

ISSN 1611-0773
D 60843
10. Jahrgang

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

Organ der Bundespsychotherapeutenkammer, der
Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg,
Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen,
Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-
Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

3/2011

21. September 2011 (S. 241-328)

- **Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression**
- **Gruppenselbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung**
- **KJP in Ausbildung – Ergebnisse einer Studie in Nordrhein-Westfalen**
- **Freuden des Psychotherapeutenberufes**

***Psychotherapeuten
Verlag***

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das vorliegende Heft befasst sich schwerpunktmäßig mit dem Selbstverständnis unseres Berufsstandes – etwa mit den Themen Selbsterfahrung, Berufsmotivation und Freude am Beruf. Vorab wird in einer umfassenden Darstellung und Kommentierung die neue Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression beleuchtet.

Depressive Erkrankungen sind die häufigste psychische Störung in unserer täglichen Praxis. Mit Spannung wurde deshalb in der Fachwelt die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) erwartet. Nach einer ausführlichen Darstellung der Historie zur Entwicklung der Leitlinie zur unipolaren Depression von Rainer Richter et al. werden wichtige Aspekte dargestellt, die unsere Arbeit mit den betroffenen Patientinnen und Patienten berühren: Neben dem Vorgehen in der Diagnostik werden Besonderheiten der Suizidalität besprochen. Abschließend – und für die Praxis das Spannendste – gibt es Empfehlungen zur Behandlung, wobei kein psychotherapeutisches Verfahren hervorgehoben, aber ein kritischer Blick auf die Pharmakotherapie geworfen wird. Besonders bemerkenswert ist die Beteiligung von Patientenvertretern bei der Erstellung der Leitlinie – das ist neu.

Von Volker Tschuschke et al. erfahren wir etwas über die Prozesse und Ergebnisse der Gruppenselbsterfahrung im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung. Während in den analytisch orientierten Ausbildungen die Einzeltherapie zentraler

Bestandteil ist, findet in der verhaltenstherapeutischen Ausbildung die Selbsterfahrung häufig in Gruppen statt. Die Autoren stellen in ihren Untersuchungsergebnissen die wichtigsten Aspekte und Wirkfaktoren der Gruppenselbsterfahrung dar, diskutieren und begründen aber auch die Notwendigkeit dieses Ausbildungsabschnittes.

Mathias Berg et al. untersuchten in Nordrhein-Westfalen Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und stellen dabei die Motive zur Berufswahl der Bewertung der Ausbildung gegenüber. Dabei wird auch kritisch reflektiert, welches Studium als Zugang besser auf die Psychotherapieausbildung vorbereitet und was dies für die Zukunft unserer Berufe bedeuten kann.

Günter Heisterkamp, Analytischer Körperpsychotherapeut, breitet in inspirierender Weise seine Überlegungen zum Thema Freude in der Psychotherapie aus: Gibt es sie überhaupt? Wenn ja, darf sie sein? Welche Bedeutung hat der Witz in diesem Zusammenhang? Was hat die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut davon? Kleine Fallbeispiele demonstrieren sein Vorgehen in der körperorientierten, analytischen Praxis.

Eine erfreulich große Resonanz erhielten wir zum Artikel „Verstehen nach Schemata und Vorgaben“ von Giovanni Maio im letzten PTJ (2/1011); es gab viele sehr zustim-



mende, aber auch einzelne sehr kritische Kommentare. Eine Auswahl finden Sie in unserer Rubrik „Zur Diskussion“. Nachdem der Autor auf die Kritik differenziert eingegangen, wird die Diskussion sicherlich fortgesetzt werden.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre.

P.S.: Diesmal finden Sie die teils umfangreichen Literaturangaben aus Platzgründen nicht am Ende der Artikel, sondern online unter www.psychotherapeutenjournal.de.

*Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Editorial	241
----------------------------	-----

Originalia

<i>Rainer Richter, Martin Härter, Christian Klesse, Isaac Bermejo, Mathias Berger, Tom Bschor, Jochen Gensichen, Martin Hautzinger, Carsten Kolada, Ina Kopp, Christine Kühner, Monika Lelgemann, Jürgen Matzat, Berit Meyerrose, Christoph Mundt, Wilhelm Niebling, Günter Ollenschläger, Henning Schauenburg, Frank Schneider, Holger Schulz, Susanne Weinbrenner & Timo Harfst</i> S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – zentrale Aspekte für die psychotherapeutische Praxis	244
---	-----

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen in Deutschland ist noch zu wenig am spezifischen Bedarf und der wissenschaftlichen Evidenz orientiert. Die neue evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression soll hier einen Beitrag zur Verbesserung leisten. Die Autorinnen und Autoren stellen die wichtigsten Behandlungsempfehlungen der Leitlinie vor.

<i>Volker Tschuschke, Ulrich Meier & Michael Theilacker</i> Gruppenselbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung.	253
---	-----

In diesem Beitrag werden die Effekte von Gruppenselbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten überprüft. Hierfür wurde ein Fragebogen entwickelt, der auf Items bewährter Gruppentherapie-Fragebögen aufbaut. Die Ergebnisse zeigen, dass die ermittelten Dimensionen relevant sind zur Beschreibung von selbsterfahrungsbezogenen Lernverläufen.

<i>Mathias Berg, Julia Düvel, Yvonne Kahl & Johannes Jungbauer</i> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Ausbildung – Ergebnisse einer repräsentativen Studie an zwölf Ausbildungsinstituten in Nordrhein-Westfalen.	260
--	-----

Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse einer Befragung von 272 angehenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (KJP) vorgestellt. Neben dem Anteil der unterschiedlichen Zugangsberufe wurden berufsbezogene Motive und Zielperspektiven sowie Bewertungen von im Studium erworbenen KJP-relevanten Kompetenzen untersucht. Abschließend werden Überlegungen hinsichtlich der Zulassungskriterien für die KJP-Ausbildung und der curricularen Entwicklung zugangsberechtigender Studiengänge skizziert.

<i>Günter Heisterkamp</i> Freuden des Psychotherapeutenberufes	268
--	-----

Der Artikel bewegt sich im Rahmen tiefenpsychologischer Auffassungs- und Ableitungsweisen. Er geht aus von den empirisch festgestellten Widerständen, freudige Phänomene psychoanalytischer Behandlungen zu beschreiben. Die der Struktur der Behandlung immanenten Freudequellen und -möglichkeiten werden herausgearbeitet. Die Ausführungen gründen in einem verlaufs- und beziehungsanalytischen Verständnis vom Seelischen.

Zur Diskussion

Kommentare zu Giovanni Maios Artikel im Psychotherapeutenjournal 2/2011: Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie

<i>Renate Feistner</i> Psychotherapeuten sind keine auswechselbaren Dienstleister	274
<i>Marianne Hegenscheidt</i> Der Verzicht darauf, für die „Ware“ eins zu eins Geld zu erwarten, gehört dazu.	274
<i>Joseph Kuhn</i> Die Frage der Wirksamkeit von Psychotherapie nicht einfach beiseiteschieben!	274
<i>Gerald Mackenthun</i> Wirtschaftlichkeitskriterien lassen sich auch für die Psychotherapie nicht völlig ausschalten.	275
<i>Petra Nebbe-Lehr</i> Der Psychotherapeut in der Praxis: Mittler zwischen Ethik und Qualitätsmanagement.	275

<i>Wolfgang Pirllet</i>	
Gefahr, in Grabenkämpfen zu verharren	276
<i>Meike Pudlatz</i>	
Wertschätzung individueller Aspekte einer Psychotherapie muss nicht im Gegensatz zu ökonomischen Interessen stehen	276
<i>Ralf Pukrop</i>	
Jammer- und Klageethik ist der falsche Weg	277
<i>Giovanni Maio</i>	
Vom Wert der Begegnung – eine Replik des Autors	278
Buchrezensionen	
<i>David Bräuer</i>	
Daiminger, C. (2007). Eine Erfolgsgeschichte mit Differenzen. Zur Geschichte der Professionalisierung der Verhaltenstherapie und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) in der Bundesrepublik Deutschland. Tübingen: DGVT-Verlag	279
<i>Manfred Vogt</i>	
Retzlaff, R. (2010). Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.	280
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	
Bundespsychotherapeutenkammer	282
Baden-Württemberg	285
Bayern	289
Berlin	293
Bremen.	296
Hamburg	299
Hessen	302
Niedersachsen	306
Nordrhein-Westfalen	309
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	312
Rheinland-Pfalz.	315
Saarland	318
Schleswig-Holstein	321
Leserbrief	324
Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern	325
Kammerversammlungen	326
Impressum	328

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

S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – zentrale Aspekte für die psychotherapeutische Praxis

Rainer Richter^{1,2}, Martin Härter³, Christian Klesse⁴, Isaac Bermejo⁵, Mathias Berger⁴, Tom Bschor⁶, Jochen Gensichen⁷, Martin Hautzinger⁸, Carsten Kolada⁹, Ina Kopp¹⁰, Christine Kühner¹¹, Monika Lelgemann¹², Jürgen Matzat¹³, Berit Meyerrose¹⁴, Christoph Mundt¹⁵, Wilhelm Niebling¹⁶, Günter Ollenschläger¹⁴, Henning Schauenburg¹⁷, Frank Schneider¹⁸, Holger Schulz³, Susanne Weinbrenner¹⁴, Timo Harfst¹

¹Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin, ²Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, ³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, ⁴Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, ⁵Celenus-Kliniken GmbH, Offenburg, ⁶Abteilung für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik, Berlin, ⁷Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, ⁸Universität Tübingen, Psychologisches Institut, ⁹Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, ¹⁰AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Philipps-Universität Marburg, ¹¹Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, ¹²Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Essen, ¹³Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Gießen, ¹⁴Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin, ¹⁵Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, ¹⁶Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin, ¹⁷Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, ¹⁸Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Zusammenfassung: Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, sowohl in der hausärztlichen als auch in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. Nach wie vor bestehen relevante Defizite beim Erkennen, der Differenzialdiagnostik und der Behandlung von depressiven Störungen. Die neue evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie¹/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression soll hier einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung in Deutschland leisten. Sie gibt hierzu differenzierte evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen und betont die aktive Beteiligung von Patienten und Angehörigen an den Entscheidungen der Depressionsbehandlung. Bei leichten bis mittelschweren Depressionen soll den Patienten eine Psychotherapie angeboten werden. Bei akuten mittelgradigen Depressionen soll alternativ auch eine Monotherapie mit einem Antidepressivum angeboten werden. Bei schweren und chronischen Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie angeboten werden.

