine versorgungsrelevante Bedarfsplanung und die Verbesserung der Kooperation ambulanter, stationärer und institutioneller Psychotherapie einsetzen.



Als Ausbildungsleiter koordiniere ich auch zukünftig die Zusammenarbeit mit der AG Berliner ABZs und trete für einen hohen fachlichen Standard in dem geplanten Psychotherapiestudium ein. In die zukünftige Weiterbildungsordnung sollten Erfahrungen aus der bisherigen Ausbildung und Versorgungsaspekte einfließen, die sich aus der Reform der neuen Psychotherapie-Richtlinie ergeben.

Lost in integration!? Ein Präventionsprojekt der PTK Berlin für Spanisch oder Portugiesisch sprechende Zugewanderte

„Wissen Sie was eine Kostenzusageübernahmeerklärung ist?“ Vermutlich so ungefähr. Aber Juan weiß es nicht! Dabei ist er schon seit drei Jahren in Berlin und kann relativ gut Deutsch. Er ist 33 Jahre alt und Architekt aus Valencia. Als die Finanzkrise Spanien erreichte, verlor er seine Arbeit und musste sich eine Zeit lang mit Jobs als Bauzeichner über Wasser halten – bis er beschloss, sein Glück in Deutschland zu versuchen. In Berlin lebt seine Cousine, die mit einem deutschen Mann verheiratet ist. Anfangs wohnte er dort, jetzt lebt er in einer WG. Er arbeitet bei einer Mietwagenfirma in der er die Autos hin und her fährt. Vor zwei Wochen musste er nachts mit starkem Herzrasen in die Notaufnahme und dort drei Stunden lang alleine auf die Behandlung warten. Die Diagnose ergab, dass es eine Panikattacke war. Juan fühlt sich verloren und wird zunehmend ängstlich und depressiv.

Was ist geschehen? Juan ergeht es wie Millionen von Zuwanderern, die in einem fremden Land zurechtkommen müssen. **Ein Leben in der Fremde ist immer ein Verlust des Selbstverständlichen und Vertrauten.** Die Codes und Regeln der Aufnahmegesellschaft sind oft undurchschaubar. **Vieles ist unbekannt und das Dasein wird häufig als Kampf und Anstrengung empfunden.** Wie ein Kind müssen erwachsene Migranten ertasten, wie das neue soziale Miteinander funktioniert, nur dass sie sich dabei häufig ausge-

schlossen und dumm fühlen. Die Unkenntnis der Wirkung von Gesten, Blickkontakten, Lautstärke oder Zeichen können zu großen Missverständnissen führen und immense Scham erzeugen. Das beschädigt das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen. Wenn das Leben im Aufnahmeland zusätzlich mit einem deutlichen Statusverlust einhergeht und das Beherrschen der neuen Sprache fast unmöglich ist (Deutsch ist sehr schwer zu erlernen!), ist die Verzweiflung nah.

Insgesamt ist zu beobachten, dass internationale Migration in unserer Gesellschaft ein zunehmend wichtiges Thema ist. Schätzungsweise 36.000 Menschen mit spanischer oder portugiesischer Muttersprache leben allein in Berlin (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 02/15). Neben der iberischen Halbinsel gehören auch die Länder Süd- und Mittelamerikas sowie Angola und Mozambique dazu. In den letzten Jahren sind sehr viele Zugewanderte aus Spanien und Portugal aufgrund der wirtschaftlichen Krisen in diesen Ländern hinzugekommen. Allerdings scheinen in der öffentlichen Debatte psychische Aspekte der Migration bisher keine große Rolle zu spielen. Eine soziale Integration der zugewanderten Menschen kann aber ohne Berücksichtigung dieser Probleme nur schwer gelingen.

In der Fremde entfremden sich Menschen häufig von sich selbst. Sie emp-



(Monica Zanet/toonpool.com)

LOST IN INTEGRATION!?

finden sich nicht mehr als dieselbe Person, die sie einmal waren. **„Wenn du all das verlässt, was zu dir gehört, verlässt du fast dich selbst“**, sagte der ungarische Schriftsteller György Konrad, der 1944 vor den Nationalsozialisten flüchten musste.

Dieser Identitätsverlust ist eine große emotionale Verunsicherung. Daher liegt das Risiko, psychisch zu erkranken, in der Gruppe der Immigranten etwa 60 % höher als bei der einheimischen Bevölkerung (BPtK Pressemitteilung, 06.10.2010). Das macht sie besonders verwundbar. Die Schwierigkeiten werden von den

Betroffenen und auch von der Aufnahmegesellschaft fast immer als persönliches Versagen angesehen. Damit beginnt zumeist eine unheilvolle Dynamik, die in einer psychischen Erkrankung münden kann, welche vermeidbar wäre, wenn die Betroffenen vorbereitet und begleitet würden.

Die Geschichte

Im Jahr 2015 gründeten wir an der Psychotherapeutenkammer Berlin eine Arbeitsgruppe Spanisch und Portugiesisch sprechender Psychotherapeuten. Aufgrund der hohen und in den letzten Jahren stark angewachsenen Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung bei Zuwanderern mit diesen Muttersprachen fühlten wir uns stark belastet. Es erschien uns daher notwendig, nach anderen Möglichkeiten der Unterstützung für diese Menschen zu suchen, und zwar **bevor** die strukturellen Belastungen durch den Migrationsprozess beim Einzelnen zu einer psychischen und/oder körperlichen Erkrankung führen.

Das Konzept

In dem von uns entwickelten Präventionsangebot bieten wir **muttersprachlich angeleitete Gesprächsgruppen** an, in denen die Probleme der Migration bearbeitet werden. Dies erscheint uns aus fachlicher Sicht geeignet, entlastend, stärkend und damit präventiv zu wirken. **Die Gesprächsgruppen sind für acht bis zwölf Teilnehmer konzipiert und umfassen jeweils acht Doppelstunden und eine Einzelstunde pro Teilnehmer.** Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgt über kurze Telefoninterviews. Die Gruppen werden von jeweils zwei Psychotherapeutinnen bzw. Psychologinnen mit Gruppentherapieerfahrung geleitet, die selbst einen Migrationshintergrund aus dem genannten Sprachraum haben. Diese Kolleginnen überwinden damit nicht nur die Sprachbarriere, sondern sie erhöhen auch die Akzeptanz der Teilnehmenden. Das ist ein wesentlicher Punkt, an dem die Arbeit mit Migranten häufig scheitert. Gehören die Gruppenleiter zur Aufnahmegesellschaft,

erscheint vielen das Gefühl der Fremdheit weiterhin unüberwindbar und die gegenseitigen Ressentiments bestätigen sich häufig aufs Neue. Interkulturelle Gruppenleiter kennen sich mit den Problemen und Dynamiken des Migrationsprozesses aus, da sie diese auch oft selbst erlebt haben. Damit wirken sie in ihrer Rolle als Modell dafür, dass die Schwierigkeiten überwunden werden können und wie die Einwanderung in ein fremdes Land auch als stärkend empfunden und als Chance gelebt werden kann.

Jedes der acht Module hat ein Thema

Zu den Inhalten gehört beispielsweise die Migrationsgeschichte, das Thema Migrationstrauer und Akkulturation, Interkulturelle Kompetenz, aber auch Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung.

Die Kolleginnen führen mit unterschiedlichen Methoden (Rollenspiele, Arbeit in Kleingruppen, kreative Angebote) in das Thema ein und stellen eine möglichst offene Gesprächsatmosphäre her. Die Teilnehmenden werden ermuntert, in der Gruppe frei über ihre Erlebnisse und Erfahrungen zu sprechen. Das Sprechen ermöglicht nicht nur die Abreaktion der Gefühle, sondern auch eine Umdeutung und Umgestaltung der Geschehnisse sowie die Verlust- und Trauerarbeit. Je nach Zusammensetzung der Gruppe müssen die Gruppenleiterinnen aktiver (Fokus Psychoedukation) oder passiver (Fokus Gruppendynamik) agieren. Die Doppelstunden sollen immer angenehm ausklingen, weshalb die Teilnehmer Entspannungsübungen kennenlernen, sich in Achtsamkeit üben oder ein Genustraining erleben. In den Einzelstunden können die Gruppenleiterinnen spezifischer auf die jeweilige Person eingehen und etwa Fragen ansprechen, die in der Gruppe schamvoll verborgen wurden.

In der **DAK-Gesundheit** fanden wir einen aufgeschlossenen Partner, der bereit war, unser Modellvorhaben im Rahmen des Präventionsauftrags der Krankenkassen über zwei Jahre zu fi-

nanzieren. **Die Teilnahme ist daher kostenlos.** Ein Psychologiestudent aus Mexiko wird das Projekt im Rahmen seiner Masterarbeit, betreut durch Prof. Lutz Wittmann von der IPU Berlin, evaluieren.

Anfang Januar haben wir begonnen, für das Projekt zu werben. Dies zum einen über die psychotherapeutischen Sprechstunden der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Berlin, über Spanisch oder Portugiesisch sprechende Haus- und Fachärzte sowie über die Botschaften der jeweiligen Herkunftsländer. Angesprochen wurden auch die entsprechenden Frauenberatungsstellen, die Migrationsberatungsstellen der Wohlfahrtsverbände sowie Kirchengemeinden und Vereine, zu welchen der Arbeitskreis teilweise sehr gute Kontakte und Kooperationen (z. B. Verein „Xochicuicat!“ für Frauen aus Lateinamerika) unterhält. Auch die sozialen Netzwerke werden mit einbezogen. Bereits jetzt, Ende Januar, haben sich schon zahlreiche Interessenten bei uns gemeldet, so dass wir offenbar auf dem richtigen Weg sind und die limitierten Plätze bald gefüllt sein werden!

Vielleicht wird sich Juan bald etwas besser fühlen, weil er gelernt hat, seine fremde Umwelt und sich selbst besser zu verstehen. Wir werden berichten!

Kontakt

herdia@psychotherapeutenkammer-berlin.de
isaac-candeias@psychotherapeutenkammer-berlin.de
Tel.: 0176/47 32 50 06 (spanisch)
Tel.: 0176/47 13 32 73 (portugiesisch)

Geschäftsstelle

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

Krankenhauseinweisung durch Psychotherapeuten: Wann, wie, wohin in Bremen?

Seit Juni 2017 können Psychologische Psychotherapeuten Patienten im Notfall, aber auch geplant zur stationären Behandlung in Kliniken überweisen. Um Unsicherheiten in Bezug auf diese Befugnis zu beseitigen, aber auch um die Kooperation zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu verbessern, hatte die Kammer am 26.01.2018 zu einem Workshop „Krankenhauseinweisung“ eingeladen. Mit etwa 90 angemeldeten Teilnehmern war die Veranstaltung überaus gut besucht.

Bremer Kliniken im Fokus

Vorstandsmitglied Wiebke Rappen stellte zunächst noch einmal die gesetzlichen Rahmenbedingungen und das formale Vorgehen bei der Einweisung ins Krankenhaus vor. Ein erster Schwerpunkt der Veranstaltung lag im Anschluss auf der Vorstellung verschiede-

ner Bremer Kliniken und ihrer Angebote für psychisch kranke Menschen. Als Vertreter der Kliniken waren Professor Dr. Uwe Gonther (AMEOS Klinikum Dr. Heines), PD Dr. Olaf Kuhnigk (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Bremen Ost), Dr. Dr. Peter Bagus (Klinikum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Klinikum Bremen Ost) sowie Dr. Martin Bührig (Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Bremen Nord) gekommen.

In prägnanten Kurzreferaten erläuterten die Klinikärzte, welche Patientengruppen bevorzugt behandelt werden, wie das Behandlungskonzept aussieht und wie die Zugangswege in die jeweiligen Kliniken sind. Eine Zusammenfassung der Folienpräsentationen mit Verweis auf die jeweiligen Anlaufstellen in den Kliniken kann auf der Homepage der PKHB (URL: <http://www.pk-hb.de/>



PD Dr. Olaf Kuhnigk, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bremen Ost

[show/8726358.html](http://www.pk-hb.de/show/8726358.html)) heruntergeladen werden.

Im Rahmen des ersten Veranstaltungsteils konnten bereits erste Fragen aus dem Auditorium zu Aufnahmemodalitäten geklärt werden. So wurde deutlich, dass entgegen der Formulierung in der Richtlinie zur Krankenhauseinweisung die Entscheidung über die stationäre Aufnahme eines Patienten grundsätzlich nicht durch den Krankenhausarzt hinterfragt wird. Patienten, die mit einer fachärztlichen Überweisung in die Klinik kämen, würden immer aufgenommen. Ausnahmen bestünden nur dann, wenn Patienten ohne entsprechende Indikation überwiesen würden (z. B. für Unterbringungszwecke) oder die Patienten selbst sich gegen eine Aufnahme entscheiden. In diesem Fall müsse die Klinik dem überweisenden Psychotherapeuten eine Rückmeldung über die Nichtaufnahme geben. Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass eine Einweisung auch ohne vorherige Bestä-



Chefarzt Dr. Peter Bagus und Oberärztin Dr. Javorina-Wiele stellen das Klinikum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Bremen Ost vor



Prof. Dr. Uwe Gonther zum Angebot des AMEOS Klinikums Dr. Heines

tigung der Kostenübernahme durch die Kasse erfolgen kann. Davon ausgenommen seien private Krankenversicherungen und im Fall des AMEOS Klinikums die HKK.

Verbesserung der Schnittstelle stationärer und ambulanter Behandlung

Der zweite Teil der Veranstaltung war dem offenen Austausch zwischen An-

bietern ambulanter und stationärer Psychotherapie gewidmet. Alle Anwesenden waren sich einig, dass mit der Befugnisserweiterung für Psychotherapeuten ein wichtiger Schritt in Richtung verbesserte Versorgung erfolgt. Die vertretenen Ärzte betonten, dass sie die niedergelassenen Psychotherapeuten als zentrale Ansprechpartner in Bezug auf Patientenbelange wahrnehmen. Hier kamen jedoch auch Hürden und Probleme in der bisherigen Kommunikation zutage. Psychotherapeuten bemängelten, dass auf den Stationen häufig kein Ansprechpartner für Fragen oder für Rückmeldungen zur Behandlung eines Patienten zur Verfügung stehe; von Ärzteseite wurde betont, wie schwierig es häufig sei, eine ambulante Anschlussbehandlung für Patienten zu finden.

Als konkrete Ideen für die Verbesserung der Kommunikation wurde beispielhaft die Einrichtung von Stationssprechzeiten vorgeschlagen, wobei verschiedene Kliniken darauf hinwiesen, dass zumindest die verantwortlichen Oberärzte häufig veröffentlichte wöchentliche Sprechzeiten hätten. Darüber hinaus wurde angeregt, dass einweisende

Therapeuten in der letzten Woche des Klinikaufenthalts kontaktiert werden sollten, um den weiteren Behandlungsplan abzustimmen. Insgesamt fand eine rege Diskussion in wertschätzender Atmosphäre statt. Alle Teilnehmer waren darin einig, dass der Dialog zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie weiter gefördert und gesucht werden sollte – in diesem Sinne kann von einer gelungenen Veranstaltung gesprochen werden.



Dr. Martin Bührig vom Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie, Bremen Nord

Wie kann eine bessere Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitsproblemen gelingen?

Kammer unterstützt neues Projekt zur Behandlung alkoholbezogener Störungen

Abhängigkeitserkrankungen und substanzbezogene Störungen stellen besondere Herausforderungen für das Gesundheitssystem dar. Dies liegt zum einen an ihrer weiten Verbreitung: Bevölkerungsrepräsentative Studien zeigen, dass ca. 15 % der Deutschen über 18 Jahre einen riskanten Konsum von Alkohol aufweisen; etwa eine Million Menschen werden als alkoholabhängig eingestuft. In Bezug auf Medikamentenabhängigkeit gehen Schätzungen von ein bis zwei Millionen Betroffenen in Deutschland aus. Zum anderen existieren für die Versorgung und Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zwar weit gefächerte Angebote; diese werden häufig jedoch aufgrund struktureller, behandler- oder patientenbezogener Barrieren nicht in Anspruch genommen.

Vor diesem Hintergrund führten Karl Heinz Schrömgens und Sylvia Helbig-Lang Ende letztes Jahres mehrere Gespräche mit Akteuren des Suchthilfesystems in Bremen, u. a. mit Frau Eva Carneiro Alves von der Landesstelle für Suchtfragen sowie mit Vertretern der Therapiehilfe e. V. Neben einem Austausch über strukturelle Schwierigkeiten in der Behandlung von Patienten in den verschiedenen Settings lag der Fokus der Diskussion auf Möglichkeiten einer besseren Vernetzung zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangeboten. Unter anderem wurden Ideen für gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen gesammelt.

In diesem Zusammenhang erklärte sich die Kammer auch bereit, eine neue

Studie zur „Implementierung und Evaluation der S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung Alkoholbezogener Störungen“ (IMPELA) zu unterstützen. Die Studie, die das Bundesministerium für Gesundheit fördert, wird durch Professor Jens Reimer koordiniert, der seit 2010 das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg leitete und aktuell seit 2016 Direktor des Zentrums für psychosoziale Medizin des Klinikverbunds Gesundheit Nord Bremen ist.

Das Projekt umfasst zwei Module, wobei das erste Modul zunächst der Bedarfsanalyse und der Entwicklung von Strategien zur Umsetzung der Empfehlungen der S3-Leitlinie in der Modellregion Bremen gewidmet ist. Das

zweite Modul dient der modellhaften Implementierung der entsprechenden Strategien. Für die Bedarfsanalyse sind neben der Analyse von Krankenkassendaten auch Befragungen unter verschiedenen Einrichtungen des ambulanten, teilstationären und stationären Sektors geplant – hier kooperiert die Kammer, um relevante Einrichtungen zu identifizieren und anzusprechen.

Das Projekt, das bis 2020 abgeschlossen werden soll, wurde am 27.11.2017 in einer Kick-off Veranstaltung im Haus der Wissenschaft offiziell gestartet. An dieser Veranstaltung, die von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, Frau Professor Quante-Brandt, eröffnet wurde, nahm auch Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens teil.

Neben der Senatorischen Behörde und der Psychotherapeutenkammer unterstützen in Bremen unter anderem die Ärztekammer, der Gesundheit Nord Klinikverbund, die Therapiehilfe e. V. und einige Krankenkassen die Durchführung des Projekts.

Gesundheitsprävention an Bremer Grundschulen: Gesundheitssenatorin Quante-Brandt stellt beim Neujahrsempfang der Betriebskrankenkassen neues Präventionsprojekt vor

Den traditionellen Neujahrsempfang des BKK-Landesverbandes nutzte Senatorin Eva Quante-Brandt, um den versammelten Akteuren aus Gesundheitswesen und Politik ein neues Projekt der Gesundheitsprävention an Grundschulen vorzustellen. Das Modellprojekt, das über drei Jahre läuft, wird auf der Grundlage des Präventionsgesetzes paritätisch aus dem Haushalt der Gesundheitssenatorin und der gesetzlichen Krankenkassen mit je 400.000 Euro jährlich finanziert. Kooperationspartner neben der Bildungssenatorin ist die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V., deren Gründungsmitglied die Psychotherapeutenkammer Bremen ist.