Hintergrund

Unipolare depressive Störungen zählen epidemiologisch und versorgungsepidemiologisch zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland. Nach den Daten des Bundesgesundheits surveys leiden innerhalb eines Jahres circa 10,9% der erwachsenen deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren an einer unipolaren depressiven Störung (Jacobi et al., 2004). Auch nach den Daten aus der Routineversorgung liegt der Anteil der von einer

unipolaren Depression betroffenen GKV-Versicherten bei 11,0% (Grobe, Dörning & Schwarz, 2011). Damit sind in Deutschland pro Jahr allein bezogen auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter circa 5,8 Millionen Menschen von einer unipolaren depressiven Störung betroffen. Darüber hinaus ist die Bedeutung der Depression auch für die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen und der älteren Bevölkerung mit einer geschätzten Prävalenzrate von 5,0% bzw. 9,0% gut dokumentiert (Bettge, Wille, Barkmann, Schulte-Markwort &

Ravens-Sieberer, 2008; Helmchen et al., 2010). In der Routineversorgung sind die Diagnosen einer unipolaren depressiven Störung bei älteren Menschen sogar noch deutlich häufiger (Grobe, Bramesfeld & Schwartz, 2006).

Die Folgewirkungen depressiver Störungen sind dabei erheblich. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 70,0% der jährlich knapp 10.000 Suizide in Deutschland mit einer depressiven Erkrankung in Zusammenhang stehen (Allianz Deutschland AG & Rheinisch Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, RWI, 2011). Darüber hinaus beziffert die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) für das Jahr 2000 die unipolaren

¹ Leitlinien der Klasse S3 verfügen über die höchste methodische Qualität und zeichnen sich dadurch aus, dass alle Elemente einer systematischen Entwicklung verwirklicht wurden. Das bedeutet insbesondere, dass die Entwicklergruppe repräsentativ für den Adressatenkreis ist, die Studienliteratur systematisch und evidenzbasiert recherchiert, ausgewählt und bewertet wurde und die Gruppe ihre Empfehlung in einem strukturierten Konsensusverfahren erarbeitet hat.

Depressionen mit einem Anteil von 12,1% als die Hauptursache für mit Behinderung verbrachte Lebensjahre (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers & Murray, 2004).

Dies hat sich in den vergangenen Jahrzehnten auch bei der Entwicklung der direkten und indirekten Krankheitskosten niedergeschlagen. Zwischen 1993 und 2008 stiegen nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes die Krankheitskosten für depressive Erkrankungen von 1,3 Milliarden auf 5,2 Milliarden Euro überproportional an. In diese Berechnung flossen neben den medizinischen Heilbehandlungen auch sämtliche Gesundheitsausgaben für Prävention, Rehabilitation und Pflege ein. Darüber hinaus kosten nach aktuellen Schätzungen allein die Fehltagel depressiv erkrankter Arbeitnehmer die Unternehmen in Deutschland jährlich circa 1,6 Milliarden Euro (Allianz Deutschland AG & RWI, 2011). Schließlich wurden im Jahr 2009 12,9% der vorzeitigen Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund einer unipolaren depressiven Störung vorgenommen.

Bedeutung der unipolaren Depression in der psychotherapeutischen Versorgung

In der ambulanten psychotherapeutischen Praxis stellen die Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung die mit Abstand größte Gruppe. Nach aktuellen Daten aus einem Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie wurde bei 43,2% der Patienten mit einer gültigen ICD 10 Diagnose als Erstdiagnose eine depressive Störung kodiert (Wittmann et al., 2011). Hierbei wurde die depressive Episode (F32) mit 20,5% am häufigsten als Erstdiagnose kodiert, gefolgt von der rezidivierenden depressiven Störung (F33) bei 16,7% der Patienten und der Dysthymie (F34.1) bei weiteren 6,0%.

Auch in der stationären psychotherapeutischen Versorgung kommt den unipolaren Depressionen eine herausragende Bedeutung zu. Im Jahr 2008 erhielten fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern und Fachabteilungen für

Psychosomatik und Psychotherapie als Erstdiagnose eine unipolare depressive Störung (48,6%). In Krankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie waren es immerhin 20,7% und damit nach den Störungen durch Alkohol die zweitgrößte Gruppe (Statistisches Bundesamt, 2009). Im Bereich der stationären Rehabilitation psychischer Erkrankungen erhielten im selben Zeitraum 30,0% der Patienten als Erstdiagnose eine depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2009). Dies illustriert auch die starken Überlappungen im Versorgungsgeschehen zwischen den drei stationären Einrichtungstypen, für die bislang keine konsentierten differenziellen Zuweisungskriterien existierten.

Entstehungs- und Entwicklungsprozess der S3-Leitlinie/NVL

Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) in Trägerschaft von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) dient der Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter versorgungsbereichsübergreifender Leitlinien zu epidemiologisch bedeutsamen Erkrankungen. Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) liefern dabei auch eine zentrale inhaltliche Grundlage für die Ausgestaltung von Konzepten der strukturierten und integrierten Versorgung. Die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression ist die erste NVL für eine psychische Erkrankung (DGPPN et al., 2009). Dies unterstreicht die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen insgesamt und der depressiven Störungen im Besonderen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Bereits vor zehn Jahren war vom Sachverständigenrat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR, 2002b) die Forderung nach der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien u. a. für die unipolare Depression als einem epidemiologisch, klinisch und ökonomisch prioritä-

ren Versorgungsbereich erhoben worden. Die seinerzeit begonnenen Aktivitäten zur Qualitätsförderung der Leitlinien, namentlich der AWMF und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie das deutsche Leitlinien-Clearingverfahren des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wurden dabei vom SVR ausdrücklich unterstützt.

Zugleich kritisierte der SVR eine Engführung des Begriffs der Multidisziplinarität bei vielen Leitlinienentwicklern. Multidisziplinarität bei der Leitlinienentwicklung reiche weit über eine binnenärztliche Interdisziplinarität hinaus und umfasse auch die Beteiligung von Repräsentanten nichtärztlicher Gesundheitsberufe und Interessengruppen (SVR, 2002a, S. 69). Hierbei seien auch Patientenverbände und Selbsthilfegruppen einzubeziehen, da sie unmittelbar die Interessen von Betroffenen artikulieren (SVR, 2002a, S. 69f.). Ferner wurden vom SVR Defizite hinsichtlich der Beachtung von Patientenpräferenzen und adäquater Disseminations-, Implementations- und Evaluationsstrategien identifiziert (SVR, 2002a, S. 69). Schließlich empfahl der Rat eine phasenhafte Evaluation von Leitlinien in unterschiedlichen Stadien der Anwendungsreife, von einer Prä-Evaluation bis hin zu einer begleitenden Erfolgskontrolle und Evaluation der Leitlinienanwendung unter Routinebedingungen anhand einiger weniger, aber zentraler Erfolgsparameter. Der Leitlinien-Clearingbericht Depression des ÄZQ (2003) bestätigte diese Analyse, zeigte erhebliche Qualitätsunterschiede zwischen den Leitlinien auf und kam in seiner Bewertung zu dem Ergebnis, dass bei allen der 21 untersuchten nationalen und englischsprachigen Leitlinien zur Depression relevante Schwachstellen bestanden, insbesondere hinsichtlich der Implementierung der Leitlinie in den verschiedenen Versorgungssettings. Erste wichtige Vorarbeiten für die Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien in der Depressionsversorgung wurden im Rahmen des Kompetenznetzes Depression geleistet (Härter et al., 2006). Die erweiterte Planungsgruppe des ÄZQ zog im Rahmen ihres Priorisierungsverfahrens die Konsequenz, eine NVL für depressive Störungen auf der Basis der existierenden

internationalen und nationalen Leitlinien zu entwickeln, welche die aufgezeigten Mängel beseitigen sollte.

Im selben Zeitraum ergriff die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) die Initiative zur Überarbeitung der S1-Leitlinie Affektive Erkrankungen (Gaebel & Falkai, 2000), zur S3-Leitlinie Unipolare Depression sowie zu einer noch in Entwicklung befindlichen S3-Leitlinie Bipolare Störungen. Diese Initiative mündete Anfang 2005 in Zusammenarbeit mit dem ÄZQ und der AWMF in eine gemeinsame Erarbeitung einer S3-Leitlinie bzw. NVL Unipolare Depression. An dem Konsensusverfahren waren insgesamt 29 ärztliche und psychotherapeutische Fachgesellschaften und Verbände, einschließlich der Bundespsychotherapeutenkammer, sowie Patienten- und Angehörigenorganisationen beteiligt. Durch die Einbindung der Leitlinienentwicklung in das Programm zur Entwicklung nationaler Versorgungsleitlinien wurde dabei ein Schwerpunkt auf Aspekte der Versorgungskoordination gelegt.

Während des vierjährigen Entwicklungsprozesses wurden auf insgesamt 14 Konsensuskonferenzen 107 Empfehlungen und Statements konsentiert. Als primär zu berücksichtigende Quell-Leitlinie diente dabei aufgrund der hohen methodischen Qualität die NICE-Leitlinie von 2004, welche erst nach Abschluss des Konsensusprozesses eine umfassende Aktualisierung erfuhr (NICE, 2010). Da auf der Grundlage dieser Leitlinie jedoch eine Reihe von Schlüsselfragen für die deutsche Versorgungsrealität nicht zu beantworten war, wurden weitere Quell-Leitlinien herangezogen (Härter et al., 2003; AkdÄ, 2006; APA, 2000; CPA, 2001; DGPM, DGPT, DKPM & AÄGP, 2002). Für die Kapitel „Psychoedukation“ und „Psychotherapie“ wurde dabei die S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) als primäre Grundlage herangezogen (de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm, 2007). Die S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression in der Lang- und Kurzfassung und die Patientenleitlinie zur NVL sowie weitere Informationsmaterialien und Implementierungshilfen sind kostenlos auf den Internetseiten des Programms für Nationale

Versorgungsleitlinien verfügbar (www.versorgungsleitlinien.de).

Evidenz und Empfehlungsgrade

Die Stärke der Empfehlungen richtete sich dabei nach dem Evidenzgrad der zugrundeliegenden Studien und der Sicherheit und Übertragbarkeit der Evidenzgrundlage zu einer Schlüsselfrage. Randomisierte kontrollierte Studien (randomized controlled trials, RCTs) und Metaanalysen stellten im Rahmen der Evidenzhierarchie die höchste Evidenzstufe dar, da diese mit dem geringsten Risiko für einen systematischen Bias der Studienergebnisse verknüpft sind (siehe Tabelle 1). Lagen zu einer Schlüsselfrage keine entsprechenden Studien vor, wurden Untersuchungen der jeweils höchsten verfügbaren Evidenzstufe herangezogen. Die Evidenzgrade waren maßgeblich für die Ableitung der Empfehlungsstärken (siehe Tabelle 2). Allerdings wurden im Konsensusverfahren auch Aspekte wie ethische Verpflichtungen, klinische Relevanz der Effektivitätsmaße, Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Zielpopulation und die Versorgungssituation im Alltag sowie Patientenpräferenzen berücksichtigt und konnten zu einer Auf- oder Abwertung des Empfehlungsgrades führen. Die höchste Empfehlungsstärke ist die „Soll-Empfehlung“ mit dem Empfehlungsgrad **A**, gefolgt von der „Sollte-Empfehlung“ (**B**) und der „Kann-Empfehlung“ (**O**). Schließlich beschreibt eine Empfehlung „Standard in der Behandlung – Klinischer Konsenspunkt“ (**KKP**) die empfohlene gute klinische Praxis, ohne dass hierzu eine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich ist oder angestrebt wird.²

Eine ausführliche Darstellung des Entstehungs- und Entwicklungsprozesses der Leitlinie einschließlich der methodischen Grundlagen findet sich u. a. bei Härter et al. (2010a, 2010b) und Klesse et al. (2010). Eine umfassende Darstellung sämtlicher Empfehlungen würde den Rahmen dieser Publikation sprengen. *In diesem Beitrag soll daher insbesondere auf diejenigen Leitlinienempfehlungen eingegangen werden, die einen besonderen Stellenwert für die psychotherapeutische Praxis haben. Für eine ausführliche Darstellung der insgesamt 107 Empfehlungen und State-*

Tabelle 1: Evidenzebenen

Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs)
Ib	Evidenz aus mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs
Ila	Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
Ilb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasiexperimentellen deskriptiven Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Tabelle 2: Grade der Empfehlung

A	„Soll-Empfehlung“: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib)
B	„Sollte-Empfehlung“: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt
O	„Kann-Empfehlung“: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP	„Standard in der Behandlung – Klinischer Konsenspunkt“: Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist

² Im Folgenden wird bei der Beschreibung und Erläuterung einzelner Empfehlungen der jeweilige Empfehlungsgrad in Klammern angegeben.

ments der NVL, insbesondere zur differenziellen Pharmakotherapie sowie der nichtmedikamentösen somatischen Therapie, sei an dieser Stelle auf die Langfassung der Leitlinie (DGPPN et al., 2009) sowie auf Härter et al. (2010a) bzw. Klesse et al. (2010) verwiesen.

Relevante Inhalte für die psychotherapeutische Praxis

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen und Behandlungslässen, nicht nur in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung, sondern auch in der hausärztlichen Praxis. Einer abgestuften und koordinierten Versorgung, auch über die Sektorengrenzen hinweg, kommt dabei eine wichtige Bedeutung zu. Dies trifft nicht zuletzt vor dem Hintergrund der weiterhin bestehenden Optimierungspotenziale in der Versorgung zu, vom rechtzeitigen Erkennen depressiver Erkrankungen, korrekter Diagnostik und darauf aufbauender evidenzbasierter Behandlung in möglichst vernetzten Versorgungsstrukturen und unter aktiver Beteiligung der betroffenen Patienten.

Diagnostik

Im Bereich der Diagnostik hebt die Leitlinie den Nutzen eines Screenings zur Früherkennung von depressiven Störungen hervor; dies gilt allerdings nur bei Hochrisikogruppen (z. B. Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen oder depressiven Episoden in der Vorgeschichte). Da depressive Patienten nur selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten, sollen depressive Symptome aktiv exploriert werden (Empfehlungsgrad A). Ergeben sich aus dem Screening Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung, sollten alle diagnoserelevanten Haupt- und Nebensymptome durch eine systematische Befragung des Patienten erhoben werden (B). Die Leitlinie enthält hierzu eine umfassende Liste von Beispielfragen zur vollständigen Symptomerfassung (DGPPN et al., 2009, Langfassung S. 66f.). Besonders relevant ist die

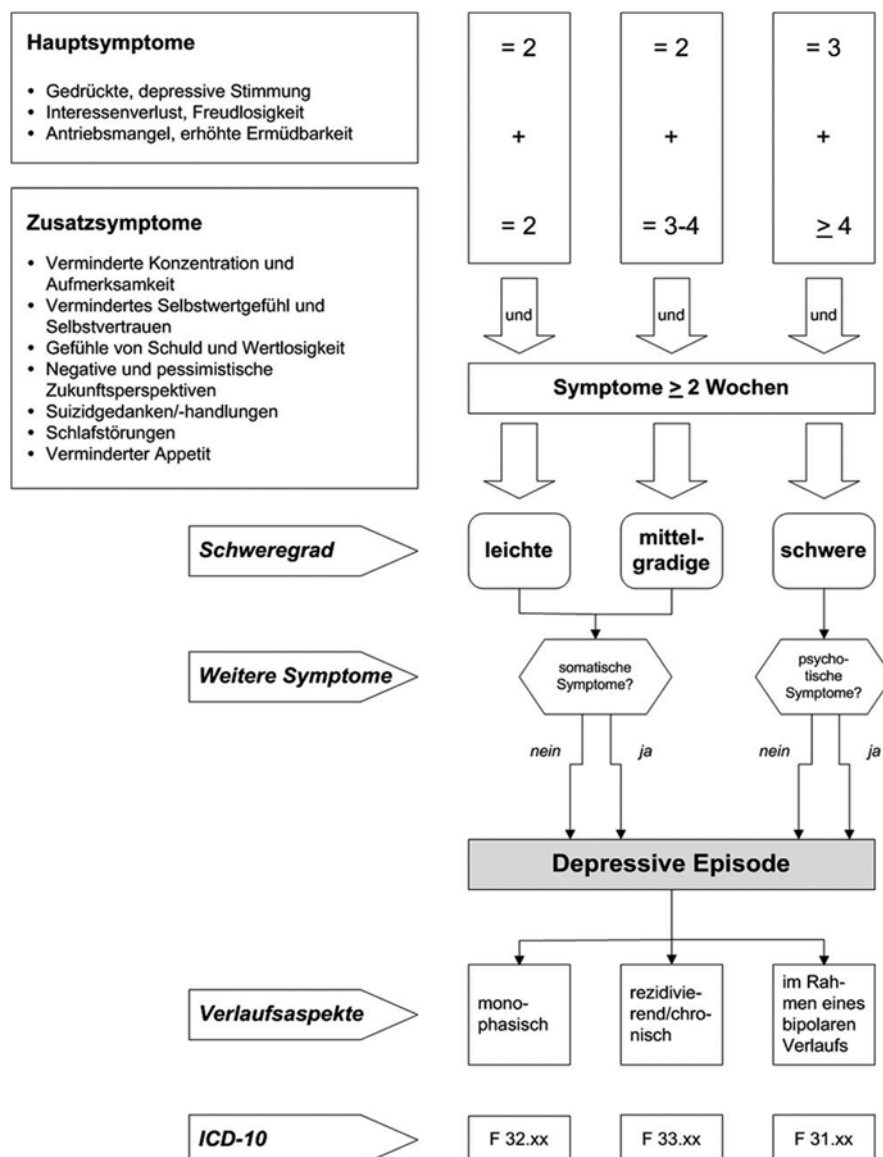


Abbildung 1: Diagnostik depressiver Episoden nach ICD 10

Bestimmung des Schweregrades und des Verlaufsmusters sowie der Komorbiditäten, um eine adäquate Berücksichtigung der Leitlinienempfehlungen zu ermöglichen.

Analysen der Daten aus der Routineversorgung zeigen zum einen, dass derzeit noch bei den meisten Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung lediglich eine unspezifische Diagnose ohne Spezifizierung des Schweregrades kodiert wird (Grobe, Dörning & Schwartz, 2008). Zum anderen besteht in der ambulanten Routineversorgung nur ein geringer Zusammenhang zwischen Schweregrad der depressiven Störung und der Behandlungsrate insgesamt und der Intensität der

durchgeführten Behandlungen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2010).

Suizidalität

Einen weiteren differentialdiagnostischen Bereich stellt die Abklärung der Suizidalität dar. Aufgrund der Häufigkeit von Suizidgedanken während einer akuten depressiven Episode und des bei depressiv Erkrankten gegenüber der Durchschnittsbevölkerung 30-fach erhöhten Suizidrisikos betont die Leitlinie, dass Patienten bereits im Rahmen des Erstgesprächs aktiv und empathisch zur Suizidalität zu explorieren sind. Die Leitlinie empfiehlt als gute klinische Praxis, dass Suizidalität bei jedem Patienten mit einer depressiven Störung regel-

mäßig, bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und ggf. exploriert werden sollte (**KKP**). Bei bestehender Suizidalität ist zu prüfen, inwieweit vonseiten des Patienten eine hinreichende Absprachefähigkeit bis zum nächsten Behandlungstermin besteht. Ist diese nicht gegeben und liegt eine akute Suizidgefährdung vor, soll unter Beachtung der individuell erforderlichen Sicherheitskautele eine Überweisung in psychiatrische Behandlung erfolgen (**A**). Psychotherapeuten, die nicht selbst eine Krankenseinweisung vornehmen können, müssen eine solche über einen kooperierenden Arzt veranlassen und zur Minimierung der Gefährdung des Patienten diesen ggf. begleiten oder begleiten lassen. Eine stationäre Einweisung solle für depressive Patienten ferner erwogen werden (**B**), wenn sie:

- akut suizidgefährdet sind,
- nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen,
- einer intensiven psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bedürfen,
- eine hinreichend zuverlässige Einschätzung der fortbestehenden Suizidalität nicht möglich ist oder
- die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung suizidal bleibt.