In insgesamt zwölf Schulen in Bremen und Bremerhaven werden ab dem kommenden Schulhalbjahr Gesundheitsfachkräfte (Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger mit Zusatzqualifikationen in Public Health) eingesetzt. Das Projekt verfolgt das Ziel, die Gesundheitskompetenz in Quartieren mit sozialen Herausforderungen zu stärken. Quante-Brandt: „Wir wollen damit etwas gegen gesundheitliche Ungleichheit tun. Die Lebenswelt in der Schule bietet dafür gute Anknüpfungspunkte.“

Die Fachkräfte sollen Ansprechpartner für gesundheitliche Fragen sein. Sie sollen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung entwickeln und Sprechstunden für Schüler anbieten, aber auch für Eltern und Lehrkräfte. Mögliche Themenfelder sind zum Beispiel Ernährung, Sucht, Impfschutz, Mundgesundheit sowie psy-

chische Gesundheit. Die Fachkräfte werden auch mit Eltern und Lehrern zusammenarbeiten und sich mit den relevanten Akteuren im Stadtteil wie etwa den Kinder- und Jugendärzten, Quartiersmanagern und bereits etablierten Institutionen vernetzen und von deren Erfahrungen im Stadtteil profitieren. Damit unterstützen sie eine Öffnung der Schule zu gesundheitsbezogenen Angeboten im Stadtteil.

Als Grundlage für die Auswahl der Grundschulen dienten die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen sowie der Förderbedarf der Stadtteile. Auch die Größe der Schulen spielte eine Rolle, weil möglichst viele Schüler mit dem Projekt erreicht werden sollen. Eine Liste der Projektschulen findet sich auf der Seite der Senatorischen Behörde für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz.

In einem Schreiben an die Gesundheitssenatorin begrüßte die Psychotherapeutenkammer ausdrücklich dieses Projekt und betonte: „Aus unserer Sicht ist ein solches niederschwelliges Angebot an Schulen ein wichtiger Schritt in Richtung der Prävention sozialer und gesundheitlicher Probleme in späteren Lebensphasen. Es freut uns besonders, dass in Ihrer Beschreibung des Projekts auch das Thema psychische Gesundheit als Arbeitsbereich für zukünftige Gesundheitsfachkräfte genannt wird.“

Die Kammer weist in ihrem Schreiben auf verschiedene epidemiologische Studien hin, die zeigen, dass



*Eva Quante-Brandt, Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz
(Foto: Foto AG Gymnasium Melle)*

- bis zu 20 % der Kinder und Jugendlichen Merkmale einer psychischen Störung zeigen (Ihle & Esser, 2002; Ravens-Sieberer et al., 2007), darunter v. a. Ängste, Depressionen und Störungen des Sozialverhaltens,
- Kinder mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund häufiger betroffen sind,
- psychische Störungen das Risiko für Klassenwiederholung, Schulabsentismus und Schulabbruch erhöhen (Schulte-Körne, 2016),

- psychische Störungen im Kindesalter die Wahrscheinlichkeit erhöhen, auch im Erwachsenenalter an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen zu erkranken.

Damit bilden sowohl die Früherkennung psychischer Auffälligkeiten als auch ihre Prävention wesentliche Bausteine einer gesunden Entwicklung. Die Kammer regte deshalb an, die angehenden Gesundheitsfachkräfte für das Vorkommen psychischer Probleme zu sensibilisieren und über Strategien der primären und sekundären Prävention zu informieren. Dazu könnte aus Sicht der Kammer zum Beispiel der systematische Einsatz von Screening-Verfahren zählen, ebenso wie die Bereitstellung von Informationen über Auftreten und Risikofaktoren verschiedener psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters sowie ihre Behandlung. Weiterhin machte sie in dem Schreiben auf Maßnahmen der unspezifischen Verhaltensprävention im Kindes- und Jugendalter aufmerksam, insbesondere auf evaluierte Manuale, die sich für den Einsatz in Schulen eignen (z. B. das Programm Gesundheit

und Optimismus GO! zur Prävention von Angst und Depression oder das FREUNDE Programm zur Prävention von Angststörungen).

Abschließend bot die PK Bremen ihre Kooperation an, um mögliche Ideen für eine verbesserte Gesundheitsfürsorge an Schulen zu vertiefen. Es komme auch besonders darauf an, die Tätigkeit der Gesundheitsfachkräfte eng mit anderen Diensten zu vernetzen, um eine bestmögliche Betreuung der Schüler zu erreichen.

Literatur

Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bette, S. & Erhard, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesge-*

sundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 871-878.

Schulte-Körne, G. (2016). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. *Deutsches Ärzteblatt*, 113, 183-190.

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Wiebke Rappen, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 0421/27 72 000
Fax: 0421/27 72 002
Verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr: 10:00–14:00 Uhr
Mi: 13:00–17:00 Uhr
Sprechzeiten des Präsidenten:
Di: 12:30–13:30 Uhr

68. Delegiertenversammlung am 22.11.2017

Am 22.11.2017 fand die 68. Delegiertenversammlung im Rudolf-Steiner-Haus in Hamburg statt.

Nachdem über aktuelle Themen und Aktivitäten der Kammer informiert wurde, folgten die Berichte der Ausschüsse und Kommissionen sowie der Arbeitskreise der PTK Hamburg. Ausführlich wurde über die Studien zu den Auswirkungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie berichtet. Eine Umfrage der Kammermitglieder mit KV-Zulassung erfolgte bereits Ende 2017. Die Umfrage für Kammermitglieder in Privatpraxen, die im Wege der Kostenerstattung abrechnen, wird im Februar/März 2018 umgesetzt.

Nach den Berichten stellte Geschäftsführer Dr. Christoph Düring den Nachtragshaushalt 2017 sowie den Haushaltsplan 2018 vor. Der Nachtragshaushalt wurde einstimmig verabschiedet, der Haushaltsplan für 2018 wurde mit

einer Enthaltung und ohne Gegenstimmen angenommen.

In einem weiteren Tagesordnungspunkt wurde die zweite Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg diskutiert und mit einer Enthaltung ohne Gegenstimmen verabschiedet. Die Weiterbildungsordnung wurde um die Bereiche systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie ergänzt. Heike Peper dankte dem Ausschuss für Fort- und Weiterbildung für die umfangreiche Vorarbeit und die intensiv geführten Diskussionen, die schließlich in die Erarbeitung der Entwürfe mündeten.

Abschließend diskutierte die Delegiertenversammlung über mögliche Inhalte und den Rahmen des nächsten Kammertags, zu dem alle Gremienmitglieder der PTK Hamburg eingeladen werden, um sich vertieft mit aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Themen zu befassen.

Wir möchten bei dieser Gelegenheit daran erinnern, dass alle Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg an den Delegiertenversammlungen als Gast teilnehmen können. Hierfür bitten wir um vorherige Anmeldung über die Geschäftsstelle. Die Termine der Delegiertenversammlungen in 2018 können Sie auf der Homepage der PTK Hamburg einsehen oder in der Geschäftsstelle erfragen.

Alle Hamburger Kammermitglieder finden die beschlossenen Änderungen der Weiterbildungsordnung als Einhefter in der Mitte dieser PTJ-Ausgabe.

Die vollständige Weiterbildungsordnung finden Sie auf unserer Homepage unter

www.ptk-hamburg.de
→ „Die Kammer“ → „Rechtliches“

BW

Empfang der neu approbierten Kammermitglieder am 11.12.2017

Der Empfang für neu approbierte bzw. neu nach Hamburg gezogene Kammermitglieder in der Kammergeschäftsstelle war mit mehr als 30 Teilnehmenden wieder gut besucht. Mitglieder des Vorstandes und der Geschäftsstelle gaben einen Überblick über Aufgaben und An-

gebote der Kammer und standen für die Fragen der Anwesenden zur Verfügung. Bei Getränken und einem kleinen Imbiss wurden in kleinen Runden Fragen zum Berufseinstieg, z. B. zur Situation in der Kostenerstattung, zu Jobsharing und Anstellung in Praxen und MVZ, zur

Anstellung in der Klinik und zu weiteren beruflichen Perspektiven diskutiert. Auch aktuelle berufspolitische Themen wie die Reform der Psychotherapieausbildung kamen zur Sprache.

HP

Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Tätigkeitsbericht der Ethik-Kommission für das Jahr 2017

Im Jahr 2017 wurden der Ethik-Kommission insgesamt 13 Anträge zur Begutachtung vorgelegt.

Im Vordergrund der Beratung stand in diesem Jahr die Aufklärung der For-

schen zum Untersuchungsgegenstand sowie zur Datenerhebung, -speicherung, -nutzung und -löschung.

Die Ethik-Kommission setzte sich im Jahr 2017 intensiv mit den Fragen des Datenschutzes bei bild- und tonerzeugenden Verfahren auseinander. Hierzu wurde

Kontakt mit dem Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (HmbBfDI) aufgenommen. Eine Vorlage für eine Einwilligungserklärung für den Einsatz bild- und tonerzeugender Verfahren unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben wird momentan von der Kommission erarbeitet.

Ferner trafen sich die Vorsitzende der Kommission, Frau Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt sowie der stellvertretende Vorsitzende, Herr Dr. Michael Wunder, mit der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg zwecks Erfahrungsaustausch und Abgrenzung der Kommissionen untereinander.

Für 2018 ist die weitere Überarbeitung der Vordrucke zur Einreichung von Forschungsanträgen geplant. Zudem strebt der Vorstand der PTK Hamburg an, die Gebührenordnung der Kammer und damit auch die Gebühren der Ethik-Kommission zu überarbeiten und zu beschließen.

Was genau ist die Aufgabe der Ethik-Kommission?

Die Ethik-Kommission ist eine Einrichtung der PTK Hamburg, deren Errichtung im Hamburgischen Gesetz für die Heilberufe vorgesehen ist. Danach hat sie die Aufgabe, die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg sowie andere Wissenschaftler auf der Grundlage des geltenden Rechts und nach dem neuesten Stand der Wissenschaft hinsichtlich der ethischen und fachrechtlichen Gesichtspunkte bei Forschungsvorhaben am Menschen zu beraten und eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Dies geschieht vor allem zum Schutz der in die klinischen Prüfungen einbezogenen Patienten.

Die Arbeit der Ethik-Kommission basiert auf den gesetzlichen Bestimmungen,

und allgemein anerkannten ethischen Grundsätzen, wie sie

- sich insbesondere aus den allgemeinen Menschenrechten gemäß der Charta der Vereinten Nationen, und/oder sich aus Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland ergeben,
- in der letztgültigen Fassung der Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes festgelegt sind,
- in der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg sowie
- in Absatz C der ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) formuliert sind.

Die Kommission trifft sich quartalsweise und ist zuständig für alle psychotherapeutischen Forschungsvorhaben gemäß § 9 Absätze 2 und 5 HmbKGGH, die durch Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg verantwortlich durchgeführt werden, soweit nicht eine Zuständigkeit nach § 9 Absätze 3 und 4 HmbKGGH besteht und wird auf schriftlichen Antrag tätig. Die Anforderungen hierfür sind auf der Homepage der PTK Hamburg beschrieben. Die Psychotherapeutenkammer Hamburg erhebt für das Tätigwerden der Ethik-Kommission von den Antragstellern Gebühren gemäß der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in der jeweils geltenden Fassung.

Seit der konstituierenden Sitzung der Ethik-Kommission der Psychothera-

peutenkammer Hamburg im Jahr 2008 wurden bereits 117 Forschungsanträge durch die Kommission geprüft.

Der Kommission gehören als ordentliche Mitglieder an:

- Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt (PP)
- Dr. Michael Wunder (PP)
- Prof. Dr. Gerhard Süß (KJP)
- Dr. Rainer Stelling (Jurist)

Stellvertretende Mitglieder sind:

- Prof. Dr. Tania Lincoln (PP)
- Prof. Dr. Monika Bullinger (PP)
- Ph. D. Susanne Hommel (KJP)
- Agnes Frfr. von Diepenbroick, LL. M. (Juristin)

Aus der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Hamburg nimmt Birte Westermann, Vorstands- und Geschäftsführungsassistentin und Beauftragte für Datenschutz, an den Sitzungen teil.

Für Kammermitglieder, die einen Antrag bei der Ethik-Kommission einreichen möchten, bietet die Kommission Vordrucke auf der Homepage an. Nähere Informationen erfahren Sie in der Ethiksatzung sowie auf der Homepage unter „Die Kammer“ → „Ausschüsse und Kommissionen“ → „Ethik-Kommission“.

BW, HR

Kurznachrichten

Klausurtagung des Kammervorstandes

Am 07.02.2018 traf sich der Kammervorstand zu einer ganztägigen Klausurtagung, um die Aktivitäten und Veranstaltungen in 2018 zu planen bzw. zu konkretisieren. U. a. sollen die Veranstaltungsreihe zu berufsrechtlichen Themen fortgeführt (siehe Ankündigung auf der folgenden Seite) sowie weitere Informationsveranstaltungen, z. B. zur Sachverständigenliste und zum Vertrag zur psychotherapeutischen Versorgung

von Bundeswehrangehörigen angeboten werden. Außerdem sind diverse Fachveranstaltungen wie z. B. der 7. Hamburger Psychotherapeutentag und eine Veranstaltung zur Psychosozialen Notfallversorgung im Großschadensfall geplant.

Als weitere Projekte sollen die Weiterentwicklung des Suchportals Psychoinfo, die Implementierung des neuen EDV-Programms in der Geschäftsstelle und die Überarbeitung der Wahlord-

nung vorangetrieben werden. Schließlich wurde eine umfangreiche Liste von anstehenden Gesprächsterminen mit Akteuren des Hamburger Gesundheitswesens und der Politik erstellt, sodass am Ende ein „dicht gepacktes“ Arbeitsprogramm für Vorstand und Geschäftsstelle stand.

AK PiA

Neben den bestehenden Arbeitskreisen – dem AK KJP und dem AK Psy-

chotherapie und Migration – wird es als weiteren Arbeitskreis in Kürze den AK PiA geben. Vorbereitet wird dieser Arbeitskreis zurzeit von den für die PTK Hamburg an der BuKo teilnehmenden PiA. Ein erstes Treffen ist für den 01.06.2018 geplant, zu dem alle Kammermitglieder in Ausbildung noch gesondert eingeladen werden.

Sprachmittlerpool

In bereits mehr als 80 Fällen wurden bis zu Beginn dieses Jahres beim Sprach-

mittlerpool von SEGEMI e. V. Sprachmittler für eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung von nicht Deutsch sprechenden Patienten angefordert. Von den Behandlern gab es viele positive Rückmeldungen. Ohne den Sprachmittlerpool hätte in den meisten Fällen keine Behandlung stattfinden können.

Mittlerweile sind 33 qualifizierte Sprachmittler, die 23 Sprachen abdecken können, im Pool registriert. Da das befristete Projekt nur noch bis Mitte

2018 läuft, sollten weitere Anträge zeitnah gestellt werden.

Alle notwendigen Informationen und Formulare zum Sprachmittlerpool sind auf der Homepage zu finden:

www.segemi.org/sprachmittlerpool

Vorankündigung: Ein Symposium zum Sprachmittlerpool mit Fachvorträgen, Ergebnissen einer Versorgungsanalyse und Erfahrungsberichten ist für den 02.05.2018 geplant.

HP

Fortbildungsveranstaltungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

7. Hamburger Psychotherapeutentag am 09.06.2018

Der 7. Hamburger Psychotherapeutentag findet am 9. Juni 2018 in den Räumlichkeiten der KV Hamburg statt. (Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg)

Er steht unter dem Titel

Existenzielle Krisen und die Frage nach dem Sinn

Es erwarten Sie interessante Vorträge und Workshops!

Das Programm wird allen Mitgliedern der PTK Hamburg rechtzeitig zugesendet. Zudem finden Sie es auf der Homepage www.ptk-hamburg.de zum Download.

Berufsrechtsveranstaltung am 25.04.2018

Wir laden alle Hamburger Kammermitglieder herzlich ein zur Berufsrechtsinformationsveranstaltung

„Abstinenz in der Psychotherapie“

am 25.04.2018 um 19:30 Uhr in den Räumlichkeiten der KV Hamburg (Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg).

Eine Anmeldung ist über die Homepage www.ptk-hamburg.de möglich.

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Birte Westermann, Prof. Hertha Richter-Appelt.

Geschäftsstelle

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

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

an das Zauberei-Ministerium in Harry Potter erinnert, hat einen ernstzunehmenden Hintergrund. May bezieht sich mit der Gründung dieses speziellen Ministeriums u. a. auf eine Studie des Britischen Roten Kreuzes: neun Millionen Engländer, das sind 13 % der Bevölkerung, gaben an, sich häufig oder immer einsam zu fühlen. 200.000 ältere Menschen berichteten, nur einmal pro Monat einen persönlichen Gesprächskontakt zu haben. Einsamkeit schade der Gesundheit mehr als 15 Zigaretten am Tag, sie könne Herzkrankheiten, Depressionen, Demenz, Angstzustände und

„Ministry of Loneliness“, Einsamkeitsministerium, so heißt das neue Ministerium, das Theresa May eingerichtet hat. Tracy Crouch, die bisherige Staatssekretärin für Sport und Ziviles wird es leiten. Und was so poetisch klingt und

andere Krankheiten befördern. May greift damit eine gesellschaftliche Entwicklung auf, die uns auch hierzulande mehr als vertraut ist. Auch bei uns gibt es eine große Gruppe vereinsamer Älterer, aber auch viele junge und mittelalte Menschen, die berufsbedingt in die großen Metropolen ziehen, dort erfolgreich arbeiten, aber keinen sozialen Anschluss finden. Einsamkeit zieht sich durch alle Alters- und Gesellschaftsschichten. In unseren Patientenbehandlungen erleben wir dort die größten Schwierigkeiten und Therapiemisserfolge, wo wir es mit einsamen Patienten zu tun haben. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit ist ein zentrales Grundbedürfnis von Menschen, dessen Deprivation tatsächlich krank macht. Vor diesem Hintergrund erscheint es sehr sinnvoll, ein Einsamkeitsministerium zu gründen und es als wichtige gesellschaftliche Aufgabe zu betrachten, Mittel und Wege gegen die Einsamkeit zu finden. Psychotherapeuten könnten einen signifikanten Beitrag dazu leisten. Und weil wir in Deutschland nur Ministerien für und nicht gegen etwas haben – kein Kriegs- und auch kein Krankheitsministerium – müsste dieses neue Ministerium dann folgerichtig Gemeinsamkeitsministerium heißen. Ein schöner Gedanke ...

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) lehnt Humanistische Psychotherapie und Gesprächspsychotherapie ab



Birgit Wiesemüller

Das Mitte Januar 2018 veröffentlichte Gutachten des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ (WBP) zur Humanistischen Psychotherapie sorgt für Aufregung und Bestürzung. Nach sechsjährigen Beratungen kommt der WBP zu der Einschätzung, die Humanistische Psychotherapie könne nicht

als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren angesehen werden und nicht „als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten empfohlen werden“. Jedenfalls nicht in Deutschland – ganz im Gegensatz zu anderen Ländern.

Aus Sicht der „Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie“ (AGHPT) wurden viele Studien aus nicht nachvollziehbaren Gründen abgelehnt. Sie beanstandete bereits im Herbst 2017 in einer Stellungnahme zur vorläufigen Studienbewertung zahlreiche Bewertungen des WBP und stellt das Ergebnis des WBP-Gutachtens nach wie vor stark infrage.

Auch die gesprächspsychotherapeutischen Verbände innerhalb der AGHPT – die „Personzentrierte Gesellschaft für Psychotherapie und Beratung“ (GwG) und die „Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie“ (DPGG) – werden das Gutachten schwerlich akzeptieren können, zumal die Gesprächspsychotherapie ohne Prüfauftrag einer erneuten Einzelprüfung unterzogen wurde.

Für die Gesprächspsychotherapie, die der Humanistischen Psychotherapie zuzuordnen ist, hat der WBP immerhin die wissenschaftliche Anerkennung für die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“, „Anpassungs- und Belastungsstörungen“ sowie „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen“.

gen“ bei Erwachsenen nachvollziehen können. Aus Sicht des WBP fehle für die wissenschaftliche Anerkennung aber noch eine Wirksamkeitsstudie für den Anwendungsbereich „Angststörungen“. Die Gesprächspsychotherapie könne deshalb – wegen einer einzigen Studie – nicht mehr für die vertiefte Ausbildung empfohlen werden. Dieser Schwund trotz vieler neuer Studien hängt damit zusammen, dass von 27 eingereichten Wirksamkeitsstudien, die bereits 2002 vom WBP anerkannt wurden, nun 26 wieder aberkannt wurden.

Das wirft jetzt einige Fragen auf:

- Folgen die für die Ausbildung zuständigen Behörden kritiklos den Empfehlungen des WBP?
- Was bedeutet das für die bereits approbierten und was für die sich in Ausbildung befindlichen Gesprächspsychotherapeuten?
- Was wird aus den wissenschaftlich anerkannten Verfahren, die noch nicht nach den jetzigen Kriterien des WBP geprüft wurden?
- Was bedeutet das für die Ausbildungsreform und für die Zukunft des WBP?

Es bleibt zu hoffen, dass die BÄK und die BPtK in ihrer Verantwortung als Trägerorganisationen auf den WBP einwirken und ihn bitten, die ausgesprochenen Empfehlungen zu überdenken.

Der WBP und sein Methodenpapier in der Kritik

Im § 11 „Wissenschaftliche Anerkennung“ des Psychotherapeutengesetzes

(PsychThG) ist die Funktion des WBP beschrieben. Soweit „die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für die Entscheidung der zuständigen Behörde ist, soll die Behörde in Zweifelsfällen ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens eines wissenschaftlichen Beirats treffen, der gemeinsam von der auf Bundesebene zuständigen Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der ärztlichen Psychotherapeuten in der Bundesärztekammer gebildet wird.“

Das sind alle Vorgaben, die der Gesetzgeber zur Arbeit des WBP gemacht hat. Die Grundlagen der Begutachtung eines Verfahrens wurden vom WBP selbst geschaffen und schlugen sich im Methodenpapier nieder, das immer wieder verändert wurde. Inzwischen sind selbst die Kriterien „Evidenzbasierter Medizin“ stark verengt und verschärft. Die einseitige Auslegung von Wissenschaftlichkeit wurde von etlichen Wissenschaftlergruppen und u. a. auch vom Ausschuss Wissenschaft und Forschung der PTK Hessen kritisiert.

Der Gesetzgeber hat bei der Einführung eines wissenschaftlichen Beirats ein unabhängiges Gremium schaffen wollen, das die Anerkanntheit eines Verfahrens unvoreingenommen und unter Anwendung wissenschaftlicher Prinzipien nachvollzieht. Seit Jahren sind im WBP zwei der vier psychotherapeutischen Grundorientierungen ohne Stimmrecht (Systemische Therapie) oder erst gar nicht vertreten (Humanistische Psycho-

therapie). Dieses eingefrorene strukturelle Übergewicht und auch das gänzliche Verschwinden der Vertreter der Humanistischen Psychotherapie ist sicherlich nicht im Sinne des Gesetzgebers, der bei der Einführung von Selbstverwaltungsgremien von der Einhaltung demokratischer Strukturen ausgeht.

Aberkennung der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie?

Um Spekulationen über eine mögliche Revision von Entscheidungen der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Gesprächspsychotherapie aufgrund des WBP-Gutachtens vorzubeugen: Selbst wenn die Kultusministerkonferenz und Universitäten neue Kriterien für Abitur-, Diplom- und Doktorgrade erlassen, werden damit sicher nicht alle bisherigen akademischen Grade wieder entzogen. Analog ist ein „Entzug“ noch weit weniger denkbar, nur weil sich ein dafür gar nicht zuständiges Gremium auf der Basis stark umstrittener Bewertungen dazu äußert.

Aber eine Tendenz ist trotz des umstrittenen Gutachtens deutlich sichtbar: Während der G-BA im April 2008 nur die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung von affektiven Störungen anerkannt hat, fehlt jetzt nach Einschätzung des WBP nur noch eine einzige Wirksamkeitsstudie bei Angststörungen. Offensichtlich hat sich die Studienlage der Gesprächspsychotherapie in den letzten Jahren stark verbessert.

Birgit Wiesemüller
Vorstand

Änderung der Beitragsordnung

Aufgrund der derzeit guten finanziellen Lage der Kammer haben sich Vorstand und Delegiertenversammlung für eine Beitragssenkung entschieden. Auf der

Delegiertenversammlung am 27. und 28.10.2017 wurden der Haushalt und die künftige Gestaltung des Kammerbeitrags beschlossen. Die neue Bei-

tragsordnung sowie die Beitragstabelle finden Sie auf der Kammerhomepage unter: lppkjp.de/recht/ordnungen.

Politische Kontakte: Präsidium der Psychotherapeutenkammer Hessen im Gespräch mit Dr. Katja Leikert (CDU)



Dr. Heike Winter, Else Döring, Dr. Katja Leikert

Im Dialog mit der Bundestagsabgeordneten des Wahlkreises, Katja Leikert (Mitglied des deutschen Bundestages, CDU) diskutierten die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen,

Dr. Heike Winter, und die Vizepräsidentin, Else Döring, am 5.12.2017 verschiedene Anliegen der Psychotherapeuten-schaft.

Im Mittelpunkt des Gesprächs stand die Forderung nach einer umfassenden Reform der Psychotherapeutenausbildung in der nächsten Legislaturperiode.

Diesem Thema will sich Katja Leikert gerne annehmen: „Eigentlich stand die Reform des Psychotherapeutengesetzes bereits in der vergangenen Legislaturperiode im Koalitionsvertrag“, berichtete die Hanauer Bundestagsabgeordnete. Aus verschiedenen Grün-

den – u. a. aufgrund der zeitintensiven Diskussion über die einheitliche Ausbildung für Pflegeberufe – sei die Umsetzung allerdings vertagt worden.

„Das Thema muss schnellstmöglich wieder auf die politische Agenda gesetzt werden. Insbesondere die Forderung nach bundesweiten Ausbildungsstandards unterstütze ich ausdrücklich.“ Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen sei viel zu oft noch ein Tabuthema, dennoch sei die Nachfrage nach entsprechenden Angeboten seit Jahren steigend. „Umso wichtiger ist es, dass eine ordentliche Qualität gewährleistet ist“, sagte Leikert.

Verbesserte Vergütung für Angestellte

Mit der neuen Entgeltordnung des TVöD-Kommunal hat sich die Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) im Bereich dieses Tarifvertrages deutlich verbessert. Zwar konnte ver.di in den Verhandlungen mit den kommunalen Arbeitgebern für unsere Berufsgruppen nicht die Entgeltgruppe 15 erreichen, aber schon die Entgeltgruppe 14 (EG 14) bedeutet für viele Kollegen eine Verbesserung der Vergütung. Besonders die KJP werden nun genauso wie die PP vergütet, was eine deutliche Einkommenssteigerung darstellt.

Die Psychotherapeutenkammer hat den Übergang zur EG 14 in ihren Newslettern und einer FAQ-Liste begleitet. Wir möchten mit diesem Beitrag im Psychotherapeutenjournal unsere angestellten Kollegen noch einmal darauf hinweisen, wie wichtig das Abonnement des Newsletters der Kammer ist, wenn aktuelle und kurzfristig wichtige Informationen bei den Mitgliedern der Kammer ankommen sollen.

Nach den Verhandlungen zum TVöD-Kommunal werden Tarifverhandlungen zu anderen Arbeitsbereichen folgen: TV-Land, TV-Hessen, TV Tarifgemein-

schaft DRV. Auch hierzu wird die Kammer politische Kontakte zu ver.di und den Arbeitgebern nutzen, um eine der Verantwortung und der Leistung unserer Berufsgruppen angemessene Vergütung angestellter Tätigkeit zu erreichen.

Vermehrt wurde die Kammer von angestellten Kollegen kontaktiert und leistete Unterstützung auch in Einzelfragen. Diesen Service werden Vorstand und Geschäftsstelle auch weiterhin zur Verfügung stellen.

Veranstaltungen der Psychotherapeutenkammer Hessen im Jahr 2018

Wir möchten Sie gerne auf Veranstaltungen hinweisen, die wir Ihnen im Jahr 2018 anbieten. Ausführliche Informationen zu den einzelnen Veranstaltungen finden Sie innerhalb der nächsten Wochen auf unserer Homepage. Sobald die Onlineanmeldung freigeschaltet wird, informieren wir Sie außerdem mittels unseres elektronischen Newsletters.

26. Mai 2018: Spezielle Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen

In vier 90-minütigen Vorträgen werden Grundlagen und therapeutisches Vorgehen der speziellen Psychotherapie von Schmerzstörungen, kardiologischen Erkrankungen, Diabetes und onkologischen Erkrankungen vermittelt.

Referenten:

Dr. Anke Diezemann, Leitende Psychotherapeutin, DRK Schmerz-Zentrum Mainz,
Dipl.-Psych. Ludmilla Peregrinova, stellv. Leiterin d. Abt. Psychokardiologie, Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim,
Dr. Ulrike Löw, Psychol. Psychotherapeutin, Psychodiabetologie, Frankfurt,

Dr. Frank Schulz-Kindermann, Leiter der psychoonkologischen Ambulanz, Universitätsklinikum Hamburg

Veranstaltungsdaten:

Goethe-Universität Frankfurt, Westend, 9.00 bis 17.30 Uhr; 8 FE, 80 Euro

08. Juni 2018:

Wege in die Praxis für Neuapprobierte

Die Veranstaltung richtet sich an alle neu approbierten Kammermitglieder und informiert über den Berufsstart und berufliche Möglichkeiten in der Anstellung und in eigener Praxis sowie über die Psychotherapeutenkammer.

Referenten:

Dr. Heike Winter (Präsidentin), Dipl.-Psych. Else Döring (Vizepräsidentin), M. Sc. Felix Jansen

Veranstaltungsdaten:

Frankfurt (der genaue Veranstaltungsort wird noch bekannt gegeben), 19.00 bis 21.30 Uhr; 2 FE, die Veranstaltung ist kostenfrei

20. Juni 2018:

Die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Sprechstunde

Ansätze und Erfahrungen zur praktischen Durchführung der Sprechstunde sollen aus verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Sicht dargestellt und diskutiert werden.

Referenten:

Prof. Dr. Hanna Christiansen (Philipps Universität Marburg/KJP, TP), Dipl.-Psych. Heiko Borchers (KJP, VT)

Veranstaltungsdaten:

Ökohaus Frankfurt, 19.00 bis 21.30 Uhr; 3 FE, 30 Euro

7. November 2018:

Traumatherapie nach Gewalterfahrung – Psychotherapie nach Opferentschädigungsgesetz

Gemeinsame Veranstaltung der PTK Hessen mit dem Regierungspräsidium Gießen.

Referenten:

Ruth Böhr (Leitende Medizinaldirektorin, Regierungspräsidium Gießen),

PD Dr. Regina Steil (Wissenschaftliche Geschäftsführerin der Verhaltenstherapieambulanz, Goethe Universität Frankfurt)

Veranstaltungsdaten:

Haus am Dom, Frankfurt, 18.00 bis 21.00 Uhr; 3 FE, 30 Euro

30. November und 01. Dezember 2018:

Digitalisierte Welt – Auswirkungen auf Psychotherapie und Psychosomatik

Gemeinsame Fachtagung der Landesärztekammer Hessen und der Psychotherapeutenkammer Hessen

Referenten: N. N.

Veranstaltungsdaten:

Haus am Dom, Frankfurt, Freitag 19.30 bis 21.30 Uhr, Samstag 9.00 bis 15.30 Uhr; Freitag 3 FE, kostenfrei; Samstag 6 FE, 80 Euro

Geschäftsstelle

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168 -0
Fax: 0611/53168 -29
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Dieter Müller, Marburg
Richard Halling, Neu-Anspach
Heinrich Bott, Frankfurt

Dagmar Soerensen-Cassier, Frankfurt

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring,
Dr. Wiebke Broicher



Fachtag Psychotherapie im Kontext von Trennung und Scheidung

Vor dem Hintergrund eines kontinuierlichen Anstieges von Trennungen und Scheidungen veranstaltete die PKN am 15.09.2017 mit 138 Teilnehmern einen gut besuchten Fachtag zu diesem Thema. Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie als Psychologische Psychotherapeuten sehen und behandeln wir dementsprechend in unseren Praxen oder Beratungsstellen eine zunehmende Zahl von Kindern, Jugendlichen und Eltern, die in diesen oftmals schwierigen Lebenssituationen zu uns kommen.

Je problematischer sich die Trennungsvläufe gestalten, umso mehr Berufsgruppen sind unter Umständen ins Geschehen involviert. Die Akteure aus dem juristischen und psychosozialen Bereich bilden dann häufig den Kontext, in dem Psychotherapie stattfindet. Genau dies zu verdeutlichen und über die Tätigkeiten der anderen Berufsgruppen zu informieren war ein Anliegen dieses Fachtages.

Zwei Vorträge am Vormittag befassten sich mit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie mit der Beratung von Eltern. Wir konnten dazu langjährig erfahrene Experten gewinnen, die sich beide seit den 1990er Jahren mit Trennungs- und Scheidungsfolgen intensiv beschäftigen.

Der erste Referent, Herr Matthias Weber, Psychologischer Psychotherapeut und langjähriger Leiter der integrierten Beratungsstelle in Melsbach, ermöglichte uns als Fachmann in der Beratung von hoch konflikthaften Eltern in seinem Vortrag einen differenzierten und lebendigen Blick auf Verläufe in den Paarbeziehungen, Risiken und Interventionsmöglichkeiten in der Elternarbeit und bot damit eine Orientierungshilfe gerade für den Umgang mit hochstrittigen Eltern.



J. Mildner

Herr Dr. Helmuth Figdor aus Wien, Psychoanalytiker, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Dozent am Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Wien, stellte danach anschaulich das Erleben von Kindern und Jugendlichen dar, indem er immer wieder aufzeigte, welche Gefühle und Konflikte hinter dem symptomatischen Verhalten von Kindern verborgen sind und verstanden werden wollen. Oftmals blieben die Kinder allein mit ihrem Kummer, weil die Erwachsenen so sehr mit sich und ihrer Not beschäftigt sind, dass wenig innerer Raum für das Kind existiere.

Wir wünschen uns, dass durch diese Vorträge auch die anwesenden Psychologischen Psychotherapeuten, die in ihren Praxen die Eltern behandeln, angeregt worden sind, das Wohl der Kinder noch stärker mit in den Blick zu nehmen.

Nach der Mittagspause visualisierten wir im Rahmen einer „Talkshow“ unter der Fragestellung „Verderben viele Köche den Brei?“ den Kontext, in dem Psychotherapie mit Scheidungsfamilien oftmals stattfindet. An Stehtische geladen wurden eine Familienrichterin, eine Verfahrenspflegerin, eine Gutachterin und Mitarbeiterin einer Erziehungsberatungsstelle, ein Fachanwalt und Mediator, eine Mitarbeiterin eines Jugendamtes, eine Leiterin einer Trennungs- und Scheidungsberatungsstelle, ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, eine Psychologische Psychotherapeutin.

Auf den ersten Blick konnte damit die eindrucksvolle Vielzahl der möglichen Beteiligten am Trennungsgeschehen in Augenschein genommen werden. In Statements informierten die Talkshowgäste über ihre jeweilige Tätigkeit und ihre fachliche Perspektive, unter der sie die Trennungsprozesse begleiten.

Die KJP Kommission denkt über eine Folgeveranstaltung nach, in der Akteure aus den unterschiedlichen Berufsgruppen vertiefter miteinander ins Gespräch kommen und Möglichkeiten der Vernetzung angedacht werden können.

Fünf Workshops zum „Kontext“ und zur Psychotherapie bildeten den letzten Block der Fachtagung.

Herr Dr. Figdor stellte das österreichische Konzept des Kinderbeistandes dar: Ein psychosozial geschulter Begleiter unterstützt in Sorgerechts- oder Umgangsrechtsverfahren das Kind, indem es von diesem über das Verfahren informiert wird und vor dem Hintergrund einer absoluten Verschwiegenheit mit dem Kinderbeistand seine Wünsche und Interessen herausfinden kann, um diese dann ggf. in das Verfahren einzubringen.

Frau Kathrin Wieberneit vom Winnicott Institut Hannover stellte Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche von Eltern in Trennungsprozessen als psychosoziale Unterstützung vor.

Götz Schwöpe und Felicitas Michaelis beantworteten berufsrechtliche Fragen in KJP- und PP-Praxis, die in der Behandlung oder Beratung mit Trennungs- und Scheidungsfamilien auftauchen.

Frau Gesine Götting bot einen Workshop zur lösungsorientierten Begutachtung an.

Bemerkenswert war der starke Andrang in dem Workshop „Krisen des (Eltern-) Paares in der Psychotherapie und Beratung“, der von Gertrud Corman-Bergau

und Jörg Hermann angeboten wurde. Offenbar gibt es einen intensiven Bedarf, sich über die Behandlungsschwierigkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit getrennten Eltern auszutauschen. Dieser Workshop wurde sowohl von vielen PPLern wie auch von KJPLern besucht.

Fazit:
Mit unserem Fachtag wollten wir Anregungen und Hilfestellungen für Behandlungsfragen bieten sowie einen Anstoß geben, über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen. Was können wir besser machen? Was machen die anderen?

Dieses Ziel haben wir nach unserer Auffassung mit dieser Veranstaltung erreicht. Insgesamt waren die Rückmel-

dungen der Teilnehmer zum Fachtag sehr positiv.

Wünschenswert sind Fortsetzungsveranstaltungen, in denen Informationen über die Tätigkeit der anderen Berufsgruppen vertieft sowie Vernetzungsmöglichkeiten ausgelotet werden können – nicht zuletzt in der eigenen Profession.

Wir haben uns vorgenommen, Möglichkeiten und Grenzen einer stärkeren Zusammenarbeit zwischen KJPLern und PPLern ins Gespräch zu bringen.

Jutta Mildner
Leiterin der KJP Kommission

„Vernetzung der Suchtkrankenbehandlung“

Am 10. Januar 2018 besuchten Herr Thomas Hempel und Herr Ralf Nebe als Vertreter des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss) die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN). Die PKN war durch die Vorstandsmitglieder Andreas Kretschmar und Jörg Hermann sowie den Referenten Daniel Nowik vertreten.

Suchtkranker in Deutschland. Sie stellen heraus, dass Abhängigkeitserkrankte während einer Entwöhnungsbehandlung umfangreiche Diagnostik, Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie arbeitstherapeutische, edukative und sozialarbeiterische Leistungen erhalten. Die Einrichtungen unterlägen strengen Vorgaben mit Blick auf ihre Qualität hin-

handlung im Anschluss bei einer nicht unerheblichen Anzahl von Patienten eine ambulante Psychotherapie indiziert sei. Eine zusätzliche Erweiterung dieses Konzepts um ambulante Psychotherapie wäre ein großer Fortschritt in Richtung patientenorientierte, träger- und sektorenübergreifende Versorgung.

Herr Hempel und Herr Nebe betonten in diesem Zusammenhang den hohen Bedarf und die hohe Nachfrage nach ambulanter Psychotherapie, um die erreichten Erfolge langfristig zu verstetigen. Dem verpflichtenden Entlassungsbericht könne der niedergelassene Psychotherapeut wichtige Informationen über den bisherigen Therapieverlauf, Therapieziele, psychosoziale Problemlagen und sozialmedizinische Prognose entnehmen. Dadurch werde die Berichts- und Gutachtenerstellung ambulant tätiger Psychotherapeuten deutlich erleichtert.