Dabei sollte Suizidalität bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert, präzise und detailliert erfragt und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden (**KKP**). Dies schließt die Erfassung der graduellen Ausprägung der Suizidalität und die Abschätzung des aktuellen Handlungsdrucks bzw. die aktuelle Distanziertheit von Suizidgedanken und -planungen mit ein. Das therapeutische Beziehungsangebot und das zeitliche Engagement sind dabei an den besonderen Erfordernissen bei suizidalen Patienten auszurichten unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren, der Umgebungsfaktoren und der Absprachefähigkeit des Patienten (**KKP**). Wurden Patienten wegen Suizidalität stationär aufgenommen, soll eine Nachuntersuchung kurzfristig, maximal eine Woche nach Entlassung aus dem Krankenhaus geplant

werden, da in dieser Zeit das Risiko für weitere suizidale Handlungen am größten ist (**A**). Diese Patienten sollen vom nachsorgenden Psychologischen Psychotherapeuten oder Arzt im Falle des Nichterscheinens unmittelbar kontaktiert werden, um das Risiko für einen Suizid oder Selbstverletzungen abzuschätzen (**A**). Bei suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode sollte generell eine Psychotherapie in Betracht gezogen werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert (**B**), mit dem kurzfristigen Ziel einer unmittelbaren Unterstützung und Entlastung des Patienten bis zum Abklingen der Krise.

Patientenbeteiligung

Die Leitlinie setzt neue Maßstäbe bei der Beteiligung von Patienten und Angehörigen an den Entscheidungen bezüglich einer Depressionsbehandlung. Die Leitlinie betont, dass Patienten mit depressiven Störungen Anspruch auf eine umfassende Information über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeit haben und über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden sollen (**A**). Wenn es angebracht ist und die Patienten einverstanden sind, gilt dies auch für Angehörige. Hierzu sollten auch psychoedukative Angebote im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie angeboten werden (**B**). Die Leitlinie spricht sich, auch aufgrund besserer Behandlungsergebnisse, für eine partizipative Entscheidungsfindung aus (**B**) und betont, dass dem Patienten je nach Indikation bestimmte Behandlungsoptionen angeboten werden sollen. Bereits bekannte Patientenpräferenzen für eine psychotherapeutische Behandlung würden demnach künftig stärker Berücksichtigung finden (Angermeyer, Breier, Dietrich, Kenzine & Matschinger, 2005; Harfst & Marstedt, 2009). Ferner sollen Patienten und Angehörige über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden (**A**).

Eine Besonderheit der Leitlinienempfehlungen dieser Leitlinie besteht darin, dass diese bereits in ihrer Formulierung („eine bestimmte Behandlung soll angeboten werden“) die aktive Beteiligung und Entscheidungsfreiheit des Patienten betonen,

und nicht wie in vielen anderen Leitlinien die paternalistisch anmutende Formulierung verwendet wird, dass eine bestimmte Therapie durchgeführt werden soll.

Therapie

Bei einer leichten depressiven Episode und günstiger Prognose empfiehlt die NVL, dass zunächst eine aktiv-abwartende Begleitung des Patienten erfolgen kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung wieder abklingt. Erst wenn die Symptomatik bei erneuter Prüfung nach zwei Wochen unvermindert anhält oder sich verschlechtert hat, soll zusammen mit dem Patienten über den Beginn einer spezifischen Therapie entschieden werden (**O**). Unabhängig von der gewählten Therapie befürwortet die Leitlinie eine regelmäßige Wirkungsprüfung und ein Therapiemonitoring.

Die grundlegenden Therapieempfehlungen der Leitlinie richten sich insbesondere nach Schweregrad, Verlauf und Komorbidität (siehe Tabelle 3).

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

Therapieerfolge einer medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Akutbehandlung können durch Fortführung oder Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung entscheidend stabilisiert werden (Fava et al., 1994, 1998, 2004; Teasdale et al., 2000). Die Verhinderung von Rückfällen und Rezidiven stellt eine der besonderen Stärken der Psychotherapie in der Behandlung von depressiven Störungen dar. Psychotherapie hat im Vergleich zur Pharmakotherapie über die Behandlungsphase hinaus eine länger anhaltende Wirkung. Darüber hinaus senkt eine niederfrequente Psychotherapie im Erhaltungsintervall oder zur Rezidivprophylaxe im Vergleich zu einer nichtaktiven Kontrollbedingung und tendenziell auch einer Pharmakotherapie das Rückfall- und Rezidivrisiko (Vittengl, Clark, Dunn & Jarrett, 2007).

Patienten soll daher zur Stabilisierung des Therapieerfolgs und zur Senkung des

Tabelle 3: Therapieempfehlungen

Empfehlung 3-40	Zur Behandlung akuter, leichter bis mittelschwererer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden (A).
Empfehlung 3-7	Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses (B).
Schlussfolgerung aus Empfehlungen 3-40, 3-9, 3-10 und 3-41	Bei akuten mittelschweren depressiven Episoden soll eine alleinige Psychotherapie und alternativ eine alleinige Pharmakotherapie mit einem Antidepressivum als gleichwertige Behandlungsoptionen angeboten werden (A).
Empfehlung 3-41	Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden (A).
Empfehlung 3-42	Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden (A).
Statement	Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Fall eine medikamentöse Therapie erhalten.
Empfehlung 3-44	Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression sollen Patienten darüber informiert werden, dass eine Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie und Pharmakotherapie gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist (A).

Rückfallrisikos im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden (A). Im Falle einer medikamentösen Therapie in der Akutbehandlung soll das jeweilige Antidepressivum zur Verminderung des Rückfallrisikos mindestens vier bis neun Monate über das Ende der depressiven Episode hinaus in der gleichen Dosierung wie in der Akutphase eingenommen werden (A).

Bei Patienten mit einem erhöhten Rezidivrisiko soll als Teil einer Kombinationsbehandlung eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie angeboten werden (A). Im Falle einer Pharmakotherapie sollten Patienten mit zwei oder mehr depressiven Episoden und erheblichen funktionellen Einschränkungen in der jüngeren Vergangenheit dazu angehalten werden, das Antidepressivum mindestens zwei Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einzunehmen (B). Sprechen Patienten auf eine Antidepressivatherapie adäquater Dosierung nicht an (Therapieresistenz), sollte das Angebot einer angemessenen Psychotherapie geprüft werden (B). Therapieresistenz wird üblicherweise definiert als das Nichtansprechen auf mindestens zwei unterschiedli-

che, adäquat (auf-)dosierte Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen. Allerdings besagt eine Empfehlung der Leitlinie auch, dass ein Wechsel des Antidepressivums bei Nichtansprechen nicht die Behandlungsalternative erster Wahl ist, da dessen Wirksamkeit nicht ausreichend belegt ist und daher jeder Wechsel sorgfältig geprüft werden sollte (B).

Differenzielle Aussagen zu psychotherapeutischen Verfahren und Methoden

Die Leitlinie verzichtet bei ihren Behandlungsempfehlungen zur Psychotherapie überwiegend darauf, spezifische Psychotherapieverfahren und -methoden zu benennen. Lediglich bei einzelnen Empfehlungen und Statements zur Behandlung von Patienten mit komorbiden Störungen wird aufgeführt, für welche Psychotherapieverfahren und -methoden die besten Evidenzbelege vorliegen. Dies geschah auch vor dem Hintergrund, dass bisher durchgeführte komparative Studien zur Psychotherapie bei leichten und mittelgradigen depressiven Störungen nicht durch-

gehend Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit der verschiedenen Psychotherapieverfahren und -methoden gezeigt haben (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008). Darüber hinaus reflektiert diese Entscheidung der Konsensgruppe auch die unterschiedliche Bewertung der den Studien zugrundeliegenden Forschungsdesigns durch die beteiligten Fachgesellschaften, insbesondere hinsichtlich der Gewichtung randomisierter kontrollierter Studien im Vergleich zu naturalistischen Studien ohne Randomisierung und ggf. auch ohne Kontrollgruppe. Für die einzelnen Fragestellungen wurden, von der Akuttherapie bei verschiedenen Schweregraden bis hin zur Rezidivprophylaxe, Evidenztabellen erstellt, die die Quantität und Qualität der empirischen Wirksamkeitsbelege für die verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren zusammenfassen. Dabei wurden neben den für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Richtlinienverfahren (kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie auch die empirischen Wirksamkeitsbelege für die Interpersonelle Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie berücksichtigt. Der Forschungsstand zur Systemischen Therapie soll bei der nächsten Aktualisierung der Leitlinie ergänzt werden.

Spezifika der Pharmakotherapie

Die Wirksamkeit von Antidepressiva wurde in zahlreichen randomisierten und placebokontrollierten Studien untersucht. Der Nachweis eines erheblichen Publikationsbias in der Antidepressivaforschung, die Stärke des Placeboeffektes sowie Belege für eine häufige Entblindung des Verumarms aufgrund der Nebenwirkungen der Verummedikation veranlassten einige Autoren zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit von Antidepressiva bei leichten und mittelgradigen depressiven Störungen gegenüber Placebo kaum besser ausfällt (Turner, Matthews, Linardatos, Tell & Rosenthal, 2008; Kirsch et al., 2008; Moncrieff, Wessely & Hardy, 2004). Dagegen ist eine klinisch relevante Überlegenheit der Antidepressiva gegenüber Placebo bei

schweren Depressionen, nicht zuletzt auch in der Erhaltungstherapie, weitgehend unstrittig. In diesem Zusammenhang wird u. a. von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft darauf verwiesen, dass der hohe Anteil des Placeboeffekts an der Wirksamkeit von Antidepressiva kein grundsätzliches Argument gegen den Einsatz dieser Arzneimittel sei, da auch dieser den Patienten, im Gegensatz zu einer Nichtbehandlung, voll zu Gute komme (AkdÄ, 2008).