Gleichzeitig war es den Gesprächspartnern wichtig, den Weg auch in die andere Richtung zu denken. Gemäß der geltenden Psychotherapierichtlinie muss innerhalb von zehn Sitzungen Abstinenz erreicht werden. Sollte dieses Ziel nicht erreicht werden oder nur geringe Aussicht darauf bestehen, ist die Kon-



v. l.: J. Hermann, A. Kretschmar, R. Nebe und T. Hempel

In einem anregenden Gespräch wurden Fragen zur Verbesserung der Versorgung Suchtkranker in Niedersachsen diskutiert. Dabei stellte sich schnell die Vernetzung zwischen dem in Deutschland sehr differenzierten Suchthilfesystem und der ambulanten Psychotherapie als Kernthema heraus.

Einleitend berichteten Herr Nebe und Herr Hempel über die Rehabilitation

sichtlich Strukturen und Prozessen und auch die Einjahres-Abstinenzquoten der Absolventen seien mit 40 bis 80 % vielversprechend. Am Beispiel der „Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland (Kombi-Nord)“, einem Konzept der Deutschen Rentenversicherung, wurde ein flexibles Behandlungsmodell besprochen. Dabei wurde deutlich, dass trotz gut strukturierter Suchtkrankenbe-

taktaufnahme zu einer Suchtberatungsstelle sinnvoll. Dort werden Patienten bei der Antragsstellung zur Entwöhnungsbehandlung oder dem Beginn eines (qualifizierten) Entzugs unterstützt. Nach Abschluss der Entwöhnung oder des Entzugs kann eine Psychotherapie dann fortgesetzt werden.

Ein weiteres Thema waren Konzepte in der Suchtkrankenbehandlung. Diskutiert wurden Möglichkeiten zur Einbeziehung von Kindern Suchtkrankter in die stationäre, rehabilitative und

in die ambulant psychotherapeutische Behandlung. Seitens der Reha-Kliniken gäbe es einige wenige Einrichtungen, die eine integrierte Eltern-Kind-Behandlung anbieten würden, jedoch sei die Finanzierung der erbrachten Leistungen auf Grund der aktuellen Sozialgesetzgebung nicht abgesichert. Hier wurde deutlich, dass seitens der Gesetzgebung Anpassungen und Veränderungen erforderlich wären.

Am Ende des inhaltlich sehr dichten Gesprächs begrüßten beide Seiten die

Möglichkeit des Austauschs und brachten die Absicht zum Ausdruck, im Rahmen kooperativer Zusammenarbeit die Vernetzung der Suchtkrankenbehandlung zu fördern.

Nützliche Links für Interessierte:

<http://www.suchthilfe.de/informationen/aktuelles.php>

www.konturen.de

Andreas Kretschmar, Jörg Hermann
und Daniel Nowik

Im Gespräch: Daniel Nowik

„Ursprünglich wollte ich mal Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut werden“



Daniel Nowik, Referent der PKN

Die PKN hat seit dem ersten Dezember mit Daniel Nowik einen Referenten. Über seinen Start, vor allem aber über seine bisherigen beruflichen Erfahrungen und die Motivation, sich bei der PKN zu bewerben, sprach Vorstandsmitglied Jörg Hermann mit Daniel Nowik.

Lieber Herr Nowik, beschreiben Sie unseren Mitgliedern doch kurz Ihren bisherigen beruflichen Werdegang. Auf wen kann sich die PKN einstellen?

Ich habe direkt nach dem Studium an der Medizinischen Hochschule Hannover im Bereich Rehabilitationsforschung angefangen. Inhaltlich habe ich mich vor allem damit beschäftigt, was eine gute Rehabilitation bzw. Therapie ausmacht. Dabei ging es zum Beispiel um die Fragen: Welche Effekte haben Vorgaben der Qualitätssicherung im positiven, wie negativen Sinne? Wie viel machen die Patienten aus? Inwieweit unterscheiden sich Einrichtungen, welche Therapien wirken? Wie gelingt gute Teamarbeit? Darüber hinaus war ich für die Mediziner Ausbildung im Bereich Sozialmedizin mit verantwortlich.

Ging es dabei ausschließlich um die Wirkung von Psychotherapie oder auch um andere Therapien?

Psychotherapeutische Angebote sollten immer Bestandteil einer multimodalen Rehabilitation sein. In Indikationen wie depressiven Störungen oder Alkoholabhängigkeit haben sie natürlich einen höheren Stellenwert als beispielsweise bei Kniegelenksersatz. Psychotherapieforschung im engeren Sinne habe ich aber nicht betrieben.

Was reizt Sie an Ihrer neuen Aufgabe?

An der Arbeit in der Kammer reizt mich, dass ich auch ohne Approbation eine Herzenssache, nämlich die Psychotherapie bzw. besser gesagt die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterstützen kann. Ich will mich gerne für die Interessen dieses Berufsstandes stark machen.

Warum ist das eine Herzenssache für Sie?

Wie viele, die ein Psychologiestudium aufnehmen, wollte ich ursprünglich Psychotherapeut, speziell Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut werden. Die Frage, was Menschen aus der Bahn wirft und was ihnen dabei hilft, ihren Weg wieder zu finden, hat mich schon früh interessiert.

Dann wäre es ja eigentlich zu erwarten, dass Sie selbst die Approbation anstreben?

Vollkommen richtig. Es hat sich aber ergeben, dass mir Forschung und Lehre großen Spaß machen und diese Ausrichtung des Studiums früh gefördert wurde. Daher ist es nun dieser Weg geworden. Und das bedauere ich auch nicht. Es fühlt sich richtig an.

Welche Bereiche erleben Sie für sich als Neuland, welche Erfahrungen bringen Sie aus Ihren bisherigen Stationen ein?

Tatsächlich neu für mich ist der Perspektivwechsel. Als Forscher sollte man eine gewisse Außenperspektive einnehmen und nun bin ich mittendrin in der Interessenvertretung. Einbringen kann ich vor allem wissenschaftliches und gesundheitspolitisches Know-How. Wenn man seine Positionen mit wissenschaftlichen Fakten unterlegen kann, hat man direkt eine ganz andere Verhandlungsbasis.

Gibt es Bereiche, in die Sie sich einarbeiten müssen, weil Sie Ihnen bislang wenig vertraut waren?

Was ich nicht erwartete hatte, ist die Vielzahl an psychotherapeutischen Verbänden und Interessengruppen mit ihren jeweiligen Standpunkten und Entwürfen.

Welche Eindrücke haben Sie aus den ersten Wochen Ihrer neuen Tätigkeit in der PKN mitgenommen?

Ich bin sowohl durch das Team in der Geschäftsstelle als auch durch den Vorstand sehr herzlich aufgenommen worden und bin dabei, meine Aufgaben zu finden. Es fühlt sich nicht wie der große Bruch an, den ich ursprünglich erwartet hatte.

Gibt es etwas, was Sie auf diesem Weg den Mitgliedern gern mitteilen möchten?

Ja, dass ich mich darauf freue, meine Fertigkeiten im Sinne der Mitglieder und der Kammer einzusetzen. Ich hoffe auch den Mitgliedern über die Öffentlichkeitsarbeit den Zugang zu den Aufgaben und Aktivitäten der Kammer zu erleichtern.

Lieber Herr Nowik, vielen Dank für das Gespräch und viel Spaß und Erfolg für Ihre neue Aufgabe.

Bekanntmachungen

Feststellung des Haushaltsplans der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für das Haushaltsjahr 2018

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 04.11.2017 den Haushaltplan für das Jahr 2018 in Höhe von 1,84 Millionen Euro genehmigt. Am 02.05.2018 wird der Haushaltsplan auf der Homepage der PKN bekannt gemacht.

Hannover, den 13.02.2018

Roman Rudyk

Präsident

Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2018

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung am 11.12.2017 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2018 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiermit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.09.2016 (Nds. GVBl. S. 192), i. V. m. § 25 Nr. 7 HKG i. V. m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i. V. m. dem Vertrag über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA) vom 22.12.2005 (niedersächsisches ärzteblatt 2/2006 S. 68 ff., Einhefter für Niedersachsen im Psychotherapeutenjournal 1/2006 S. 7 f., ZKN Mitteilungen 2/2006 S. 126 f.), zuletzt geändert am 21.10.2014 (niedersächsisches ärzteblatt 12/2014 S. 34, Psychotherapeutenjournal 4/2014, Einhefter S. 3, ZKN Mitteilungen 11/2014 S. 512), bekannt gemacht.

Hannover, den 11.12.2017

Dr. med. Martina Wenker

– Vorsitzende der Verbandsversammlung –

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Roman Rudyk, Andreas Kretschmar, Jörg Hermann, Tatjana Wanajew, Jutta Mildner & Daniel Nowik (Fotos: PKN).

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304 -30
Fax: 0511/850304 -44
info@pknds.de
www.pknds.de

Internet in der Psychotherapie – Großer Ratschlag am 24.01.2018

Welche Auswirkungen hat das Internet auf die Profession der Psychotherapeuten und die Ausübung von Psychotherapie? Um über den Sachstand zu informieren und damit verbundene Themen zu diskutieren, hatte die Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) am 24. Januar 2018 ihre Kammerversammlungsmitglieder zu einem Großen Ratschlag nach Dortmund eingeladen. „Wir müssen uns damit befassen, was aus fachlicher Perspektive unter Psychotherapie mittels Anwendung von Internetangeboten zu verstehen ist, welche seriösen Angebote wir machen können und wo wir Grenzen sehen“, hob Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, eingangs hervor. Moderiert wurde der Große Ratschlag von Vorstandsmitglied Mechthild Greive.

Stand der Forschung

Über aktuelle Erkenntnisse der Forschung zur „Blended Therapy“ und der Integration von neuen Medien in den psychotherapeutischen Alltag berichtete Prof. Dr. Harald Baumeister von der Universität Ulm. Eine Behandlung mithilfe von Online-Angeboten könne bei unterschiedlichen Störungsbildern interessant sein. Die Wirksamkeit von Interventionen via Internet oder Smartphone sei mittlerweile in vielen Studien belegt, wobei sich therapeutisch begleitete Angebote im Vergleich zu unbegleiteten als wirksamer erweisen würden. Im Vergleich mit face-to-face-Angeboten ließen evidenzbasierte Metaanalysen erkennen: Bei Erwachsenen, die sich die Nutzung sowohl von Online- als auch von Offline-Angeboten vorstellen können, wirke beides gleich gut. Zum gleichen Ergebnis käme eine Metaanalyse für den Kinder- und Jugendlichbereich. Noch wenig wisse man darüber, wie viele Menschen Online-Interventionen für akzeptabel halten. Diskutiert werde zudem, ob sie den Zugang



Gerd Höhner



Mechthild Greive

zu klassischen Psychotherapien erleichtern könnten. Als weitere Aspekte stellte Baumeister den Weg der Angebote in die Praxis sowie ihre Auswirkungen auf das Verständnis von Psychotherapie und das Selbstverständnis des Berufsstandes heraus.

Rechtliche Grundlagen

Prof. Dr. Martin H. Stellpflug, Justiziar der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), stellte dar, unter welchen rechtlichen Voraussetzungen das Internet in der Psychotherapie genutzt werden könne. Wesentlich sei, Beratung und Behandlung voneinander abzugrenzen. Die Berufsordnung halte zudem fest, dass bei Psychotherapien mithilfe elektronischer Kommunikationsmedien besondere Sorgfaltspflichten einzuhalten

seien. Das betreffe insbesondere die ordnungsgemäße Aufklärung und die Diagnosestellung. Grundsätzlich setze die Einwilligung in eine Behandlung eine mündliche Aufklärung voraus. Die sei etwa bei einer Kommunikation ausschließlich über E-Mail nicht gegeben. Für die Diagnosestellung seien Psychotherapeuten verpflichtet, sich ein eigenes Bild zu machen. Dafür sei die Berücksichtigung nonverbaler Kommunikationsanteile erforderlich, was bei einer ausschließlich schriftlichen Kommunikation nicht möglich sei. Lösungen könnten nach Stellpflug beispielsweise darin liegen, vor Beginn ein einmaliges direktes Treffen zu vereinbaren oder – falls die räumliche Distanz dies nicht zulässt – Aufklärung und Diagnosestellung an einen Psychotherapeuten vor Ort zu delegieren. Der derzeit größte



Prof. Dr. Harald Baumeister



Prof. Dr. Martin H. Stellpflug

Hemmschuh bei der Anwendung mediengestützter Interventionen sei das Haftungsrecht.

Standpunkt der BPTK

Dr. Alessa Jansen, wissenschaftliche Referentin der BPTK, hielt fest, dass insbesondere bei Angststörungen und Depression eine gute Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit digitaler Angebote vorliege. Internetprogramme ohne therapeutische Unterstützung würden allerdings von den Nutzern häufiger abgebrochen. Jansen erklärte, dass mittlerweile auch viele Krankenkassen spezifische Angebote entwickelt hätten. Im Sinne der Patientensicherheit dürften sich jedoch Versicherung und Versorgung nicht vermischen und wirksame Internetprogramme nicht allein den Versicherten einer bestimmten Krankenkasse zur Verfügung stehen. Maßgeblich seien zudem der Einsatz zertifizierter Medizinprodukte und die Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit. Als Chancen in der Anwendung digitaler Angebote bezeich-

nete die Referentin unter anderem die Möglichkeit, Entfernungen überbrücken zu können, Zugangsbarrieren abzubauen und Behandlungserfolge zu stabilisieren.



Dr. Alessa Jansen

Die Diskussion spiegelte die Vielschichtigkeit des Themas wider. Mehrfach wurde betont, dass man nicht über die ausschließliche Behandlung mit digitalen Anwendungen spreche. Zentrale Anforderungen seien, Anwendungsfelder sowie Vor- und Nachteile zu prüfen

und jeweils im Einzelfall zu entscheiden, ob und für wen ein Angebot passen könnte. Positiv wurde gesehen, dass man mit den neuen Möglichkeiten Menschen Angebote machen könne, die einen erschwerten Zugang zu einer unmittelbaren Psychotherapie haben. Diskutiert wurde auch, wie die Nachhaltigkeit von Online-Interventionen zu bewerten sei und dass im Zuge der neuen Entwicklungen die Definition von Psychotherapie diskutiert werden müsse. Zentral bliebe die Frage nach der Qualität der Patient-Therapeut-Beziehung. Einigkeit bestand darüber, dass sich die Profession unverzüglich mit dem Thema „Internet in der Psychotherapie“ beschäftigen sollte. „Wichtig ist dabei, dass wir eng bei unserem Selbstverständnis und unseren Kompetenzen bleiben und die Diskussion, was Psychotherapie ist und wie sie angewendet werden kann, nicht andere führen lassen“, betonte Kammerpräsident Gerd Höhner abschließend.

Tag der Neuapprobierten am 03.02.2018

Über 140 neu approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten waren am 3. Februar 2018 der Einladung der PTK NRW gefolgt und zum „Tag der Neuapprobierten“ nach Düsseldorf gekommen. Kammerpräsident Gerd Höhner beglückwünschte die Teilnehmer der ausgebuchten Veran-

staltung zu ihrer Approbation und stellte die PTK NRW als Selbstverwaltung aller Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen vor. „Wir freuen uns, wenn Sie auch gesundheitspolitisch in Ihrem neuen Beruf aktiv werden“, betonte er. „Es gibt viele Möglichkeiten, sich zu engagieren



PTK NRW-Vorstandsmitglieder Mechthild Greive, Andreas Pichler, Gerd Höhner, Barbara Lubisch, Bernhard Moors



Neuapprobierte Kammermitglieder

und unsere Profession in fachlichen Diskussionen zu vertreten.“ Aktuelle und für die Zukunft des Berufsstandes durchaus brisante Themen seien beispielsweise die geplante Reform der Psychotherapeutenausbildung, die Diskussion um einen Modellstudiengang Psychopharmakotherapie und die Überlegungen zu der Nutzung des Internets in der Psychotherapie. Erforderlich sei Engagement auch in berufspolitischen Fragen, etwa hinsichtlich der Vergütung

psychotherapeutischer Leistungen und für die Entwicklung einer bedarfsge- rechten Versorgungsstruktur.

Jens Mittmann vom Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW gab den Neuapprobierten einen Einblick in die Organisation des berufsständigen Versorgungswerkes und informierte zu Mitgliedschaft, Beitragszahlungen und Leistungsarten. Dr. Horst Bartels, Justiziar der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, fasste die Zulassungsvoraussetzungen zusammen und beleuchtete verschiedene Möglichkeiten der Berufsausübung.

Wissenswert für den Berufsstart

Praxisbezogene Informationen zu den Bedingungen und Perspektiven der Berufstätigkeit in der Niederlassung vermittelte Barbara Lubisch aus dem Vorstand der PTK NRW. Sie umriss die Anforderungen, die eine selbstständige Tätigkeit in Niederlassung mit sich bringt, skizzierte die Verdienstmöglich-

keiten und hatte Ratschläge für das Praxismarketing. In ihren Ausführungen zu der Abrechnung über Kostenerstattung wies sie darauf hin, dass sich dieser Weg seit einiger Zeit schwieriger gestalten würde. „Wer sich mit einer Privatpraxis niederlässt, sollte sich daher zusätzliche Standbeine suchen oder Spezialgebiete entwickeln. In den Bereichen Schmerz-, Sucht- und Traumatherapie besteht zum Beispiel immer noch ein Mangel an psychotherapeutischen Angeboten.“ Darüber hinaus empfahl Lubisch, sich in die Praxis- und Stellenbörse auf der Homepage der PTK NRW (www.ptk-nrw.de) einzutragen.

PTK NRW-Vorstandsmitglied Mechthild Greive zeigte die Perspektiven für eine Berufstätigkeit als angestellter Psychotherapeut und das facettenreiche Feld möglicher Arbeitgeber auf. Als Pluspunkt im Vergleich zum freien Praxissitz hob sie die Arbeit in einem – oft multiprofessionellen – Team hervor. „Die kollegiale Intervision am Arbeitsplatz und die Möglichkeit, etwas über andere Be-

rufsfelder zu lernen, habe ich selbst immer als sehr bereichernd empfunden“, erklärte sie. Eine positive Neuerung sei, dass approbierte Psychotherapeuten, die nach dem kommunalen Tarif des Öffentlichen Dienstes (TVöD) vergütet werden, bei entsprechender Tätigkeit seit letztem Jahr einen Anspruch auf die Entgeltgruppe 14 haben. Abschließend beschrieb Greive mögliche Einsatzgebiete für Psychotherapeuten im Krankenhaus und in der Jugendhilfe. Erfreulich sei, dass im Krankenhaus tätige Kollegen zunehmend auch Leitungsfunktionen übernehmen könnten.

Die Zeit zwischen den Vorträgen nutzten viele Neuapprobierte, um sich an den Beratungsständen der Kammer, des Versorgungswerks und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zu informieren und mit Vorstandsmitgliedern der PTK NRW zu sprechen. Die Präsentationen der Referenten stehen über die Meldung zum „Tag der Neuapprobierten“ unter www.ptk-nrw.de zum Download bereit.

Psychotherapie in der Somatik und der Psychiatrie/Psychosomatik – Angestellte im Fokus am 07.02.2018

Wie lässt sich psychotherapeutische Kompetenz in die vielfältigen Anforderungen und Arbeitsabläufe einer somatischen Klinik einpassen? Welchen Stellenwert nehmen Psychotherapeuten in multiprofessionellen Behandlungskonzepten von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ein? Auf der Veranstaltung „Angestellte im Fokus – Psychotherapie in der Somatik und der Psychiatrie/Psychosomatik“ am 7. Februar 2018 in Dortmund erhielten die über 100 Teilnehmer Einblick in verschiedene Berufsfelder und Organisationsstrukturen. Die Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) knüpfte damit an die Veranstaltung „Angestellte im Fokus – Tarifrecht, Arbeitsrecht, Berufsrecht“ im Februar 2017 an. Auch in diesem Jahr wurde die Informationsveranstaltung federführend von dem Ausschuss Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation der Kammer ausgerichtet und vom Ausschussmitglied Rolf Mertens moderiert.



Rolf Mertens

Facetten der Berufstätigkeit

Einen Einblick in psychotherapeutische Herausforderungen und Arbeitsfelder in der Herzchirurgie vermittelte Dr. Katharina Tigges-Limmer, Psychologische Psychotherapeutin und Leiterin der

medizinpsychologischen Abteilung der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie des Herz- und Diabeteszentrums in Bad Oeynhausen. Positiv wertete sie die gute Einbindung von Psychotherapeuten in das fachliche Team der Herzstation. Sie selbst nähme als angestellte Psychotherapeutin im Rang einer Oberärztin an sämtlichen Besprechungen des Herzteams teil. Die Bereitschaft von Psychotherapeuten, sich medizinischen Inhalten zu öffnen, bezeichnete sie als eine wichtige Basis für eine erfolgreiche Teamarbeit in diesem medizinischen Arbeitsbereich.

Schmerzpsychotherapie im Kliniksetting stellte Dr. Jule Frettlöh von der Neurologischen Klinik und Poliklinik und dem Psychotherapiezentrum am Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum vor. Beispielhaft zeigte die Psychologische Psychotherapeutin auf, wie psychothe-

rapeutische Maßnahmen den Weg für eine psychosomatische Schmerztherapie ebnen können, indem sie verdeckte Ursachen für den Schmerz demaskieren oder Probleme wie eine posttraumatische Belastungsstörung erkennen lassen. Als zentrale und wertvolle Bestandteile ihres Klinikalltags beschrieb sie regelmäßige interdisziplinäre Fallkonferenzen sowie Visiten und Besprechungen im multiprofessionellen Team.

Dr. Georg Kremer von den Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld beleuchtete am Beispiel der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bethel die Eingliederung von Psychotherapeuten in den stationären Betrieb. Ersichtlich wurde, dass Psychotherapie in allen Arbeitsbereichen der Akutpsychiatrie Anwendung finden kann. Im Bielefelder Klinikum seien Psychotherapeuten im Team mit dem Arzt fallverantwortlich und viele in bereichsleitender Funktion tätig. Hinsichtlich der tariflichen Einordnung bemängelte der Psychologische Psychotherapeut, dass approbierte Kollegen, die auf Facharzt oder Oberarztniveau arbeiten, deutlich weniger verdienen würden als ihr ärztliches Äquivalent.

Die Psychologische Psychotherapeutin Susanne Grohmann von der Gelderland-Klinik, Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Geldern, stellte Tätigkeitsfelder und Perspektiven für Psychotherapeuten in der Rehabilitation vor. In dem integrativen Behandlungskonzept der Klinik leiste ein multiprofessionelles Team die psychotherapeutische Behandlung und viele Verantwortungen und Befugnisse würden bei den psychologischen Bezugstherapeuten liegen, die hauptverantwortlich für den therapeutischen Prozess und die Behandlung seien. Auch sie kritisierte die fehlende Vergütung nach fachärztlichem Äquivalent und äußerte unter anderem den Wunsch nach mehr Psychotherapeuten in den Klinikleitungen.

Themen in der sich anschließenden Diskussion waren die Anerkennung und die Stellung von Psychotherapeuten im medizinischen Team sowie ihre Verantwor-



Dr. Katharina Tigges-Limmer



Dr. Jule Frettlöh



Dr. Georg Kremer



Susanne Grohmann

tungsbereiche im Klinikalltag. Zur Sprache kam, was es für Psychotherapeuten bedeute, bei ungleicher Bezahlung im Vergleich zu den Ärzten dennoch gleiche Leistungen zu erbringen. Betont wurden das abwechslungsreiche Themenspektrum und die Arbeit in multiprofessionellen Teams. Kammerpräsident Gerd Höhner begrüßte in seinem Schlusswort, dass die Umsetzung der Reform der Psychotherapeutenausbildung nun in den Koalitionsvertrag aufgenommen wurde. „Viele Themen, die wir heute beständig anbringen müssen, werden in 20 Jahren selbstverständlich sein.“ Als wichtige berufspolitische Aufgaben bezeichnete er sowohl die Ausweitung der Anwendungsfelder von Psychotherapie, etwa bei chronischen Erkrankungen als auch Angebote für Menschen mit Intelligenzminderung und in Pflegeheimen. „In der tariflichen

Eingruppierung kommen wir derzeit an einigen Stellen zu kurz“, hielt er fest. „Umso wichtiger ist es, dass wir unsere Kompetenzen zeigen. Wir treten nicht als Lückenfüller an. Wir sind gut qualifiziert und haben ein gutes Angebot, das zu einer besseren Versorgung beiträgt. Das ist, was für die Kostenträger letztlich zählen wird.“

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/52 28 47-0
Fax: 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

„Menschen können am besten Unterstützung im eigenen Wohnumfeld, im Alltag gebrauchen.“ – Ein Gespräch mit dem Soziotherapeuten Lars Petzka



Die OPK möchte dieses Jahr dazu nutzen, verstärkt die Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungslandschaften zu unterstützen und Kollegen darin zu bestärken, eine Zulassung zur Verordnung von Soziotherapie bei den zuständigen KVen zu beantragen (Foto: Fotolia/© Romolo Tavani)

Neben den neuen Verordnungsmöglichkeiten wie Krankentransporten, Rehabilitation und Krankenhausbehandlung ist die Soziotherapie als weitere neue Befugnis für Psychotherapeuten in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Jahr 2017 hinzugekommen. Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer möchte dieses Jahr dazu nutzen, verstärkt die Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungslandschaften zu unterstützen und Kollegen darin zu bestärken, eine Zulassung zur Verordnung von Soziotherapie bei den zuständigen KVen zu beantragen. Die Soziotherapie ist hauptsächlich im institutionellen Versorgungsbereich angesiedelt, wie die Sozialpsychiatrischen Dienste oder Angebote zu Selbsthilfegruppen auch. Über eine zunehmende Vernetzung

dieser unterschiedlichen Versorgungslandschaften lässt sich eine optimalere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erreichen.

Bei der Soziotherapie handelt es sich nicht nur um ein Angebot für den ambulanten Versorgungsbereich, auch im Rahmen des Entlassungsmanagements nach einem stationären Aufenthalt haben Psychologische Psychotherapeuten die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen. Voraussetzung ist die Abrechnungsgenehmigung, welche formal bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragt werden muss.

Die Versorgung durch Soziotherapeuten ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich ausgeprägt. Das liegt an den sehr unterschiedlichen Rahmenbedin-

gungen, welche die Soziotherapeuten in den Ländern vorfinden, da die Verhandlungen über die Finanzierung der Leistung „Soziotherapie“ nach keinem bundesweit standardisierten Verfahren laufen.

Ein Gespräch mit Lars Petzka, der seit 2016 als Soziotherapeut im Landkreis Bautzen tätig ist, gibt einen Einblick in das Thema Soziotherapie. Lars Petzka ist studierter Heil- und Behindertenpädagoge und seit 2008 in den verschiedenen Bereichen des Psychosozialen Trägervereins Sachsen engagiert und erfahren.

Herr Petzka, was kann Soziotherapie generell bei psychisch kranken Menschen bewirken, leisten? Was ist die Zielsetzung?

Lars Petzka: Die Zielsetzung der Soziotherapie ist eine Hilfe zur Selbsthilfe. Psychisch erkrankte Menschen sollen eigenverantwortlich ihre medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Soziotherapie hat eine koordinierende Funktion, die Menschen dazu befähigt, ihre Gesundheit und ihre Erkrankung selbst im Blick zu haben und zum Beispiel selbstständig ihre Medikamente einzunehmen. Der Soziotherapeut klärt ebenso über die Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld auf und begleitet gegebenenfalls auch. Die Begleitung kann auch zum Facharzt erfolgen. Wir können Selbsthilfeangebote zusammen beraten und die Termine mit den Gruppen gemeinsam wahrnehmen. Hauptziel der Soziotherapie ist die Vermeidung längerer und regelmäßiger Krankenhausaufenthalte. Es ist auch ein Anliegen der Krankenkassen, dass die Kliniktage der Patienten generell sinken. Viele schwer psychisch erkrankte

Menschen gehen noch immer jedes Jahr, teils für längere Zeit in die Klinik. Ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau zum Soziotherapeuten und eine längere stabile Begleitung der Betroffenen mit Einbindung des sozialen Umfeldes sowie integrierte Psychoedukationsangebote zählen zum Leistungsangebot der Soziotherapie.

Mit dem Soziotherapeuten ist einfach eine weitere Person mit im Boot des Helfernetzwerkes, die koordiniert und sogar zum Patienten nach Hause kommt. Es ist ein anderes Gefühl, als wenn Patienten alle paar Wochen irgendwo im Wartezimmer sitzen und Pflichttermine absolvieren.

Das klingt nicht nach einem kurzen Leistungszeitraum, sondern nach einer längeren Begleitung Betroffener. Welchen Umfang kann Soziotherapie haben?

Die Soziotherapie ist nach der Erstellung des Betreuungsplans auf 120 Stunden in drei Jahren bemessen. Die Verordnung wird immer in 30-Stunden-Schritten absolviert. Das bedeutet, dass diese 120 Stunden bei anfangs wöchentlichen Terminen von 90 Minuten bestritten werden, dann 14-tägig und bei guter Stabilisierung ggf. mit noch größeren Pausen, dann reicht dieses Kontingent für drei Jahre. Es gibt auch Patienten, die sehr genau um ihre Krisen und um ihre Schwierigkeiten mit der Erkrankung wissen und den Soziotherapeuten davon in Kenntnis setzen. Der Sinn von Soziotherapie ist, die Betroffenen über einen längeren Zeitraum zu unterstützen. Soziotherapie kann auch nach Ablauf der drei Jahre bei einem erneuten Krankheitsfall wieder verordnet werden.

Worin besteht der Unterschied zur ambulanten psychiatrischen Krankenpflege?

Die ambulante psychiatrische Krankenpflege, die auch kurz APP genannt wird, wird für vier bis max. sechs Monate verordnet und ist hochfrequenter. Sie hat weniger die koordinierende Komponente wie die Soziotherapie. Es geht hier verstärkt um die begleitete Alltagsbewältigung. APP kann auch mehrmals die Woche stattfinden und ist sehr gut

im Rahmen des Entlassungsmanagements von Patienten aus der Klinik oder aus der Tagesklinik sowie zur Bewältigung schwerer psychischer Krisen geeignet. Die häusliche psychiatrische Krankenpflege wird überwiegend durch Fachärzte verordnet. Wenn ein Facharzt also beide Angebote in seiner Region zur Verfügung hat, ist es absolut sinnvoll, die APP voranzustellen und sie anschließend in die Soziotherapie überleiten zu lassen. In manchen Fällen zeichnet sich auch ab, dass zum Wohl der Patienten die Soziotherapie für eine Weile unterbrochen wird, um eine häusliche psychiatrische Krankenpflege einzuschieben, um dann später mit der Soziotherapie fortzufahren. Aber beide Angebote sind nicht überall und flächendeckend vorhanden und eine gleichzeitige Verordnung von APP und Soziotherapie ist zwar erlaubt, aber in der Praxis schwierig.

Sie haben es bereits anklingen lassen: Wer bietet Soziotherapie überhaupt an und wie können sich Psychotherapeuten für ihre Region einen Überblick über vorhandene Soziotherapeuten verschaffen?

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hat auf ihrer Webseite das Angebot von Soziotherapeuten erst kürzlich überarbeitet. Derzeit gibt es 12 Anbieter/Träger von Soziotherapie in Sachsen. Im Landkreis Bautzen bin ich aktuell noch die einzige Person, die Soziotherapie erbringt. Ab Januar 2018 werden es dann zwei Personen sein. Wir werden versuchen, unsere Region gut aufzuteilen. Im Landkreis Görlitz gibt es aktuell zwei Soziotherapeuten. Alle Erbringer dieser Leistungen sind miteinander vernetzt und treffen sich zwei-, dreimal im Jahr, weil es auch darum geht, diese Leistungen kostentragend anzubieten. Das ist der Grund, warum sich viele Träger sehr unsicher sind, ob sie die Soziotherapie in ihr Spektrum aufnehmen sollen, gerade in ländlichen Regionen. Lange Fahrtstrecken und die Fahrzeiten werden bisher in keiner Weise vergütet. Es laufen aber Verhandlungen und wir sind guter Dinge, dass sich das ändern wird.

Es gibt einen Bundesverband Soziotherapie und eine Bundesarbeitsge-

meinschaft im Dachverband Gemeindepsychiatrie. Diese Zusammenschlüsse sind für die Vernetzung und unsere Fortbildung wichtig, damit man sich nicht nur als Einzelkämpfer in einer Region verliert.

Welche Ausbildung haben Sie und welche Erfahrungen bringen Sie auf diesem Gebiet mit?

Ich darf die Soziotherapie nach Rücksprache mit den Kassen seit Mitte 2016 anbieten. Mein erster Beruf, den ich erlernt habe, war Krankenpfleger. Ich habe darin mehr als zwei Jahre in einer psychiatrischen Klinik gearbeitet, um danach ein Studium der Heilpädagogik zu beginnen und abzuschließen. Danach habe ich für sieben Jahre in Dresden gearbeitet und hatte es dabei mit psychisch erkrankten Elternteilen und deren Kindern zu tun. In der Region Bautzen bin ich seit Mitte 2016 mit dem Aufbau der Soziotherapie beschäftigt.

Die Soziotherapie ist entweder von Fachkrankenschwestern für Psychiatrie oder Krankenschwestern mit möglichst langjähriger Berufserfahrung zu erbringen oder von Sozialarbeitern oder von Sozialpädagogen, die auch schon klinische oder stationäre Erfahrung haben. Bei mir ist es eher die Erfahrung aus der Krankenpflege und der Heilpädagogik, die ich fast noch besser geeignet finde als die Soziale Arbeit. Es gibt dazu bei den Krankenkassen viel Kulanz. Die Kassen schauen sich die Bewerber für Soziotherapie aber schon sehr genau an.

Wie sieht Ihre Arbeit in Bautzen als Soziotherapeut genau aus? Und wie groß ist die Nachfrage nach Soziotherapie?

Die Leistung beginnt sich auch bei den Fachärzten gerade erst zu etablieren. Ob die Psychotherapeuten die Nachfrage nun stark verändern werden, muss sich zeigen. Bisher durften nur die Institutsambulanzen der psychiatrischen Krankenhäuser und die Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie die Soziotherapie verordnen. Aufgrund der niedrigen Zahl der Fachärzte, aber der hohen Zahl der Patienten, ist es für die Fachärzte der Region eine Überwindung, sich mit

solchen neuen Angeboten wie der Soziotherapie zu beschäftigen. Weil dieses Angebot nie vorlag und dann einfach dazukam, dauert es, bis die Fachärzte sich die Zulassung bei den KVen zur Verordnung eingeholt haben. In der ersten Zeit bestand meine Arbeit zumeist in viel Informationsarbeit bei den Fachärzten. Gerade in diesem Jahr ist das Interesse gewachsen und Psychotherapeuten dürfen die Soziotherapie verordnen. Dazu merken wir in der Region, dass viele Interessenten in den Startlöchern sitzen. Wir können uns vorstellen, dass diese Entwicklungen das Angebot und die Ausbildung von Soziotherapeuten stark verändern werden. Ab Januar 2018 sind wir zwei Personen aus unserem Verein, dem Psychosozialen Trägerverein Sachsen e. V., die die Soziotherapie im Landkreis Bautzen anbieten dürfen. Mein Kollege, der selbständig in Görlitz arbeitet, hat schon eine lange Warteliste. Er bietet die Soziotherapie bereits seit fünf oder sechs Jahren an. Bei mir sind die Patientenzahlen noch im Aufbau und ich habe noch freie Kapazitäten. Dass neue Träger schnell weitere Soziotherapeuten einstellen und in das Rennen bringen, kann ich mir erstmal nicht vorstellen. Wenn Psychotherapeuten die Relevanz von ambulant aufsuchenden Versorgungsangeboten erkennen und damit die Nachfrage an Soziotherapie verändern werden, wird das alles langsam wachsen.

Sehen Sie Schwierigkeiten bei der Verordnung von Soziotherapie durch Psychotherapeuten?

Psychotherapeuten müssen einen recht kurzen, formalen Antrag – den man auch auf den KV-Homepageseiten finden kann – ausdrucken und zu dem in der Region existierenden Soziotherapeuten Kontakt aufnehmen, das Institutionskennzeichen mit angeben und dann geht es in der Regel sehr schnell, dass Psychotherapeuten die Zulassung für die Verordnung erhalten. Dann ist noch zu beachten, dass mittlerweile alle F-Diagnosen für die Soziotherapie zulässig sind, wenn ein gewisser Schweregrad der Erkrankung vorliegt. Damit müsste man sich vorab beschäftigen. Diese sind in der sogenannten GAF-Skala abzulesen. Die Krankenkasse

entscheidet, ob der Verordnung stattgegeben wird und der Patient tatsächlich Soziotherapie erhalten kann. Bis zu einer Entscheidung gelten fristgerecht eingereichte Verordnungen als genehmigt. Auf den KV-Seiten findet man gut zusammengefasste Informationen zur GAF-Skala, zur Bewertung und insgesamt zur Verordnung von Soziotherapie.

(Die Broschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung „Soziotherapie, Hinweise zur Verordnung“ finden Sie unter dem Link: http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Soziotherapie.pdf.)

Warum ist die Soziotherapie weniger für den KJP-Bereich bestimmt? Sind hier Eltern bzw. Erziehungsberechtigte in der Verantwortung, ihren Kindern die notwendige medizinische Versorgung zukommen zu lassen?

Unter der derzeitigen Gesetzeslage und aus meiner Erfahrung in der Jugendhilfe liegt es größtenteils in der Verantwortung der Eltern, der Erziehungsberechtigten, dass dem Kind, dem Jugendlichen durch diese Personen eine ordentliche Unterstützung zu teil wird, eigenverantwortlich medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie kann bei jungen Volljährigen ab dem 18. bis 21. Lebensjahr von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden. Wenn es um Kinder und Jugendliche unter dem 18. Lebensjahr geht, die mit seelischen Beeinträchtigungen zu kämpfen haben, dann geht nur der Weg über den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) der Jugendämter. Im besten Fall haben die ASDs auch Stellen/Träger an der Hand, die mit psychischen Problemen der Klienten umzugehen wissen. Es gibt in den meisten Regionen eine breitgefächerte Trägerlandschaft, bei denen die Schwerpunkte zum Beispiel auf Sucht und psychischen Erkrankungen liegt. Lediglich in den ländlichen Regionen hört man, dass viele Träger zu wenig Erfahrung in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen haben. Wir können nur hoffen, dass die Ausbildung an Hochschulen und Universitäten verstärkt diese Probleme aufgreifen.

Eltern haben nicht die Möglichkeit, auf Soziotherapie zurückzugreifen, aber an-

hand der Paragraphen 35a und 41 SGB VIII können Eltern Anträge auf Unterstützungsleistung stellen. Zum Beispiel wären diese zum Nachteilsausgleich von Schülern mit Dyskalkulie oder Legasthenie an den Schulen selbst. Damit sollte es ziemlich schnell zur Einsteuerung der Jugendhilfe kommen. Dafür sind aber die Jugendämter die Partner. Ob diese Verantwortlichkeiten im Bundesteilhabegesetz 2018 noch einmal anders gewichtet werden, ist momentan nicht abzusehen.

Können Sie an einem ganz praktischen Beispiel aufzeigen, wie Ihre Arbeit mit den Patienten aussieht?