Da Nachweise für die klinische Überlegenheit eines bestimmten Arzneimittelwirkstoffs in der Behandlung unipolarer depressiver Störungen fehlen, empfiehlt die Leitlinie wie bei den Psychotherapieempfehlungen kein bestimmtes Antidepressivum. Daneben werden lediglich für bestimmte Patientenpopulationen Substanzklassen genannt, die wegen des Nebenwirkungsprofils vorrangig gegeben werden sollten, z. B. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI) bei Komorbidität mit Diabetes mellitus.

Evaluation der Therapiemaßnahmen im Behandlungsverlauf

In Abhängigkeit von der Behandlungssituation zu Beginn einer Psychotherapie besteht das Therapieziel der Depressionsbehandlung in einer Symptomreduktion, einer vollständigen Remission oder in der Verhinderung eines Rückfalls bzw. Rezidivs. Darüber hinaus zielt die Depressionsbehandlung auf die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität ab. An diesen Therapiezielen ist der Therapiefortschritt behandlungsbegleitend kontinuierlich zu messen. Besonders in den ersten Wochen der Akutbehandlung ist eine regelmäßige, zu Beginn wöchentliche Wirkungsprüfung notwendig, um das Ansprechen auf die Behandlung und die Veränderung der depressiven Symptomatik zu prüfen. Das Ausbleiben einer Symptomreduktion in den ersten Behandlungswochen ist ein negativer Prädiktor für den Erfolg einer Psychotherapie oder Pharmakotherapie. Eine Empfehlung der Leitlinie hierzu lautet daher:

Stellt sich in der Akutbehandlung drei bis vier Wochen nach Behandlungsbeginn keine positive Entwicklung im Sinne der Zielvorgaben ein, sollte ein bislang nicht wirksames Vorgehen nicht unverändert fortgesetzt werden **(O)**. Die Leitlinie benennt hierzu eine Reihe von bewährten Skalen zur Selbst- und Fremdbeurteilung, um das Ansprechen auf die Therapie und die Besserung der depressiven Symptomatik zu ermitteln (DGPPN et al., 2009, Langfassung S. 73).

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren empfiehlt die Leitlinie nur bei einem eng umgrenzten Indikationsbereich. Die Leitlinie empfiehlt, dass bei schweren, therapieresistenten depressiven Episoden eine elektrokonvulsive Therapie (EKT) als Behandlungsalternative in Betracht gezogen werden soll **(A)**.

Die Schlafentzugstherapie bzw. Wachttherapie sollte erwogen werden, wenn eine rasche, allerdings kurz anhaltende Therapiewirkung gewünscht wird oder eine andere leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll **(B)**.

Die Indikation einer Lichttherapie wiederum beschränkt sich auf leichte bis mittelgradige Episoden rezidivierender depressiver Störungen mit saisonalem Muster **(A)**.

Schließlich empfiehlt die Leitlinie aus klinischer Erfahrung heraus ein körperliches Training zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Linderung depressiver Symptome, unabhängig vom Schweregrad der depressiven Störung **(KKP)**.

Komorbidität

Andere psychische oder somatische Erkrankungen, die zusammen mit depressiven Erkrankungen auftreten, können eine erfolgreiche Behandlung der Depression erschweren oder eine Modifikation der Behandlungsstrategien erforderlich machen.

Angst- und Zwangsstörungen zählen zu den häufigsten komorbiden psychischen Störungen und führen zu einer schlechteren Wirksamkeit der antidepressiven Therapie. Dennoch sind unter diesen Bedingungen sowohl die Psychotherapie als auch die Pharmakotherapie wirksame Behandlungsverfahren. Ähnlich stellt sich die Situation bei einer komorbiden Alkoholabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörung dar.

Bei einer koronaren Herzerkrankung kann bislang noch keine eindeutige Empfehlung für eine psychotherapeutische Behandlung ausgesprochen werden. Bei Herzkranken mit einer mittleren bis schweren depressiven Erkrankung empfiehlt die Leitlinie eine Pharmakotherapie vorzugsweise mit Sertralin oder Citalopram, jedoch nicht mit trizyklischen Antidepressiva **(A)**.

Diabetikern mit einer depressiven Erkrankung sollte eine Psychotherapie angeboten werden **(B)**. Ist eine Pharmakotherapie vorgesehen, empfiehlt die Leitlinie eine Behandlung mit SSRI **(B)**.

Versorgungskoordination

Die Leitlinie betont, dass bei leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen eine alleinige ambulante Behandlung, eine adäquate somatische und psychopathologische Diagnostik vorausgesetzt, von allen relevanten Berufsgruppen, d. h. Hausärzten, psychiatrisch oder psychotherapeutisch qualifizierten Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten, durchgeführt werden kann. Im Falle einer nicht ausreichenden Besserung empfiehlt die Leitlinie, dass Hausärzte nach sechs Wochen einen Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten konsultieren. Im Falle einer psychotherapeutischen Behandlung ist bei fehlender Besserung die Konsultation eines Facharztes nach spätestens drei Monaten zu empfehlen. Darüber hinaus hat sich die Konsensgruppe für die ambulante Versorgung auf Kriterien verständigt, bei denen eine Überweisung oder Mitbehandlung zum bzw. durch den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie den Psychologischen Psychotherapeuten und den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie empfohlen wird (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Zuweisungskriterien in der ambulanten Versorgung

Kriterien für die Überweisung zu oder Zusammenarbeit mit	
Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzten	Psychologischen Psychotherapeuten und Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
<ul style="list-style-type: none"> ■ unklarer psychiatrischer Differentialdiagnostik, ■ schwerer Symptomatik, ■ Therapieresistenz, ■ Problemen bei der Pharmakotherapie und/oder in einer Psychotherapie, ■ Interaktionsproblemen im Rahmen der Kombinationstherapie von Antidepressiva mit anderen Medikamenten, ■ akuter Selbst- und Fremdgefährdung, ■ psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor, ■ Komorbidität einer depressiven Störung mit einer anderen schweren psychischen Störung sowie mit anderen schweren körperlichen Erkrankungen. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei schwerer Symptomatik im Rahmen einer Kombinationstherapie, ■ bei psychotherapeutisch zugänglicher Therapieresistenz, ■ bei Komorbidität einer depressiven Störung mit einer anderen schweren psychischen Störung zur psychotherapeutischen (Mit-) Behandlung, ■ bei Problemen in einer Psychotherapie, ■ bei einer psychotherapeutischen Behandlung bei Komorbidität von Depression und chronischen körperlichen Erkrankungen.

Vor dem Hintergrund der starken Überlappungen im Behandlungsspektrum zwischen den drei stationären Versorgungsangeboten psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung, psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung und psychosomatischer Rehabilitation hat sich die Konsensusgruppe auf einige zum Teil auch differenzielle Indikationskriterien verständigt. Hinsichtlich der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung benennt die Leitlinie zum einem das Vorliegen einer akuten suizidalen Gefährdung oder Fremdgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit sowie deutlichen psychotischen Symptomen als eine Notfallindikation. Als weitere Indikationen werden aufgeführt:

- Gefahr der depressionsbedingten Isolation und andere schwerwiegende psychosoziale Faktoren,
- den Therapieerfolg massiv behindernde äußere Lebensumstände,
- Therapieresistenz gegenüber ambulanten Therapien,
- starke Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung sowie
- schwere Krankheitsbilder, bei denen die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen.

Wenn vorrangig eine stationäre Psychotherapie angeboten werden soll, kann in diesen

Fällen auch eine Indikation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung bestehen. Eine Indikation für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung besteht gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) IX vor allem dann, wenn die Therapieziele in der Verstetigung von Behandlungserfolgen, der Behandlung von Krankheitsfolgen, der Verbesserung des Umgangs mit der (chronischen bzw. chronifizierten) Erkrankung oder der Verbesserung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit bestehen.

Qualitätsindikatoren

Aus bestimmten Empfehlungen dieser Leitlinie wurde eine Reihe von Qualitätsindikatoren abgeleitet, die relevante Aspekte der Versorgung abbilden und zum Zwecke der Qualitätssicherung eingesetzt werden könnten. Dabei sind die Qualitätsindikatoren als Vorschläge zu verstehen, die vor ihrer Routineanwendung, zum Beispiel im Kontext der sektorübergreifenden Qualitätssicherung, zunächst einer Überprüfung im Rahmen von Modellprojekten bedürfen. Sie könnten zugleich helfen, den klinischen Nutzen der Leitlinie zu evaluieren.

Ausblick

Auch die NVL Unipolare Depression ist als *living guideline* konzipiert, die einer

stetigen Weiterentwicklung unter fortlaufender Integration neuer Forschungsergebnisse unterliegt. Die Gültigkeit der aktuellen Fassung ist daher auf vier Jahre bis Mitte 2013 begrenzt. Dabei wurden schon vor Veröffentlichung der Leitlinie die Themen Gender, Schwangerschaft und Stillzeit sowie kulturspezifische Aspekte als Aktualisierungs- bzw. Erweiterungsbedarfe dieser Leitlinie erkannt, die prioritär bearbeitet werden sollten. Die Diagnostik und Behandlung unipolarer Depressionen bei Kindern und Jugendlichen wird aktuell von einer gesonderten Leitliniengruppe thematisiert und soll in eine eigene S2e-Leitlinie münden. Darüber hinaus ist die Berücksichtigung der Evidenzlage zur Systemischen Therapie vorgesehen, deren wissenschaftliche Anerkennung vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie auch für den Anwendungsbereich der affektiven Störungen festgestellt wurde.