Wenn man sich das Zeitfenster anschaut, das wir in unserer Arbeit für den Patienten zur Verfügung haben, ist es nicht sofort möglich, das Leben des erkrankten Menschen von einem Tag auf den anderen positiv zu beeinflussen. Wenn ich schon im Erstgespräch authentisch mit den Patienten umgehe und ihnen die Angst nehmen kann, sie mit der Soziotherapie bevormunden zu wollen, dann kann man auf einer guten Vertrauensbasis einiges bewirken. Ich habe einen Mann, der über Monate in klinischer und tagesklinischer Behandlung war und natürlich nicht als gesund entlassen wurde. Dann ist es erst einmal wichtig, die Angehörigen darüber aufzuklären, dass der Mann noch immer unter Psychosen leidet. Wichtigste Aufgabe ist es dann, sich mit dem Patienten und den Angehörigen hinzusetzen und zu vermitteln, was diese Erkrankung für den Lebensalltag aller Beteiligten bedeutet. In den wöchentlichen Terminen versuchen wir alle an einen Tisch zu bekommen und Verständnis, gegenseitige Rücksichtnahme und Respekt zu fördern. Wir begleiten die Facharzttermine, die Termine zu den Selbsthilfegruppen, zum sozialpsychiatrischen Dienst und schauen uns um, was noch für den einzelnen Patienten sinnvoll wäre. Das Wichtigste sind aber Authentizität und Vertrauen. Wir bieten Hilfe zur Selbsthilfe. Menschen können am besten Unterstützung im eigenen Wohnumfeld, im Alltag gebrauchen. Darin stärken wir sie, ihren Alltag wieder in den Griff zu bekommen, in die eigene Hand zu nehmen.

3. KJP-Symposium lädt am 31. August 2018 wieder nach Potsdam ein

Am 31. August und 1. September geht die OPK in die Neuauflage des 2015 initiierten, sehr erfolgreichen KJP-Symposiums. Mit neuen praxisnahen Themen, namhaften Referenten und viel Vernetzung und Kommunikation sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wieder nach Potsdam eingeladen. Für das PTJ gibt die Vorsitzende des OPK-KJP-Ausschusses, Cornelia Metge, eine erste Vorausschau auf „Psyche trifft Soma“ im Sommer.

Das Thema des diesjährigen KJP-Symposiums im Sommer ist „Psyche trifft Soma – Zwei unabhängige Welten?“. Wie fanden Sie zu diesem Thema?

Cornelia Metge: Glücklicherweise sind es ja keine zwei Welten mehr. Bei vielen Erkrankungen, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, ist das klassische Krankheitsmodell gar nicht mehr so einfach anwendbar. Oftmals handelt es sich um multifaktorielle Erkrankungen, zahlreiche Einflussfaktoren spielen dabei eine Rolle. Schätzungen gehen davon aus, dass rund 20 Prozent der Kinder in Deutschland an einer chronischen Erkrankung leiden. Das sind rund zwei bis drei Millionen Kinder, eine riesige Zahl. Viele von ihnen müssen sich auf ein Leben mit dieser Erkrankung einstellen. Das hat Auswirkungen auf die kindliche Psyche. Damit ist es ein wichtiges Arbeitsfeld für uns als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dabei geht es neben den Strategien für die Krankheits- und Alltagsbewältigung auch um die Behandlung der Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen, z. B. nach invasiven Eingriffen, und natürlich um die Prävention. Deshalb ist es für unser Symposium ein sehr wichtiges Thema.

Die Grenzen zwischen psychischer Komorbidität bei körperlichen Er-



„Was stärkt Familien?“ – Um diese Frage wird es in Potsdam verstärkt gehen
(Foto: Fotolia/@sborisov)

krankungen und somatischer Komorbidität bei psychischen Erkrankungen zu ziehen und zu behandeln, ist für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sicher eine große Herausforderung.

Das ist durchaus richtig. Doch statt sich dem allseits bekannten Henne-Ei-Dilemma hinzugeben und zu fragen, ob die psychische Beeinträchtigung der körperlichen Erkrankung folgt oder umgekehrt, ist es doch viel wichtiger, das Leid der Patienten ernst zu nehmen und in Kooperation mit den ärztlichen Kollegen zu einer wirksamen Behandlung zu finden. Das erfordert ein sehr hohes Maß an Bereitschaft, sich auch somatisches Wissen anzueignen bzw. es zu erweitern und sich zu vernetzen, um eine ganzheitliche Versorgung der Patienten zu ermöglichen. Da es auch Ziel der letzten beiden Symposien war,

über den berühmten Tellerrand hinauszuschauen, bleiben wir hier unserer Linie außerordentlich treu.

Das KJP-Symposium hält aber weiter eine Menge an interessanten Themen und sehr guten Referenten bereit. Können Sie einige nennen?

In den Vorträgen zu chronischen körperlichen Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die kindliche Psyche wenden wir uns auch den Themen der Prävention zu. Mit der Frage „Was hält Familien gesund?“ wird sich Frau Dr. Kunze in einem Vortrag beschäftigen. Auch dem viel diskutierten Thema „Umgang mit Medien“ – wann spricht man von Konsum und wann von Sucht – schenken wir viel Zeit und Raum. Und last but not least landen wir Dank der Rückmeldungen der Teilnehmer der letzten Jahre wieder bei der Vorstellung neuer Spiele in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Gibt es im KJP-Bereich genügend Veranstaltungen, die auch der Vernetzung und des Themenaustausches von Kollegen dienen?

In meiner Wahrnehmung ist das eher nicht der Fall. Die Kolleginnen und Kollegen versuchen sich zwar in den Qualitätszirkeln gut zu vernetzen, was auch wirklich gut funktioniert. Mir wird aber häufig im Gespräch signalisiert, dass es nicht ausreicht. Insofern sehe ich es auch als ein Thema unserer Kammer, zu dieser Vernetzung beizutragen. Das ist ein Anliegen unseres Symposiums, denn das zeigen die Rückmeldungen der vorherigen Veranstaltungen, dass die dort mögliche Vernetzung und der Austausch sehr geschätzt wird. Wenn wir dazu mit dem 3. KJP-Symposium beitragen können, ist das toll.

„Berufliche Identität angestellter Psychotherapeuten“ als Thema des 3. Angestelltentages der OPK am 19. September 2018 in Leipzig



(Fotolia/K. C.)

Psychotherapeutische Arbeit in Institutionen wie Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen oder ambulanten Versorgungseinrichtungen wird von vielen Faktoren mitbestimmt, die außerhalb der Zweierbeziehung zwischen Patient und Therapeut liegen. Psycho-

therapeuten müssen institutionelle Regelungen befolgen, sich der Leitung durch Berufsfremde unterstellen und in multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten. Dabei sollen sie ihre eigene berufliche Identität finden, sie nach außen verdeutlichen und psychothera-

peutisches Handeln von anderen Tätigkeiten und Anforderungen abgrenzen.

Der 3. Tag der Angestellten Psychotherapeuten in der OPK möchte den Austausch über berufliche Identitäten anregen, zu berufs- und arbeitsrechtlichen Fragen beraten und berufspolitische Strategien zur Entwicklung von psychotherapeutischer Identität nach innen und nach außen hin voranbringen.

Anmeldungen dafür sind ab sofort auf der OPK-Homepage unter www.opk-info.de/fortbildungen/kalender/3-tag-der-angestellten-psychotherapeuten-berufliche-identitaet-angestellter-psychotherapeuten/ möglich.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen braucht verbindliche Kooperationsstrukturen

Gelungene Auftaktveranstaltung

„Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in RLP – Gemeinsam schaffen wir das!“ war das kämpferische Motto der Veranstaltung, die die Landespsychotherapeutenkammer RLP zusammen mit dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (bkjpp), der Landesärztekammer RLP (LÄK) und der Kassenärztlichen Vereinigung RLP (KV) am **27. Januar 2018** angeboten hat.

Ziel der Veranstaltung war der Austausch zwischen den beteiligten Berufsgruppen der Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie die Entwicklung besserer Kooperationsstrukturen, um die Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu optimieren und Arbeitsabläufe zu erleichtern. Eine gemeinsame Veranstaltung von diesen vier maßgeblichen Akteuren in der Versorgung psychisch kranker Kinder stellt ein Novum in RLP dar und soll der Auftakt zu weiteren Kooperationsveranstaltungen sein.

Rund 80 Teilnehmer waren gekommen und wurden mit einem Grußwort von **Joachim Speicher** vom Landesministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie empfangen. Nach weiteren Grußworten von **Dr. med. Christel Werner** (LÄK RLP) und **Peter Andreas Staub** (KV RLP) folgte ein ausgezeichnete Fachvortrag zum Thema „Fetales Alkoholsyndrom“ (FAS) von **Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Feldmann** von der FAS-Ambulanz in Waldstedde.



v. l. n. r.: Sabine Maur, Dr. Gundolf Berg, Dr. Christel Werner, Peter Andreas Staub, Peter Brettle

Sabine Maur, Vorstandsmitglied der LPK RLP und in Mainz niedergelassen mit einem Kassensitz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, griff das Thema FAS in ihrem Vortrag auf: Anhand eines Patientenbeispiels stellte sie gemeinsam mit dem kinderpsychiatrischen Kollegen **Dr. Gundolf Berg** (BKJPP) ein Kooperationsmodell aus der Praxis vor.

Um junge Patienten mit einer psychischen Erkrankung angemessen therapeutisch behandeln zu können, ist in vielen Fällen die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychiater sowie die Einbeziehung von anderen behandelnden Ärzten, Schulen, Betreuungseinrichtungen, der Familie, dem Jugendamt etc. nötig. Bisher sind die Kontaktaufnahme und der Aus-

tausch mit all diesen Akteuren weder strukturell verankert noch angemessen vergütet.

Veranstalter und Teilnehmer beider Berufsgruppen waren sich einig, dass sich das dringend ändern muss. Herr Dr. Berg stellte eine mögliche Lösung vor: ein Kompetenzverbund-Modell, das in der Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erarbeitet wurde und praxisübergreifende Kooperationen organisiert und erleichtert. Die praktische Implementierung des erarbeiteten Modells voranzutreiben, braucht weiterhin berufspolitisches Engagement und wohl noch etwas Geduld: Nun gilt es, die Gesundheitspolitiker und die Krankenkassen von der Notwendigkeit eines solchen Kooperationsmodells zu überzeugen.

Auch der **SWR** besuchte die Veranstaltung „Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in RLP – Gemeinsam schaffen wir das!“ und interviewte LPK-Vorstandsmitglied Sabine Maur. Den Beitrag, der am 27.01.2018 um 18 Uhr

in „SWR Aktuell“ gesendet wurde, finden Sie über unsere Homepage <https://www.lpk-rlp.de/news/presseartikel.html>.

Die Kassenärztliche Vereinigung drehte außerdem den Beitrag „Psychische Er-

krankung bei Kindern und Jugendlichen: mehr Hilfen durch Kooperationen“ für das Web-Magazin „KV-TV Praxis“.

Der Film kann unter <https://www.kv-rlp.de/mitglieder/filmothek/kv-tv-praxis-das-magazin-156/> abgerufen werden.

Rund 100 Zuhörer beim Symposium „Psychotherapie der Altersdepression“ von LPK, LZG und Landeskrankenhaus



Rund 100 interessierte Zuhörer kamen zum Symposium nach Alzey

Auf großes Interesse stieß das Symposium „Psychotherapie der Altersdepression“, das die Landespsychothe-

rapeutenkammer Rheinland-Pfalz gemeinsam mit dem Landeskrankenhaus RLP und der Landeszentrale für Ge-

sundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (LZG) am **28. November 2017** veranstaltete. Rund 100 Zuhörer fanden sich in der Rheinhessen-Fachklinik in Alzey ein. Im Rahmen der Initiative „Bündnisse gegen Depression Rheinland-Pfalz“ stellten Experten Psychotherapieverfahren vor, die an die Bedingungen des Alterns angepasst sind und gute empirische Evidenzen aufweisen. Moderiert wurde die Veranstaltung von **Dr. Andrea Benecke**, Vizepräsidentin der LPK RLP. Die Veranstaltung wurde gefördert vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz.

Der **SWR** besuchte das Symposium und interviewte Frau Dr. Benecke zum Thema Altersdepression. Den am 28.11.2017 um 19:30 in „SWR Aktuell“ ausgestrahlten Beitrag finden Sie über unsere Homepage www.lpk-rlp.de unter „Aktuelles“ / „Presseartikel“.

Landtagsabgeordnete Katharina Binz zu Gast bei der LPK RLP

Am 15.12.2017 besuchte **Katharina Binz**, Abgeordnete des Landtags Rheinland-Pfalz (Bündnis 90/DIE GRÜNEN), die Geschäftsstelle der LPK RLP. Anlass des Gesprächs mit LPK-Präsident **Peter Brettle** und LPK-Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke** war eine kleine Anfrage zur psychotherapeutischen Versorgung in Rheinland-Pfalz, die Frau Binz im Landtag gestellt hatte, sowie die Antwort des Gesundheitsministeriums.

Frau Binz und die LPK sind sich darin einig, dass für die Versorgung von psychisch kranken Patienten mehr



v. l. n. r.: Peter Brettle, Katharina Binz, Dr. Andrea Benecke

getan werden muss. Obwohl die Versorgungslage unzureichend ist und die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz viel zu lang

sind, wird die Dringlichkeit des Problems nicht überall erkannt. Immer noch wird psychischen Erkrankungen von der Gesellschaft und dem Gesundheitswesen ein geringerer Stellenwert beigemessen als körperlichen Erkrankungen. Wer psychisch erkrankt, stößt nicht selten auf Unverständnis und Unwissen. Katharina Binz und die Vorstandsmitglieder der LPK beschlossen bei ihrem Gespräch, gemeinsam diesem mangelnden Verständnis gegenüber psychischen Erkrankungen entgegenzuwirken. Um diesen Beschluss umzusetzen, ist ein nächstes Treffen zu Beginn des neuen Jahres geplant.

Treffen der leitenden Psychotherapeuten aus Sucht-Rehabilitationseinrichtungen in der Geschäftsstelle

Am 6. Dezember 2017 waren fünf Psychotherapeuten, die in leitender Funktion in Sucht-Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, zu Gast in der Geschäftsstelle der LPK RLP: Peter Missel (Leitender Psychologe MEDIAN Kliniken Daun), Patrick Burkard (Leitender Abteilungspsychologe MEDIAN Kliniken Daun – Thommer Höhe), Oliver Kreh (Leitender Psychologe MEDIAN Klinik Tönisstein), Nikolaus Lange (Leitender Psychologe Fachklinik Eußerthal) und Andreas Stamm (Geschäftsführer der Suchtberatung Trier e. V. „Die Tür“) wurden von LPK-Präsident Peter Brettle und LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke empfangen.



v. l. n. r.: Nikolaus Lange, Dr. Andrea Benecke, Andreas Stamm, Peter Missel, Oliver Kreh, Peter Brettle, Patrick Burkard

Die LPK RLP und die leitenden Psychotherapeuten der Sucht-Rehabilitationseinrichtungen möchten künftig inhaltlich enger zusammenarbeiten. Außerdem möchten sich beide für eine Stärkung der Position von Psychotherapeuten innerhalb von Sucht-Rehabilitationseinrichtungen einsetzen und

deren strukturelle Verankerung verbessern. Sowohl Psychotherapeuten in Leitungspositionen als auch den übrigen in Sucht-Rehabilitationseinrichtungen täti-

gen Psychotherapeuten soll der Rücken gestärkt werden. Das Thema „Sucht“ wird auch die LPK-Fachtagung am 22. September 2018 bestimmen.

Datenschutz-Grundverordnung erfordert Nachbesserungen im Versorgungsalltag

Datenschutz spielt besonders in der Medizin, in der Behandlung von Patienten und im Umgang mit Gesundheitsdaten eine zentrale Rolle. Um dieser wichtigen Aufgabe gerecht zu werden, sollten Psychotherapeuten die geltenden rechtlichen Vorgaben kennen und beachten. Neue Regelungen kommen immer wieder hinzu. So wie die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), die zum 25. Mai 2018 nach einer zweijährigen Übergangsfrist wirksam wird.

Die neue DS-GVO wird künftig europaweit das Datenschutzrecht verbindlich und unmittelbar regeln. Derzeit bestehende nationale Regelungen bleiben nur dann anwendbar, wenn sie im Einklang mit der Grundverordnung sind. Aus diesem Grund werden derzeit die datenschutzrechtlichen Regelungen z. B. in Fachgesetzen an die Vorgaben der DS-GVO angepasst. Im Bereich der

Gesundheitsversorgung ändern sich daher die rechtlichen Bedingungen für die Verarbeitung von Patientendaten. So sind neben der DS-GVO auch das neugefasste Bundesdatenschutzgesetz und bereichsspezifische Regelungen wie beispielsweise das Sozialgesetzbuch oder die Landeskrankenhausgesetze maßgeblich.

Über das Thema und die bevorstehenden Rechtsänderungen werden Sie im Laufe dieses Jahres durch verschiedene Aktivitäten der im Lande damit befassten Einrichtungen, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV), dem Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (LfDI) sowie die Landespsychotherapeutenkammer und die anderen betroffenen Heilberufskammern, vorbereitet werden.

Hierzu gehören unter anderem wiederkehrende Artikel im PTJ und im Ärzteblatt, in denen einzelne Aspekte des künftigen Datenschutzrechts aufbereitet werden. Auch auf der Homepage und im Newsletter der LPK RLP wird das Thema Datenschutz nun verstärkt aufgegriffen. Wir möchten dabei Ihre Aufmerksamkeit für den Datenschutz wecken und Sie dabei unterstützen, den neuen Rechtsrahmen in Ihrem Tätigkeitsbereich entsprechend umzusetzen. Vermutlich tun Sie schon eine ganze Menge, um beispielsweise patientenbezogene Daten zu schützen. Wir werden Ihnen zusätzliche Tipps und Hinweise geben, wie Sie Ihre Schutzmaßnahmen noch verbessern können und sollten.

Mit der Initiative „Mit Sicherheit gut behandelt“ bieten die KV und der LfDI zudem eine landesweite Veranstal-



© Fotolia/Robert Kneschke

tungsreihe zu den bevorstehenden Rechtsänderungen an. Dabei sollen einzelne für Sie bedeutsame Aspekte der DS-GVO erläutert und zugleich Raum für themenbezogene Diskussionen gegeben werden. Sowohl die Landesärz-

tekammer als auch die Landespsychotherapeutenkammer unterstützen das Veranstaltungsangebot.

Die Auftaktveranstaltung findet in Zusammenarbeit mit der Bezirksärztekammer Trier am **Mittwoch, den 18. April 2018, von 15:30 Uhr bis 18:30 Uhr im Ärztehaus Trier, Balduinstr. 10-14, in Trier** statt. Ein weiterer Themenschwerpunkt wird die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen sein, insbesondere der Umgang mit Gesundheits-Apps oder die Nutzung von WhatsApp im Arztbereich. Zu der

Veranstaltung können Sie sich anmelden unter der E-Mail-Adresse: **info@aerztekammer-trier.de**. Weitere Infos zur Veranstaltung und zur DS-GVO finden Sie zeitnah im Internet unter www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de sowie auf allen Homepages der o. g. Einrichtungen.

Folge-Veranstaltungstermine sind bereits geplant: in Neustadt (29.08.2018), in Koblenz (12.09.2018) und in Mainz (24.10.2018) – jeweils von 15:30 Uhr bis 18:30 Uhr.

Psychotherapeuten in Führung bringen – wie gelingt das?

„Empowerment für angestellte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ war das Motto des diesjährigen Tages der Angestellten, den die LPK RLP am 2. Dezember 2017 in Mainz veranstaltete. **Dr. Andrea Benecke**, LPK-Vizepräsidentin und Vorstandsmitglied der BPtK, begrüßte die rund 30 Teilnehmer und gab einen Überblick über die wichtigsten momentan auf Bundes- und Landesebene diskutierten Themen, die angestellte Psychotherapeuten betreffen. Den Hauptvortrag „Psychotherapeuten in Führung bringen – Thesen zur



Aufmerksame Teilnehmer beim Tag der Angestellten

Standortbestimmung und weiteren Entwicklung“ hielt die Psychologische Psy-

chotherapeutin **Christina Demmerle**. Nachmittags fanden zwei Workshops zu den Themen „Führen und Gestalten“ und „Arbeits- und tarifrechtliche Rahmenbedingungen“ statt. Insgesamt wurde deutlich, dass die Teilnehmer diese Veranstaltung zum Thema „Empowerment“ wichtig und hilfreich fanden und die gewonnen Erkenntnisse gerne in ihren eigenen Arbeitsalltag übertragen möchten. Ausführliche Berichterstattung mit den Präsentationen der Referenten auf www.lpk-rlp.de.

Guter gesundheits- und versorgungspolitischer Austausch

Am 28. November 2018 war eine Delegation der LPK RLP zu Gast im Abgeordnetengebäude der SPD-Landtagsfraktion: LPK-Präsident Peter Brettle, Vorstandsmitglied Sabine Maur und Geschäftsführerin Petra Regelin trafen sich mit Mitgliedern der Arbeitskreise „Gesundheit und Pflege“ und „Soziales und Arbeit“.

Das gute und kollegiale Gespräch mit Dr. Tanja Machalet, Kathrin Anklam-



v. l. n. r.: Petra Regelin, Jörg Denninghoff, Dr. Tanja Machalet, Stephan Engel, Sabine Maur und Peter Brettle

Trapp, Jörg Denninghoff und Stephan Engel diente dem Austausch über gesundheits- und versorgungspolitische Themen rund um die Psychotherapie.

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

„Schon jetzt fallen viele Kinder aus Flüchtlingsfamilien durchs Versorgungsnetz“

Projekt HELP steht vor dem Aus – ein Interview mit Ansaf Ewaiwi



Ansaf Ewaiwi, Projekt HELP

Susanne Münnich-Hessel: Frau Ewaiwi, Sie arbeiten als Psychologin M. Sc. im Projekt HELP des psychosozialen Zentrums des DRK-Landesverbandes Saarland in Saarbrücken-Burbach. Was bedeutet HELP? Was sind die Ziele von HELP?

Ansaf Ewaiwi: HELP ist ein durch Amnesty International finanziertes Projekt zur Hilfe von Kindern und Jugendlichen im Saarland mit Fluchthintergrund. Es steht für Hilfe bei der Entwicklung in der neuen Lebenswelt durch Psychoedukation.

Kinder und Jugendliche sind in Kriegs-, Krisen- und Fluchtsituationen einer Vielzahl von psychischen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Sie sind in der Zeit nach der Bedrohung und Gewalt in besonderem Maße auf eine ange-

messene Unterstützung und Fürsorge im Aufnahmeland angewiesen. Wir machen es uns zur Aufgabe, individuelle Entwicklungsrisiken zu erkennen und psychische Belastungen frühzeitig aufzufangen, um ihnen gute Entwicklungschancen in der neuen Heimat zu ermöglichen.

Wie finden die Menschen zu Ihnen und wie gehen Sie dann im Einzelnen vor?

Die Anfragen erreichen uns meist über Lehrer oder Erzieher, die in ihrer Arbeit mit dem Kind/dem Jugendlichen auf Verhaltensauffälligkeiten oder Befindlichkeitsstörungen stoßen. Der Verdacht auf Traumafolgestörungen liegt dabei nahe. Wir stellen einen Kontakt zu den Eltern oder Betreuern her und laden das Kind mit den Eltern oder der Bezugsperson zu einem Erstgespräch zu uns ein und klären unter Berücksichtigung der individuellen Fluchtgeschichte den psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfebedarf. Ein Schwerpunkt liegt dabei auch in der Weitervermittlung ins Helfersystem, bestehend aus Jugendhilfe, ambulanter und stationärer therapeutischer Regelversorgung, schulpsychologischen Diensten und anderen Beratungsangeboten.

Vor Ort selbst findet Psychoedukation und Stabilisierung bei Traumafolge- und Anpassungsstörungen einzeln und in Gruppen statt, vorbereitend auf eine möglicherweise längerfristige Psychotherapie bei einer niedergelassenen Therapeutin / einem niedergelassenen Therapeuten.

Die Vermittlung ist sicher bei der sowieso schon sehr angespannten

Versorgungslage nicht einfach. Wie lange besteht das Projekt schon?

Das Projekt gibt es seit Mitte Januar 2017 und ist zunächst für ein Jahr befristet. Ob und wie es weitergeht, ist im Moment unklar. Eine unmittelbare Fortsetzung ist leider so einfach nicht möglich, wir versuchen nun über andere Hilfsorganisationen Gelder für diese wichtige Arbeit zu bekommen. Notwendig wäre aber vor allem eine solide Sockelfinanzierung.

Ein Projekt wie HELP für diese sehr belasteten Kinder braucht natürlich eine langfristige Perspektive. Es ist sicher anstrengend, sich bei dieser Arbeit ständig mit der Finanzierung befassen zu müssen. Wie ist die Nachfrage? Denn es gibt ja kein vergleichbares Hilfsangebot dieser Art im Saarland.



Susanne Münnich-Hessel,
Vorstandsmitglied PKS

Die Nachfrage ist immens, wir bekommen nahezu täglich Anfragen von Lehrern aller Schulformen, Erziehern von Kindergärten oder Wohngruppen hier im Saarland. Auch ergibt sich oft aus der Flucht- und Migrationsarbeit der Kollegen anderer Arbeitsbereiche psychotherapeutischer Hilfebedarf für die Kinder der betreuten Klienten, die einem hohen psychosozialen Belastungsgrad ausgesetzt sind. Es ist uns kaum möglich, dieser zurzeit gerecht zu werden. Die Folge sind lange Wartezeiten und aufgrund der drohenden Beendigung dieses Hilfsprojektes drohen auch direkte Verweise ins jetzt schon überlastete Regelsystem.

Das Regelsystem wird eine angemessene psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung nicht ohne eine Vernetzung mit Projekten wie HELP leisten können. Was sind aus Ihrer Sicht die Hauptprobleme in der psychotherapeutischen Versorgung?

Der Zugang für Menschen mit Fluchthintergrund ins Gesundheitssystem ist aufgrund der sprachlichen Barriere extrem erschwert. Hinzu kommt ein großes Misstrauen gegenüber solchen Angeboten aufgrund der negativen Behaftung des Rufs von psychiatrischen Unterkünften im Heimatland sowie der Sorge, von dem Kind getrennt zu werden, aufgrund der oftmals verbreiteten Vorurteile gegenüber dem Jugendamt, beispielsweise: „Die wollen uns das Kind wegnehmen.“ Aber auch aufseiten

der Professionellen bestehen Unsicherheiten, mit dieser Klientel zu arbeiten – aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten oder der kulturellen Unterschiede, die als Hemmnis wahrgenommen werden. Unsere Aufgabe sehen wir darin, auf beiden Seiten Unsicherheiten zu nehmen und Helfende zu ermutigen, sich dieser bereichernden Arbeit zuzuwenden.

Was wünschen Sie sich für Ihr Projekt? Wie könnten die Probleme doch noch gelöst werden?

Das Hauptproblem besteht darin, dass die Finanzierung für dieses Hilfsangebot nicht (dauerhaft) gesichert ist, sondern von Spenden lebt. Das macht ein langfristiges Planen unmöglich. Aktuell wird das Projekt durch die Hilfsorganisation Amnesty International finanziert. Gespräche mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie finden derzeit statt, wir wünschen uns eine Sockelfinanzierung, die zumindest die Arbeitsplätze sicherstellt. Es ist schwierig, dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit und Stabilität zu vermitteln, wenn der eigene Arbeitsplatz immer wieder gefährdet ist.

Das hört sich nicht sehr ermutigend an, weshalb die Kammer ja auch intensiv beim saarländischen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie für eine Sockelfinanzierung des Projektes geworben hat. Es wäre für die Versorgung der

Kinder eine Katastrophe, wenn HELP wegfällt. Da kann man nur hoffen, dass Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden.

Schon jetzt fallen viele belastete Kinder aus Flüchtlingsfamilien durchs Versorgungsnetz, die Überforderung an Schulen und anderen Institutionen ist deutlich spürbar. Wenn es solche Projekte wie HELP nicht gibt und damit der Zugang zur psychischen Versorgung der Flüchtlinge nicht aktiv unterstützt wird, ist das Gelingen einer Integration für diese Kinder gefährdet. Zudem kann es bei Nichtbehandlung der Folgen traumatischer Ereignisse zu langanhaltenden psychischen Beeinträchtigungen kommen, die psychische Folgeerkrankungen nach sich ziehen.

Was haben Sie für Wünsche an unsere Kammer?

Wir wünschen uns von der Kammer, dass sie uns auf dem Weg zu einer gesicherten Finanzierung weiter unterstützt und gemeinsam mit uns für die Arbeit mit der Klientel wirbt.

Das werden wir sicher tun und in unseren Bemühungen nicht nachlassen. Danke für das Interview, Frau Ewaiwi, und hoffen wir, dass unsere gemeinsamen Bemühungen doch noch Früchte tragen!

Das Interview führte
Susanne Münnich-Hessel

Neue Regelung in der Reisekostenordnung zur Entschädigung für notwendige Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen

Die Vertreterversammlung hat folgende Ergänzung der Reisekostenordnung beschlossen

5. – neu – Entschädigung für die notwendige Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen:

1. Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Vertreterversammlung und Mitglieder von Ausschüssen und Kommissionen erhalten eine Entschädigung für die Kosten einer notwendigen Betreuung

von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, die zu ihrem Haushalt gehören, in Höhe von 15,00 Euro pro Stunde, maximal 150,00 Euro pro Tag. Satz 1 gilt entsprechend für die Kosten einer notwendigen Betreuung von Angehörigen, die nach dem SGB XI anerkannt pflegebedürftig sind.

2. Die Betreuung ist notwendig, wenn der Antragsteller aufgrund der Teilnahme an Sitzungen des Vorstandes, der Vertreterversammlung, der Ausschüs-

se und Kommissionen oder des Deutschen Psychotherapeutentages an der Betreuung verhindert war und deshalb eine Betreuung des Kindes oder pflegebedürftigen Angehörigen beauftragt hat.

3. Die Entschädigung für die notwendige Betreuung nach Absatz 1 wird nur gewährt, wenn vor der Sitzung, die die Betreuung notwendig macht, ein Antrag beim Kammervorstand gestellt worden ist. Dem Antrag ist eine

Selbsterklärung beizufügen, in der die Notwendigkeit der Betreuung glaubhaft zu machen ist. Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen (Geburtsurkunde, Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit). Es sind die voraussichtliche Sitzungszeit sowie die voraussichtliche Dauer der Betreuung anzugeben. Ist der Antragsteller Mitglied des Kammervorstandes, so ist der Antrag abweichend von Satz 1 dem Haushaltsausschuss vorzulegen.

Diese Erweiterung der Reiskostenordnung soll dazu dienen, aktive Kammer-

mitglieder, die durch die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen besondere Aufwendungen erbringen müssen, eine kleine Unterstützung zu gewähren.

Des Weiteren soll diese Regelung auch ein politisches Signal an junge Kollegen sein, sich leichter aktiv in der Kammerarbeit engagieren zu können, da nun die Aufwendungen für die Betreuung ihrer Kinder oder pflegebedürftigen Angehörigen abgedeckt werden können.



Inge Neiser, Vizepräsidentin PKS

Saarländisches Konsenspapier

Die Ausbildungsreform hat in den letzten Jahren viel Zeit, Mühe und Kosten in der Berufspolitik in Anspruch genommen. Dabei scheinen die Bemühungen zur Verminderung der mehr oder weniger schwierigen Bedingungen (u. a. schlechte Bezahlung, keine Anleitung) während der „Praktischen Tätigkeit“ abgenommen zu haben und sogar vergessen worden zu sein. Auch das „Saarländische Konsenspapier“ aus dem Jahr 2013, das einen konkreten Lösungsversuch darstellt(e), geriet in Vergessenheit und soll hiermit in komprimierter Form wieder ins Bewusstsein gerufen werden. Dieses steht zum Download auf der Website der PKS unter https://www.ptk-saar.de/fileadmin/user_upload/PiA/Saarlaendisches_Konsenspapier_Praktische_Taetigkeit_PiA.pdf zur Verfügung; die dazu erarbeitete



Serkan Sertkaya, PiA-Ausschuss

PiA-Checkliste finden Sie auf der folgenden Seite.

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Michael Schwindling, Sonja Werner

Geschäftsstelle

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/9545556
Fax: 0681/9545558
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

PiA- Checkliste zu den Arbeitsbedingungen während der Praktischen Tätigkeit

auf Basis des Saarländischen Konsenspapiers zu Standards für Ablauf und Betreuung der Praktischen Tätigkeit für PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA)

Liebe PiA,
 unsere Arbeitsbedingungen während der Praktischen Tätigkeit sind oft nicht optimal. Wir als PiA-SprecherInnen der saarländischen Ausbildungsinstitute möchten Euch deswegen ermutigen, mit den Verantwortlichen vor Ort das Gespräch zu suchen. Dabei soll Euch die folgende Checkliste helfen, anhand derer Ihr Punkt für Punkt überprüfen könnt, inwiefern Eure PiA-Stelle den im saarländischen Konsenspapier empfohlenen Standards entspricht. Das Konsenspapier wurde 2013 vom PiA-Ausschuss der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes gemeinsam mit PraxisanleiterInnen vieler saarländischer Kliniken entwickelt. Sprecht es an, wenn Eure Stelle nicht den Empfehlungen entspricht! Die PiA-VertreterInnen der Institute IVV, SIAP, SITP und WIPS (Stand: Oktober 2017)

1. Mein Vertrag

- Mein Vertrag beinhaltet alle Rechte einer/eines regulären Arbeitnehmerin/Arbeitnehmers mit einem Zeitvertrag.
- Mein Vertrag enthält eine Stellenbeschreibung mit Definition meiner Aufgaben und Verantwortlichkeiten.
- In meinem Vertrag ist klar definiert, wer mir gegenüber weisungsbefugt ist und wem ich gegebenenfalls weisungsbefugt bin.

2. Mein Arbeitsplatz

- An meinem Arbeitsplatz steht mir ein Zimmer mit PC-Anschluss, Freischaltung für das Patientendokumentationssystem, E-Mail- und Internet-Zugang zur Verfügung.
- In diesem Raum kann ich ungestört Therapien und andere Arbeiten durchführen.

3. Meine Tätigkeit

- Meine Einarbeitungszeit ist/war angemessen und dauert/dauerte mindestens vier Wochen (zu Beginn: Einführung in Strukturen und Abläufe sowie Dokumentation in der Klinik sowie Vorstellung auf den verschiedenen Stationen oder in den verschiedenen Bereichen der Klinik).
- Die Übernahme von Verantwortung für Behandlungen erfolgt/erfolgte schrittweise und individuell angepasst in Absprache mit den AnleiterInnen.
- Ich habe die Möglichkeit eines Abteilungs- bzw. Schwerpunktwechsels innerhalb der Institution/Klinik und lerne so ein großes Spektrum an Störungsbildern kennen.
- Ich habe ausreichend Zeit für Vor- und Nachbereitung, Supervision, Intervision, Fortbildung und Dokumentation (mindestens ein Drittel meiner Arbeitszeit).

4. Meine Weiter- und Fortbildung

- Ich kann an ausbildungsrelevanten bzw. vom Ausbildungs-Institut vorgegebenen Seminaren, Veranstaltungen und Fortbildungen, die in meine Arbeitszeit fallen, teilnehmen.
 - Ich kann dies als Arbeitszeit anrechnen.
- Die Teilnahme an externen bzw. nicht vom Ausbildungs-Institut vorgegebenen Fortbildungen ist möglich und wird – falls für die Durchführung der Arbeit in der Klinik als erforderlich angesehen – bezahlt.

5. Betreuung und Interessenvertretung

- Als AnsprechpartnerInnen, AnleiterInnen, BetreuerInnen und/oder SupervisorInnen stehen mir festangestellte, approbierte PsychotherapeutInnen und psychotherapeutische, psychiatrische bzw. psychosomatische FachärztInnen zur Verfügung.
 - Es handelt sich um eine 1:1-Betreuung.
- Meine Anleitung beinhaltet eine engmaschige Betreuung (u.a. Gegenlesen, Unterstützung und Rückmeldung bzgl. Antragstellungen und Berichten).
- Meine Anleitung umfasst regelmäßige Supervision von mindestens einer Stunde pro Woche.
 - Hierzu stehen auch externe SupervisorInnen zur Verfügung.
- Es gibt in meiner Institution/Klinik eine/n AnsprechpartnerIn für die PiA-Angelegenheiten, die/der gemeinsame Treffen der PiAs zur Klärung organisatorischer Fragen oder Reflexion über die Praktische Tätigkeit ermöglicht.
 - Es besteht die Möglichkeit, eine/n PiA-SprecherIn zu wählen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



zur Drucklegung des vorliegenden Heftes und damit Ihrer Länderseiten zeichnete sich auf Bundesebene die Fortführung der so genannten GroKo ab. Wie dem Koalitionsvertrag zu entnehmen ist, wird die Gesundheitspolitik zukünftig eher durch ein „Weiter so“ als durch innovative Entwicklungen geprägt. Daraus ergibt sich auch für die Psychotherapeuten die Notwendigkeit einer intensiven Lobbyarbeit sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene, um unsere Profession zu-

kunftssicher zu machen und unser aller Arbeitsbedingungen tunlichst zu verbessern. Wir sind dazu in einem stetigen Austausch mit den anderen Landeskammern und der Bundespsychotherapeutenkammer. Im Rahmen dieser Kooperation evaluieren wir derzeit die Auswirkungen der im letz-

ten Jahr in Kraft getretenen neuen Psychotherapie-Richtlinie sowohl für die niedergelassenen als auch für die in Privatpraxis arbeitenden Kollegen (s. u.). Wir berichten außerdem über eine sehr erfolgreiche Info-Veranstaltung zu internetbasierten Angeboten in der Psychotherapie, die gezeigt hat, wie wichtig es ist, neue Entwicklungen in diesem Bereich qualitätsgesichert zu begleiten. Außerdem stellen wir einen neuen „Mitarbeiter“ der Geschäftsstelle vor, der dafür zuständig ist, einen tierisch guten Beitrag zum Stressabbau abzuliefern. Aus gegebenem Anlass informiert unser Justitiar über das Einsichtsrecht von Patienten auch über den Tod des Praxisinhabers hinaus.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre und ein hoffentlich sonniges und erwärmendes Frühlingserwachen.

Dr. Oswald Rogner
 Präsident

Veranstaltung der Psychotherapeutenkammer zur internetbasierten Psychotherapie am 17.02.2018 im Wissenschaftspark Kiel

Die hohen Anmeldezahlen zur Veranstaltung machten schon im Vorfeld deutlich: Den Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein ist das Thema wichtig. Über 100 Teilnehmer erschie-

nen und zeigten großes Interesse an dem Fortbildungstag, für den kompetente Referenten aus der Forschung gewonnen werden konnten. Ziel der PKSH war es, einen Anstoß zur Auseinander-

setzung mit dieser neuen Behandlungsform zu geben.