Eine konsequente Umsetzung der vorliegenden Leitlinie dürfte dabei auch bestimmte Probleme mit der Verfügbarkeit der empfohlenen Behandlungen und Kooperationsformen deutlich werden lassen. So bestehen regional erhebliche Unterschiede hinsichtlich des ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsangebots, die etwa in der Bedarfsplanungsrichtlinie, allerdings ohne Bezug zur tatsächlichen psychischen Morbidität in den Regionen, festgeschrieben wurden. Im Bereich der Psychotherapie ist darüber hinaus die fehlende Verfügbarkeit der Interpersonellen Psychotherapie und der Gesprächspsychotherapie zu beklagen. Für die Gesprächspsychotherapie hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinem HTA-Bericht bereits 2006 zwar den Nutzen der Gesprächspsychotherapie bei der Indikation festgestellt, das Verfahren aber dennoch nicht für diese Indikation zugelassen (G-BA, 2006). Die Interpersonelle Psychotherapie verfügt ebenfalls über ausreichende Evidenznachweise für die Behandlung der unipolaren, aber auch der bipolaren Depression sowie der Bulimie und Binge-Eating-Störung (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2006). Beim G-BA steht die Interpersonelle Psychotherapie jedoch trotz aller empirischen Wirksamkeitsnachweise bislang noch nicht einmal als Beratungsthema auf

der Tagesordnung. Es ist zu hoffen, dass die Aktualisierung des Leistungskatalogs der GKV zumindest vor der nächsten Aktualisierung dieser Leitlinie erfolgt.

Literatur

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



Prof. Dr. Rainer Richter

Präsident der
Bundespsychotherapeutenkammer

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Timo Harfst
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstr. 64, 10179 Berlin
harfst@bptk.de
www.bptk.de

Gruppenselbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung

Reflexionen, ein Untersuchungsansatz und Ergebnisse

Volker Tschuschke¹, Ulrich Meier², Michael Theilacker²

¹ Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum zu Köln

² APP Köln – Akademie für Angewandte Psychologie und Psychotherapie Köln, Institut am Rhein

Zusammenfassung: Selbsterfahrung ist Bestandteil der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Art und Umfang der Selbsterfahrung sind jedoch an den verschiedenen Ausbildungsinstituten sehr uneinheitlich. Dieser Beitrag untersucht Effekte gruppenbezogener Selbsterfahrungen im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie). Hierzu wurde ein Fragebogen zur Erfassung relevanter Dimensionen der Selbsterfahrung im gruppalen Kontext entwickelt. Die Ergebnisse zeigen, dass – in Abhängigkeit vom Erleben des Gruppenleiters – substantielle Niveaus in den Dimensionen Selbsterkenntnis, Feedback- und Übertragungslernen im Verlauf der Selbsterfahrung erreicht werden, die mit der Dauer der Selbsterfahrung sogar noch ansteigen.

1. Ausgangslage

Das *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen* (Strauß et al., 2009), zehn Jahre nach der Etablierung des Psychotherapeutengesetzes, ergab in deutlich konturierter Weise eine relative Unzufriedenheit der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer¹ mit der Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung. Mehr als 44,0% der verhaltenstherapeutischen und immerhin noch fast 20,0% der psychodynamisch orientierten Ausbildungsteilnehmer bewerteten den Umfang der Einzelselbsterfahrung als nicht ausreichend. Die Umfänge der Gruppenselbsterfahrung wurden von 23,0% der verhaltenstherapeutischen und 22,0% der psychodynamisch orientierten Ausbildungsteilnehmer als unzureichend eingestuft. Ebenfalls wurden Verbesserungsvorschläge von den Lehrkräften

gemacht, die Selbsterfahrung an den Instituten anbieten. Zu diesen zählen u. a. Ausweitung der Selbsterfahrung, verpflichtende Einzelselbsterfahrung, Sicherstellung der Durchführungsqualität etc.

Derzeit muss festgestellt werden, dass sich über die Qualität der vermittelten Selbsterfahrung aus empirischer Perspektive keine Aussage machen lässt, weil eine Qualitätskontrolle praktisch nicht stattfindet, und dass die Quantität der Selbsterfahrung weitgehend als unzureichend empfunden wird (speziell im verhaltenstherapeutischen Bereich). Dieser Beitrag zielt auf eine Untersuchung von Prozessen und Ergebnissen von Teilnehmern der verhaltenstherapeutischen Ausbildung, für die Selbsterfahrungsgruppen ein wesentlicher Bestandteil ihrer Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-therapeuten sind.

2. Von der Lehranalyse zur Selbsterfahrung

Die Bemühungen um Selbstreflexion, Selbsterfahrung und Selbsttherapie reichen zurück zu den Philosophieschulen der griechisch-römischen Antike (Kronberg-Gödde, 2006). Ausgehend vom Grundgedanken, dass nur derjenige Gesundheit an Körper und Seele erlange, der „sich selbst erkenne“ und aufrichtig um Selbsterkenntnis und -erziehung bemüht sei, sind diese Überlegungen bereits weit vor den Anfängen der Psychoanalyse und der modernen Psychotherapie heutiger Prägung angestellt worden. Damit wird ein allgemeines Ethos für ein humanes Leben postuliert, das für Psychotherapeuten, jene Experten für Kommunikation und professionelle psychosoziale Problemlösungen, erst recht Gültigkeit beansprucht.

Das heutige Verständnis der Notwendigkeit einer im Rahmen der Psychotherapieausbildung zu erfolgenden „Selbsterfahrung“ fällt in den verschiedenen Therapieschulen dennoch überraschend unterschiedlich aus. Ausgangspunkt für die „Selbsterfahrung des Psychotherapeuten“ im Rahmen seiner beruflichen Ausbildung war für die psychoanalytisch begründeten Verfahren die sogenannte Selbstanalyse Sigmund

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden die weiblichen und männlichen Formen nicht durchgehend beide genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

Freuds (Masson, 1999), die er versuchte, an sich selbst vorzunehmen, um seine eigenen Krankheitssymptome und Träume zu verstehen. Dies war aufs Engste verbunden mit der Entwicklung der Psychoanalyse (Laplanche & Pontalis, 1973).

„Wenn der Arzt imstande sein soll, sich seines Unbewussten in solcher Weise als Instrument bei der Analyse zu bedienen, so muss er selbst eine psychologische Bedingung in weitem Ausmaße erfüllen. Er darf in sich selbst keine Widerstände dulden ... Es genügt nicht hierfür, dass er selbst ein annähernd normaler Mensch sei, man darf vielmehr die Forderung aufstellen, dass er sich einer psychoanalytischen Purifizierung unterzogen und von jenen Eigenkomplexen Kenntnis genommen habe, die geeignet wären, ihn in der Erfassung des vom Analysierten Dargebotenen zu stören.“

(Freud, 1912/1990, S. 382)

Auf dem 2. Internationalen Psychoanalytischen Kongress 1910 in Nürnberg bezeichnet Freud die Selbstanalyse als notwendige Voraussetzung zur Ausübung der Psychoanalyse:

„... wir haben ... bemerkt, dass jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten, und verlangen daher, dass er seine Tätigkeit mit einer Selbstanalyse beginne ...“

(Freud, 1910/1990, S. 108).

Freud ging in seinem Postulat für den Charakter des Arztes bzw. Psychoanalytikers sogar über den Status eines „annähernd normalen Menschen“ (Freud, 1912/1990, s. o.) hinaus, er forderte für den Psychoanalytiker sogar eine „gewisse Überlegenheit“ über das Stadium der Normalität hinaus, müsse er doch für seinen Patienten als „Erzieher“ (Freud, 1904/1991, S. 25) fungieren und ihn auf einem „gemeinsamen Erfahrungsprozess“ (J. Hardt, persönl. Mitteilung, 2010) begleiten können, was dann auch die Kenntnis der Richtung des Weges impliziere, die er erst selbst noch erlangen müsse.

Auf dem 5. Internationalen Psychoanalytischen Kongress 1918 in Budapest wurde erstmals von Nunberg die Forderung er-

hoben, dass jeder Ausbildungsteilnehmer zur Psychoanalyse sich einer sogenannten *Lehranalyse* unterziehen solle (Streeck, 2008). Diese Forderung wurde auf dem Kongress der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) 1922 in Berlin wiederholt (Laplanche & Pontalis, 1973, S. 283). Ferenczi nahm 1928 den Faden auf und forderte, dass angehende Psychoanalytiker ihre Komplexe im Rahmen einer Lehranalyse aufzulösen hätten, mit den Zielen, zum einen eine Veränderung der eigenen Persönlichkeit, zum anderen eine Qualifikation als Psychoanalytiker zu erreichen. Die Lehranalyse solle „... von ebenso langer Dauer und gleich tiefer Schürfung wie die therapeutische Analyse ...“ (Ferenczi, 1928/1972, S. 233) sein.

Diese nach heutigen Maßstäben optimistisch klingenden Ziele führten im Folgenden dazu, dass die Lehranalyse nachfolgend die ursprüngliche Selbstanalyse Freuds als Modell zur Aneignung der Psychoanalyse verdrängte. Der zukünftige Psychoanalytiker sollte selbst in eine *Lehrtherapie* gehen. Entsprechend gilt bis heute für die psychoanalytische Ausbildung die Empfehlung, dass die Lehranalyse die psychoanalytische Ausbildung möglichst kontinuierlich begleiten solle (Streeck, 2008). Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) verlangen eine drei Mal pro Woche (bei 40 Wochen pro Jahr) zu erfolgende ausbildungsbegleitende Selbsterfahrung (sogenannte Lehranalyse), die mindestens fünf Jahre und mindestens 600 Stunden umfasst.

In dem Maße, in dem die Weiterentwicklung des *Gegenübertragungskonzepts* (Heimann, 1950) als ein Erkenntnisinstrument für unbewusste Vorgänge erfolgte, rückte die Psychotherapeutenpersönlichkeit weiter ins Blickfeld. Im Unterschied zur Arzt-Patient-Beziehung in der Körpermedizin gehe es in der Psychotherapie stets um ein „Zwei-Personen-Drama“, ein Beziehungsgeschehen, in das beide Beteiligten mit ihrer individuellen Persönlichkeit involviert seien (Kronberg-Gödde, 2006). Von der Notwendigkeit einer unbedingten Kenntnis der Patientenpersönlichkeit hin zur notwendigen Kenntnis der Psychotherapeutenpersönlichkeit ist es damit nicht mehr weit.

In der Verhaltenstherapie (VT) wurde der Person des Psychotherapeuten lange Zeit kaum Beachtung geschenkt (Schön, 2001). Erst mit der zunehmenden Akzeptanz der Bedeutung der therapeutischen Beziehung

„... rückten das Interaktionsverhalten des Therapeuten und andere personenspezifische Merkmale auch im Hinblick auf die Ausbildung von Therapeutinnen stärker in das Zentrum des Interesses (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991; Schindler, 1991; Zimmer, 1983)“

(Schön, 2001, S. 10).

Die Persönlichkeitsentwicklung der angehenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen habe in der VT traditionell eine weit geringere Bedeutung als z. B. in der Psychoanalyse oder der Klientenzentrierten Psychotherapie gehabt (vgl. auch Rief, 2009). Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten werde nicht als eine wesentliche Voraussetzung für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Arbeit angesehen. Ziele verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung seien vielmehr die Verbesserung der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und der Erwerb selbstreflexiver Fähigkeiten.

In der Tat findet man selbst noch in den aktuellsten Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie, die in aller Regel von verhaltenstherapeutischen Autoren herausgegeben werden, keine Ausführungen zur Selbsterfahrung von angehenden Psychotherapeuten im Rahmen ihrer therapeutischen Ausbildung. Dabei ist es längst gesetzliche Pflicht für die Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten, im Rahmen der staatlich anerkannten Ausbildung 120 Stunden Selbsterfahrung zu absolvieren. Das Forschungsgutachten der Bundesregierung zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Strauß et al., 2009) weist aus, dass die Ausbildungsteilnehmer zur VT-Ausbildung signifikant weniger *Einzelselbsterfahrung* absolvieren (Angebot: 61,1% der Institute, verpflichtend: 27,8% der Institute) als ihre tiefenpsychologischen (TP) und psychoanalytischen (PA) Kolleginnen und Kollegen (Angebot: jeweils 100,0% für TP und PA; Pflicht: TP 94,0%, PA 93,8%). Hinge-

gen wird die *Gruppenselbsterfahrung* in 61,8% der VT-Institute für Erwachsenenpsychotherapeuten und 64,3% für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angeboten, jedoch nur in 7,3% der tiefenpsychologischen bzw. für 3,8% der psychoanalytischen Ausbildungsgänge für Erwachsenenpsychotherapeuten und 16,7% (TP) bzw. 8,3% (PA) für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Weite Teile der Selbsterfahrung erfolgen also in verhaltenstherapeutischen Instituten sehr viel häufiger in Form von *Gruppenselbsterfahrung*, während sie in psychoanalytischen/tiefenpsychologischen Instituten fast gänzlich im Einzelsetting stattfindet.

Das Forschungsgutachten verdeutlicht ganz klar, dass die Absolventen der VT-Ausbildung zu 44,2% die *Einzelbsterfahrung* als nicht ausreichend bezeichnen und zu immerhin noch 22,2% auch die *Gruppenselbsterfahrung* als zu gering erachten. Damit wäre ein beträchtlicher Teil der Absolventen einer VT-Ausbildung unzufrieden mit dem zu geringen Anteil an Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung, während dies auf vergleichsweise weniger Kolleginnen und Kollegen der PA-/TP-Ausbildung zutrifft (zu wenig Einzelbsterfahrung: 18,9%, zu wenig Gruppenselbsterfahrung: 22,2%). Der Unterschied ist im Bereich der *Einzelbsterfahrung* eklatant.

Damit stehen die Einschätzungen der *Absolventen* einer VT-Ausbildung – was die Bedeutung der Selbsterfahrung im Rahmen ihrer Ausbildung angeht – zu einem großen Teil im Widerspruch zu den Einschätzungen verhaltenstherapeutischer *Theoretiker* und *Lehrbuchautoren*. Empirische Untersuchungen zum Wert von Selbsterfahrung im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildung könnten am ehesten für eine sachliche Diskussion zum Thema „pro oder contra Selbsterfahrung“ sorgen, fehlen allerdings fast gänzlich. Den relativ besten Fundus an empirischen Ergebnissen findet man noch in Bezug auf die *Weiterbildung zum Gruppenpsychotherapeuten*, wenn auch nicht hierzulande (Coché, Dies & Goettelmann, 1991; Lieberman, Yalom & Miles, 1973; Piper, Connelly & Salvendy, 1984; Stone, Lewis & Beck, 1994; Tschuschke, 2002; Tschuschke & Greene, 2002). Dort wurde speziell

Tabelle 1: Geschlecht, Alter, Grundberuf und Berufserfahrung (n = 244 Ausbildungskandidaten; fehlende Werte = keine Angaben)

	N bzw. Range	MW	Psychologe	Berufserfahrung (in Jahren)	Arzt	Berufserfahrung (in Jahren)
männlich	37		31	2,9	4	1
weiblich	187		168	1,5	9	1
Alter	25 - 57	29 (Median)				

die Bedeutung des Gruppenleiters herausgearbeitet, der für identifikatorische bzw. Rollenlernprozesse wichtig ist. Die Bedeutung von auf die Teilnehmer selbst bezogenen Lernprozessen, von Selbsterkenntnis- oder Reifungsprozessen und dabei z. B. auch die Bedeutung des Lehranalytikers bzw. Lehrtherapeuten in der Einzelbsterfahrung sowie des Gruppenleiters oder der Gruppenleiterin in Selbsterfahrungsgruppen, wurde bislang im Rahmen der *Ausbildung zum Einzelpsychotherapeuten* nicht untersucht.

Dieser Beitrag zielt auf einen Ausschnitt der skizzierten Notwendigkeit, die Diskussion um die Selbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung durch empirische Untersuchungen zu erweitern, und greift einige Aspekte der Gruppenselbsterfahrung auf. Dazu beziehen wir uns auf ein Forschungsprojekt zur Untersuchung von Gruppenselbsterfahrungen von Teilnehmern, die sich in einer VT-Ausbildung befinden. In diesem Projekt wurde ein Fragebogen zur Gruppenselbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung zum Psychotherapeuten entwickelt, der über mehrere Selbsterfahrungssitzungen hinweg bei verschiedenen Gruppenteilnehmern mit unterschiedlichen Gruppenleitern eingesetzt wurde. Ziel ist die Objektivierung relevanter Lernfaktoren und die Untersuchung der Verläufe über die Dauer der Selbsterfahrungszeit hinweg.

3. Untersuchung, Methodik und Ergebnisse

Im Rahmen der Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin/zum Verhaltenstherapeuten wurden an der *APP Köln – Akademie für Angewandte Psychologie und Psychotherapie (APP) Psychotherapeutisches Institut am Rhein* – in Köln von 2007 bis

2010 Ausbildungsteilnehmer auf freiwilliger Basis gebeten, im Anschluss an ihren Gruppenselbsterfahrungsblock (jeweils 16 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten an zwei aufeinander folgenden Tagen) einen kurzen Fragebogen anonym auszufüllen.

Acht Gruppenleiter (sieben verhaltenstherapeutisch, einer psychoanalytisch/tiefenpsychologisch ausgerichtet) leiteten die insgesamt 47 Selbsterfahrungsgruppen (mit Messwiederholungen). Die Gruppenleitung wurde für dieselben Gruppen (jeweils zwischen sieben und zehn Teilnehmer) konstant gehalten. Die Teilnehmer der Gruppen setzten sich aus Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzten in der Aus- bzw. Weiterbildung zur Approbierten Psychologischen oder Ärztlichen Psychotherapeutin/zum Approbierten Psychologischen oder Ärztlichen Psychotherapeuten (VT) zusammen. Tabelle 1 verdeutlicht die Altersstruktur, die Geschlechterverteilung und die bisherige praktische Erfahrung.

Der neu entwickelte *Gruppenselbsterfahrungs-Fragebogen* (G-SEF, abrufbar: www.psychotherapeutenjournal.de) enthält 14 plus eine Frage („Die Gruppenleitung war für mich hilfreich“, Item 15) und wurde überwiegend aus Items bewährter Gruppenfragebögen zusammengesetzt. Er enthält Items aus dem *Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen* (Davies-Osterkamp, 1996; Items 5, 6, 7, 10, 12 und 13), der *Learning Evaluation Form zur Gruppenselbsterfahrung* (Piper et al., 1984; Items 2, 3, 4 und 8) sowie Items aus dem *Gruppenerfahrungsbogen* (GEB) von Eckert (1996; Items 1, 9 und 11) und ein neu konstruiertes Item (Item 14). Insgesamt liegen vollständig ausgefüllte Fragebögen von n = 335 Gruppenteilnehmern vor (mit Mehrfachmessungen), 243 zum ersten Messzeitpunkt (unabhängige Daten). Auf

Tabelle 2: Ergebnisse der Faktorenanalyse (Hauptkomponenten-Analyse mit Varimax-Rotation); Erklärung der Gesamtvarianz: 60,3%

Items	Selbsterkenntnis		Übertragungslernen		Feedback-Lernen	
	Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3	
	Ladungen	Trennschärfe	Ladungen	Trennschärfe	Ladungen	Trennschärfe
1						
2						
3						
4					.68	.54
5					.75	.54
6	.71	.70				
7	.84	.72				
8	.80	.78				
9	.70	.71				
10			.82	.59		
11			.69	.58		
12			.61	.56		
13	.70	.75				
14	.67	.68				
aufgekl. Varianz-Anteil	29,1%		17,0%		14,2%	
Cronbachs Alpha	0.90		0.75		0.69	

Tabelle 3: Korrelative Zusammenhänge (Spearman's rho) zwischen Skalen und Erleben des Gruppenleiters durch die Gruppenteilnehmer (n = 196-199) ** p < 0.01

	Selbsterkenntnis	Übertragungslernen	Feedback-Lernen	„Die Gruppenleitung war für mich hilfreich“
Selbsterkenntnis		.63**	.51**	.54**
Übertragungslernen			.36**	.38**
Feedback-Lernen				.41**

der Basis der 243 Fragebögen wurde eine Hauptkomponenten-Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation berechnet (SPSS 17.0, 2008). Das Ergebnis zeigt Tabelle 2.