Vorab informierte Rechtsanwalt Stephan Gierthmühlen, Fachanwalt für Medizinrecht, über die rechtlichen Rahmenbedingungen von medien-gestützter Psychotherapie. Was müssen Mitglieder der PKSH bei diesem Thema beachten? Vom internetbasierten Programm als zertifiziertes Medizinprodukt bis zum Datenschutz referierte Herr Gierthmühlen über alle relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen. So gelte bei Therapiesoftware das Medizinprodukterecht, d. h. die rechtlichen Vorgaben wie z. B. Validierung und CE-Zertifizierung müssen erfüllt sein. Dem Datenschutz komme eine besondere Bedeutung zu. Es sei zu prüfen, ob jegliche medien-gestützte Verbindung zwischen Patient und Behandler, auch die über E-Mails, SMS oder Skype, sicher und verschlüsselt sei.



Interessierte Teilnehmende des Fortbildungstages (Foto: Philipp Irion)

Anschließend referierte Herr Dr. Philip Klein, leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität zu Lübeck. Herr Dr. Klein forscht seit Jahren zum Thema internetbasierte Interventionen zur Behandlung psychischer Störungen. Er hat sich mit ärztlichen und psychologischen Fachgesellschaften zu einer bundesweiten Arbeitsgruppe, der Task Force E-Health der DGPPN und der DGPs zusammengeschlossen. Er stellte eine Reihe von Studien vor, die die Wirksamkeit und Evidenz von internetbasierten Behandlungsangeboten belegen. Selbst-Management-Interventionen seien die am weitesten verbreiteten Interventionen. Sie sind wirksam in der Behandlung einer Reihe von psychischen Störungen, vor allem bei Depressionen und Angststörungen. Das Programm Deprexis zeige z. B. gute Ergebnisse. Internetbasierte Behandlungsprogramme sind nicht für alle geeignet, können aber für bestimmte Patienten, die z. B. keinen Zugang zu üblichen Formen der Behandlung haben oder diese nicht wünschen eine gute Alternative sein. Die fehlende therapeutische Beziehung oder das unkontrollierte Wachstum an internetbasierten Behandlungsangeboten wurden von Dr. Klein jedoch ebenfalls ausführlich problematisiert.

Daran anschließend formulierte Dr. Angelika Nierobisch die berufspolitischen Forderungen der PKSH, die im Einklang mit den bundesweiten Forderungen der Landeskammern stehen: Wir brauchen



von links nach rechts: Dr. Philip Klein, Dr. Björn Meyer, Herr RA Stephan Gierthmühlen, Dr. Angelika Nierobisch, Dr. Oswald Rogner (Foto: Philipp Irion)

für Patienten evidenzbasierte Programme, die als Medizinprodukt zugelassen werden und als Hilfsmittel von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für solche Patienten verordnet werden können, die dafür geeignet erscheinen.

Am Nachmittag ging es zum praktischen Teil des Fortbildungstages über. Herr Dr. Meyer, Psychologischer Psychotherapeut mit langjähriger Lehr- und Forschungserfahrung in den USA und an der Entwicklung internetbasierter Behandlungsprogramme beteiligt, stellte das Programm Deprexis für depressive Patienten und das Programm Velibra für Angststörun-

gen in der praktischen Anwendung vor. Vom Einloggen in die Programme bis zu Interventionsbeispielen bekamen die Teilnehmer einen Einblick, wie die Programme für die Patienten aufgebaut sind.

Insgesamt war es eine informative Veranstaltung, mit vielen Fragen und Diskussionen. Wir wünschen uns eine Fortführung der intensiven Auseinandersetzung mit diesen, für uns allen, neuen Behandlungsangeboten.

Dr. Angelika Nierobisch
Vizepräsidentin

Befragung zu den Auswirkungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat Ende des letzten Jahres in Zusammenarbeit mit den Landeskammern eine erste Befragung zu den Auswirkungen der im April 2017 in Kraft getretenen neuen Psychotherapie-Richtlinie durchgeführt. Die PKSH hat die Entwicklung des Fragebogens und die Planung der Gesamtkonzeption von Beginn an aktiv begleitet. Wie groß das Interesse unserer Kammermitglieder an einer Erfassung der Auswirkungen der Psychotherapie-Richtlinie ist, zeigt sich u. a. darin, dass die Rücklaufquote

der als Online-Befragung durchgeführten Erhebung in Schleswig-Holstein bei 52,2 % lag. Nur in Bremen und Niedersachsen war die Beteiligung an der Fragebogenaktion größer, sodass Schleswig-Holstein im Bundesvergleich den dritten Platz belegt und sich hiermit deutlich von den anderen Landeskammern abhebt.

Derzeit wird intensiv an der Auswertung der erhobenen Daten gearbeitet. Erste Ergebnisse hierzu sollen demnächst durch die Bundespsychothera-

peutenkammer öffentlich präsentiert werden.

Auf unserem für den 1. und 2. Juni 2018 angekündigten 5. Norddeutschen Psychotherapeutentag werden wir die speziell für Schleswig-Holstein erhobenen Ergebnisse dieser Befragung darstellen. Wir wollen dies zum Anlass nehmen, im Rahmen einer Podiumsdiskussion mit Vertretern der Krankenkasse, der KV, Patientenvertretern und der Seite der Leistungserbringer diese auf Schleswig-Holstein bezogenen Ergebnisse unter

dem Stichwort „Ein Jahr neue Psychotherapie-Richtlinie – Fluch oder Segen?“ mit Ihnen, unseren Kammermitgliedern, ausführlich zu diskutieren.

Die neue Psychotherapie-Richtlinie hat nicht nur Auswirkungen im Bereich der GKV, sondern vor allem auch bei den Kollegen, die eine Privatpraxis im Rahmen der sogenannten Kostenerstattung betreiben. In den zahlreichen Rückmeldungen dieser Kammermitglieder zeigt sich eine generelle Tendenz

vonseiten der Krankenkassen, die Kostenerstattung zunehmend restriktiver zu bewilligen. Hier wird immer wieder von abgelehnten Anträgen und Problemen bei der Fortführung einer bewilligten Psychotherapie berichtet.

Um auch diese Auswirkungen in dem Bereich der Kostenerstattung systematisch zu erfassen, hat die PKS in Kooperation mit anderen Landeskammern eine spezifische Fragebogenaktion für diese Kollegen initiiert. Diese ebenfalls

als Online-Befragung durchgeführte Datenerhebung hat von Februar bis März 2018 stattgefunden. Wir hoffen, auf unserem Psychotherapeutentag auch schon die Ergebnisse dieser zusätzlichen Befragung präsentieren zu können und freuen uns über eine rege Beteiligung aller Kollegen an der Diskussion der Frage: Ist die neue Psychotherapie-Richtlinie ein Fluch oder ein Segen?

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Interview mit unserem neuen Mitarbeiter in der Geschäftsstelle

Was hat dich bewegt, dich bei der PKS zu bewerben?

Wissenschaftliche Ergebnisse belegen den positiven Einfluss von uns Hunden auf die Psyche von Menschen. Wir wirken beruhigend und ausgleichend auf

Wie war der Arbeitsanfang für Dich?

Mein Frauchen Frau Wichmann hat mich mit Geduld an meine Aufgaben herangeführt.

Ich darf berichten, dass ich vor meiner

dass ich mir die Aufgabe, für ein angenehmes Klima zu sorgen, durchaus zutraue.

Was sind Deine Aufgaben?

Ich liege stundenlang unter einem Tisch und fokussiere die Mitarbeiter. Dabei versuche ich, diese zu animieren, mit mir in einem ruhigen Rhythmus zu atmen. Das entspannt mein Gegenüber und die Konzentration für die Arbeit wird gesteigert.

Bei kurzfristigen Spannungen unter den Mitarbeitern steigere ich meinen Einsatz und schaue besonders konzentriert, was eine gewisse Ablenkung vom Konflikt bewirkt und eine Lösung damit leichter fällt.

Empfindest Du die Höhe Deiner Vergütung als angemessen?

Na ja, es gibt für einen ganzen Arbeitstag drei Leckerlis, das ist steigerungsfähig.

Trotzdem möchte ich anderen Hunden Mut machen, sich bei den Kammern zu bewerben, weil es auch hier um den emotionalen Wert der Arbeit geht.

Otis, ich bedanke mich für das freundliche Gespräch.

Das Interview führte
Dr. Angelika Nierobisch



Otis und Iris Wichmann (Foto: Dr. Angelika Nierobisch)

die Stimmung der Personen, die mit uns zu tun haben. Da dachte ich, gerade die Psychotherapeutenkammer müsste doch offen für meine Talente sein und ein Interesse haben, dass unter den Mitarbeitern die Stimmung weiter optimiert wird. Denn jeder weiß auch, je besser die Stimmung unter den Mitarbeitern, desto besser die Arbeitsleistung.

Entscheidung, für die Kammer arbeiten zu wollen, ein paar Tage in der Kammer hospitiert habe. Beschwerdemanagement, Fortbildung, Beitragswesen, Homepage, Mitgliederanfragen waren deshalb keine Fremdworte mehr für mich. Mit knapp unter 2.000 Mitgliedern ist die PKS eine eher übersichtliche Kammer mit vier Mitarbeitern, so

Veranstaltungshinweis

5. Norddeutscher Psychotherapeutentag der PKSH

Fr., 01.06.2018, 15:45 Uhr

■ **Ein Jahr Psychotherapie-Richtlinie – Fluch oder Segen?**

Podiumsdiskussion mit Vertretern von Krankenkassen, Leistungserbringern, Patientenvertretern, Wissenschaft und Kammer

■ **Abendfahrt in See mit der MS Stadt Kiel ab 19:00 Uhr**

Sa., 02.06.2018, 9:00 Uhr bis 18:30 Uhr

■ **Workshops zu aktuellen fachlichen Themen:**

Trauma-Release-Exercises, ACT, Körpersprache, Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Psychotherapie im Alter, Störungen durch psychotrope Substanzen, Gruppenpsychotherapie für KJP, ADHS im Erwachsenenalter

■ **Pantomimische Abendschau**

Einsichtnahme in die Patientenakte nach dem Tod des Patienten

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein hatte sich im Rahmen einer Anfrage eines Kammermitgliedes mit folgendem Sachverhalt zu befassen:

Der Patient des Kammermitgliedes hatte sich suizidiert. Kurze Zeit später verlangte die Witwe Einsicht in die Dokumentation des Kammermitgliedes, um Ansprüche gegenüber der Lebensversicherung des Ehemannes durchsetzen zu können.

Dieser Sachverhalt wirft die grundsätzliche Frage auf, wer nach dem Tod des Patienten ein Einsichtsrecht in die Patientenakte hat.

Zu Lebzeiten des Patienten ist diesem auf sein Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren. Der Behandler kann die Einsicht nur dann verweigern, wenn erhebliche therapeutische Gründe gegeben sind oder erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.

Die Dokumentation unterliegt der Schweigepflicht des Therapeuten. Sie kann daher Dritten nur zur Verfügung

gestellt werden, wenn ein gesetzlicher Anspruch hierauf besteht oder der Therapeut von seiner Schweigepflicht durch den Patienten befreit wurde.

Mit der Regelung des § 630g BGB ist das Recht, von der Schweigepflicht zu entbinden, nicht mehr ausschließlich höchstpersönlich gestaltet. Die rechtlichen Folgen des Behandlungsverhältnisses enden deshalb nicht mit dem Tod des Patienten, sondern währen für bestimmte Personen fort.

So können die Erben des Patienten Einsicht in die Patientendokumentation verlangen, wenn sie vermögensrechtliche Interessen verfolgen. Dazu ist es ausreichend, aber erforderlich, dass die Erben darlegen, dass sie Ansprüche gegenüber Dritten verfolgen und dafür die Einsichtnahme benötigt wird.

Noch weitergehende Möglichkeiten haben die nächsten Angehörigen des Patienten. Sie können für ihr Einsichtsrecht bereits die Wahrnehmung immaterieller Interessen geltend machen, z. B. vererbte Erkrankungen. Zu den nächsten Angehörigen zählen der Ehe- oder der Lebenspartner sowie die Kinder. Sind

solche Personen nicht vorhanden, sind Einsichtsberechtigte die Eltern, die Geschwister und die Enkel des Patienten.

Ein Einsichtsrecht besteht für alle Personen dann nicht, wenn der Patient ausdrücklich oder mutmaßlich die Einsichtnahme ausgeschlossen hat.

Hat also der Patient im Rahmen der Behandlung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bestimmte Offenbarungen in keinem Falle nach seinem Tode Dritten zugänglich gemacht werden dürfen, muss der Therapeut die Einsichtnahme auf die ausdrückliche Erklärung des Patienten verweigern. Dasselbe gilt, wenn anzunehmen ist, dass der Patient bei entsprechender Befragung die Einsichtnahme durch Dritte nach seinem Tode versagt hätte.

Jeder Therapeut sollte daher in geeigneten Fällen mit seinem Patienten abklären, ob diejenigen, die kraft Gesetzes nach dem Tode des Patienten ein Einsichtsrecht haben, hierzu berechtigt sein sollen.

RA Andreas Kühnelt
Justitiar

Neumitgliedertreffen

Die PKSH hat erstmals gut 140 neue Mitglieder des vergangenen Jahres zu einem Neumitgliedertreffen in die Geschäftsstelle der Kammer eingeladen. In kleinem Kreis stellten am 24.01.2018 der Präsident Dr. Oswald Rogner und Geschäftsführer Michael Wohlfarth den

Aufbau der einzelnen Kammergremien vor und erläuterten die vielfältigen Aufgaben der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein. Auf die Fragen der Anwesenden zum Beispiel zu Details der geplanten Reform der Psychotherapieausbildung sowie zu einzelnen

Aspekten der Berufsordnung der PKSH wurde in lockerer Atmosphäre eingegangen. Das Treffen soll jährlich wiederholt werden.

Michael Wohlfarth
Geschäftsführer

Fremdenverkehrsabgabe nicht für Psychotherapeuten

Mehrfach hatten sich Kammermitglieder an die PKSH gewandt, da einzelne Kommunen ihre Finanzen durch die Einführung einer Fremdenverkehrs- oder Tourismusabgabe aufbessern wollten. In der Regel wurden in einem ersten Schritt mittels eines Fragebogens Umsatzabgaben aus dem Vorvorjahr erbeten. Mit der Abgabe solle ein Teil des Aufwandes, den die Kommunen für den Tourismus aufwendeten, refinanziert werden. Demgemäß soll die Abgabe von allen erhoben werden, die vom Tourismus profitierten.

Da Mitglieder der Psychotherapeutenkammer keine Notfallleistungen erbringen und ihre Tätigkeit auf eine langfristige Therapie ausgerichtet ist, wurde die

Offenlegung von Umsatzdaten durch psychotherapeutische Praxen auf Anraten der Kammer jeweils abgelehnt.

Die Stadt Eutin hat jetzt bestätigt, dass „Psychotherapeuten, zu denen in der Regel nur Einheimische kommen, nicht zur Fremdenverkehrsabgabe veranlagt werden.“

Kammermitglieder, welche ebenfalls wegen der Erhebung einer Tourismusabgabe angeschrieben werden, können sich gern an die Geschäftsstelle wenden.

Michael Wohlfarth
Geschäftsführer

Gedenken

Wir gedenken des
verstorbenen Kollegen:

Reinald Uecker, Schaalby
geb. 12.02.1950
verst. 07.11.2017

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2
24103 Kiel
Tel.: 0431/66 11 990
Fax: 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09–12 Uhr
zusätzlich Do: 13–16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg

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

Hamburg

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
Mo, Mi, Do 13.00 – 15.00 Uhr
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo 9.00 – 12.30 Uhr und
13.00 – 16.00 Uhr
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

Bayern

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

Hessen

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Rheinland-Pfalz

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 14.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Niedersachsen

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Saarland

Scheidterstraße 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Schleswig-Holstein

Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13.00 – 16.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Dr. Heike Winter (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Redakteurin Julia Wiesinger, M. A.
(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.

17. Jahrgang, Ausgabe 1/2018

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

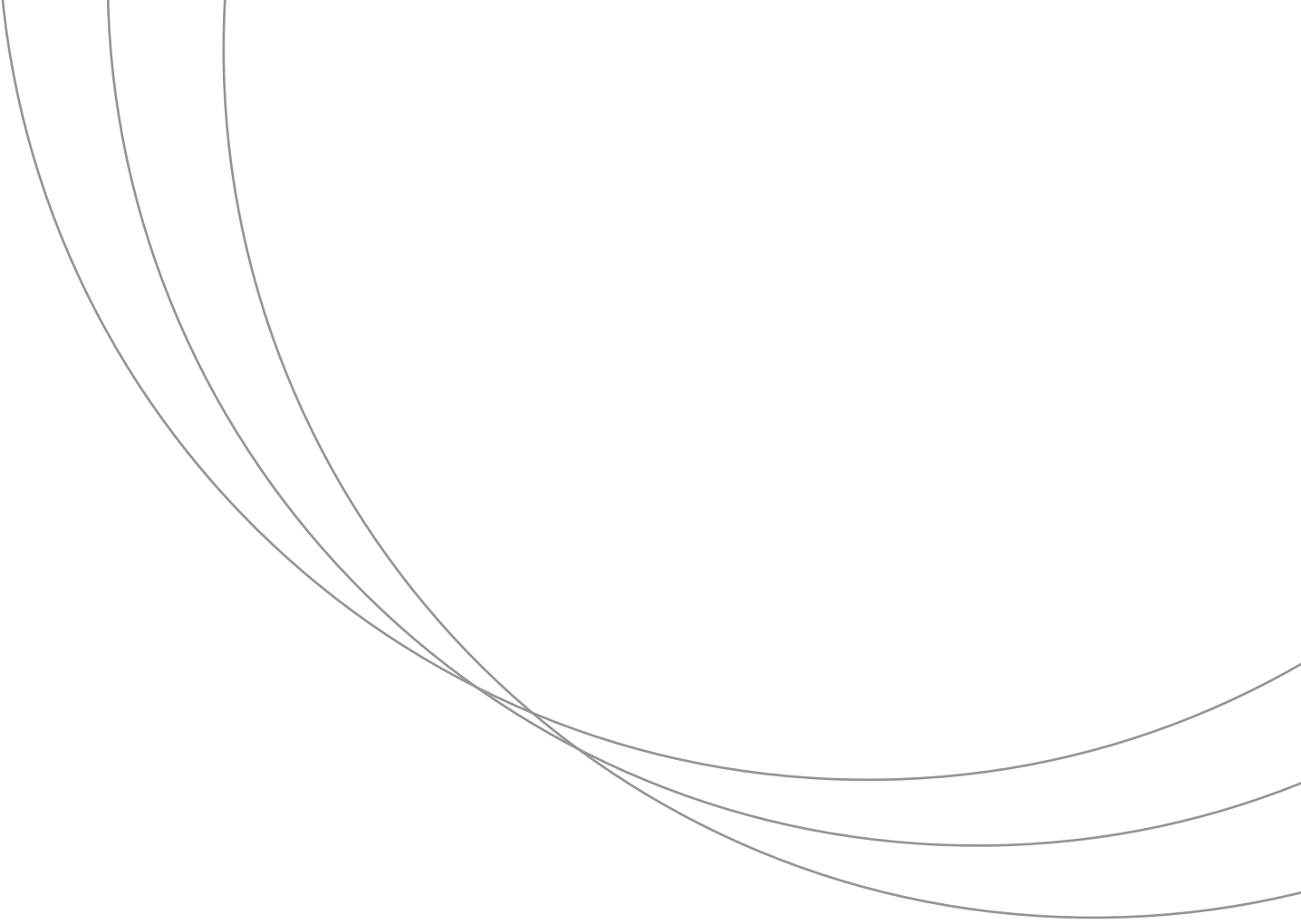
Redaktionsschluss für Ausgabe 2/2018 ist der 16. März 2018, für Ausgabe 3/2018 der 20. Juni 2018 und für Ausgabe 4/2018 der 19. September 2018. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 2007), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 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.

Autorinnen und Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





www.psychotherapeutenjournal.de