Die Gesamtvarianzaufklärung der Dreifaktoren-Lösung beträgt 60,3% und ist damit noch im akzeptablen Bereich. Die Item-Faktor-Zuordnungen erfolgten über Cronbachs Alpha (für die Skala *Selbsterkenntnis*: 0.90, Items 6, 7, 8, 9, 13, 14; für die Skala *Übertragungslernen*: 0.75, Items 10, 11, 12; für die Skala *Feedback-Lernen*: 0.69, Items 4, 5). Die Trennschärfen der Items bewegen sich zwischen .54 und .78.

Tabelle 3 veranschaulicht korrelative Zusammenhänge zwischen den Skalen und

mit dem Item 15 des Fragebogens („Die Gruppenleitung war für mich hilfreich“).

Einen sehr hohen korrelativen Zusammenhang gibt es zwischen der Dimension *Selbsterkenntnis* und *Übertragungslernen* sowie einen relativ hohen korrelativen Zusammenhang zwischen *Selbsterkenntnis* und *Feedback-Lernen*, einen geringeren Zusammenhang zwischen *Übertragungslernen* und *Feedback-Lernen*. Den höchsten korrelativen Zusammenhang zwischen einer Lerndimension und dem Erleben der Gruppenleitung gibt es mit dem Ausmaß an *Selbsterkenntnis*. Abbildung 1 zeigt den Verlauf der Werte der drei Skalen über drei konsekutive Messzeitpunkte der Selbsterfahrungsgruppen (jeweils ein Wochenendblock).

Abbildung 1 (S. 257) zeigt, dass das vergleichsweise beste Lernen im Bereich *Feedback-Lernen* erfolgte. Es handelt sich hierbei um ein Lernen über Rückmeldungen durch andere Gruppenmitglieder bezüglich der eigenen Person, eine oftmals diskrepante Sicht zur eigenen Selbstwahrnehmung. Hierbei handelt es sich um einen spezifischen, sehr hilfreichen Wirkfaktor in Gruppensettings, der in Einzelsettings nicht auftreten kann (Yalom & Leszcz, 2006; Tschuschke, 2010). *Selbsterkenntnis* – quasi Einsichten bezüglich eigener Regungen und der eigenen Selbstwahrnehmung – bewegt sich ebenfalls auf einem überdurchschnittlichen Niveau und wächst im Verlauf der Selbsterfahrung weiter an. Auf relativ durchschnittlichem Niveau beginnt das *Übertragungslernen*, legt aber vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt am deutlichsten zu. Hierbei handelt es sich um ein Lernen über unbewusste Mechanismen, die bewirken, anderen Menschen etwas zu unterstellen, etwas auf sie zu projizieren, das mit den eigenen vergangenen Lernerfahrungen mit anderen Menschen, jedoch nichts mit den aktuellen Sozialpartnern zu tun hat – ein Lernen quasi über eigene blinde Flecke in Beziehungsgestaltungen mit anderen Menschen, ein enorm wichtiger Bereich für angehende Psychotherapeuten.

Abbildung 2 (S. 257) verdeutlicht, dass die Lerneffekte in allen drei Dimensionen abhängig sein können vom Gruppenleiter (vgl. auch Tschuschke, 2002; Tschuschke & Greene, 2002).

Die Teilnehmer von Selbsterfahrungsgruppen bei Gruppenleiter A (> 50 Teilnehmer aus verschiedenen Gruppen) geben hochsignifikant niedrigere Lerneffekte in allen drei Dimensionen über drei Wochenendblöcke Selbsterfahrung an als die Teilnehmer der Gruppen der anderen Gruppenleiter (insgesamt > 160 Gruppenteilnehmer; MANOVA, F = 5,01, 5,27 und 5,97, alle p < .0001). Es spielte offensichtlich keine Rolle, welchem Konzept die Gruppenleitung folgte: Gruppenleiter A ist Verhaltenstherapeut, zwischen den restlichen verhaltenstherapeutischen Gruppenleitern und Gruppenleiter B als Gruppenanalytiker bestehen keine bedeutsamen Unterschiede.

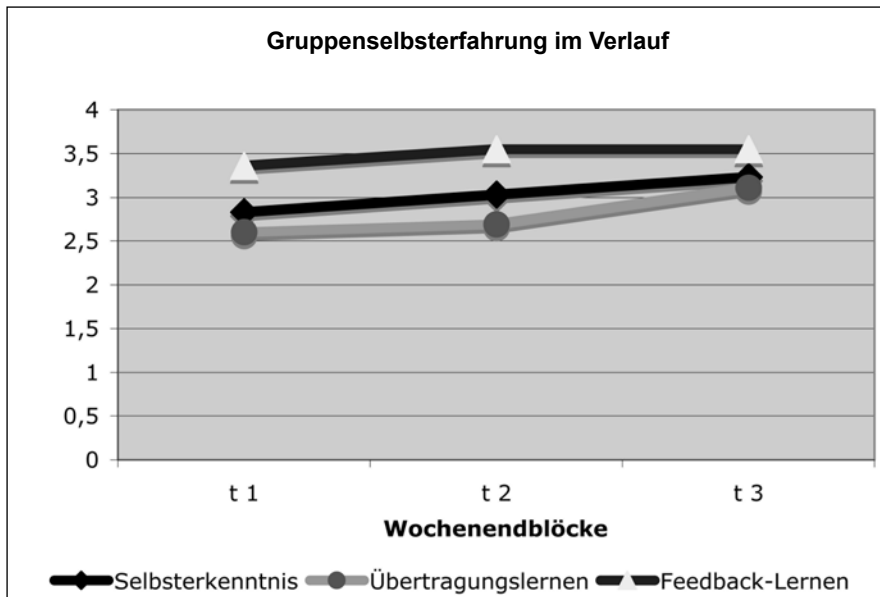


Abbildung 1: Verlauf der drei Selbsterfahrungsdimensionen (n = 335 Teilnehmer aus 47 Selbsterfahrungsgruppen)

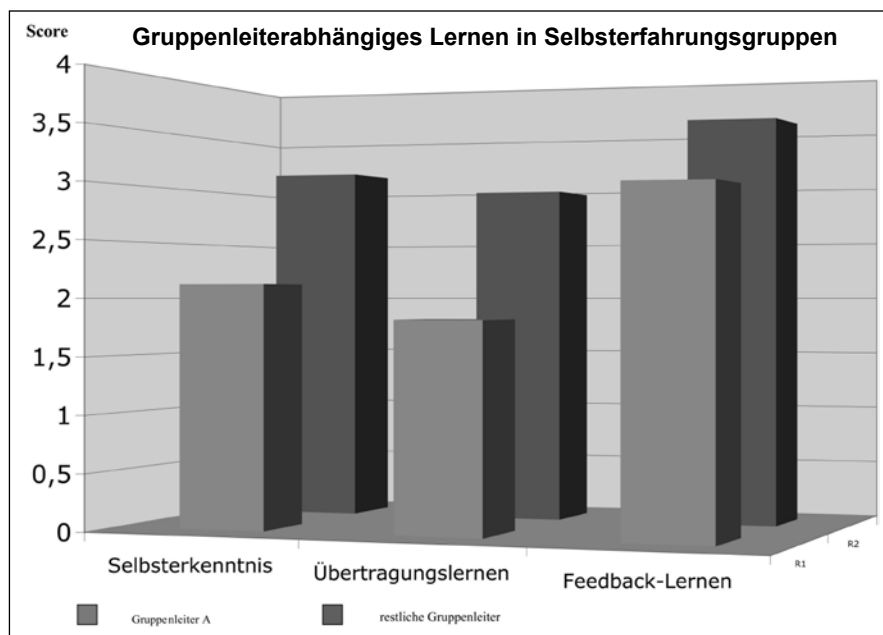


Abbildung 2: Gruppenleiterabhängiges Lernen in Selbsterfahrungsgruppen

4. Diskussion

Der Grundgedanke der Selbsterfahrung im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildung basiert auf der Annahme, dass die Ausbildungsteilnehmer einen Lernprozess durchlaufen sollten, um ein Bewusstsein über und eine Auseinandersetzung mit defizitären, problematischen, verletzlichen Aspekten der eigenen Person erreichen zu können – zum Zwecke der Einsicht, Bewältigung oder Nachreifung. Ziel ist also die

„Erfahrung“ unbekannter oder verdrängter, gelegener oder schlicht nicht bekannter Seiten der eigenen Person, des eigenen Selbst. Zum anderen fußt die Implementierung einer obligatorischen Selbsterfahrung im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildung auf der Überlegung, aus der Perspektive des Behandelten (der Patientenseite) Druck, Scham, Not und Widerstand gegen das sich Offenbaren gegenüber einer anderen Person (dem Psychotherapeuten, und damit natürlich auch gegenüber sich

selbst) quasi „am eigenen Leibe“ zu spüren.

Selbsterfahrung im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung sollte also zu einer tief greifenden „Erfahrung“ führen und erscheint als solche ein unverzichtbarer Baustein des Sozialisations- und Reifeprozesses eines angehenden Psychotherapeuten. Gleichwohl ist dieses Feld quasi – empirisch – unbeackert. Was erleben angehende und später praktisch tätige Psychotherapeuten als hilfreich, wichtig oder unwichtig, das ihnen theoretischer Unterricht oder die Auseinandersetzung mit der Literatur nicht vermitteln kann?

Die Ergebnisse dieser Untersuchung beziehen sich auf eine Unterform von „Selbsterfahrung“ während der Ausbildung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten, nämlich die Selbsterfahrung, die im *Gruppensetting* erfolgt. Dazu wurde ein für die Gruppenselbsterfahrung geeigneter Kurzfragebogen entwickelt, der drei Bereiche vermutlich relevanter Dimensionen von in Gruppen vermittelbaren Lern- und Erkenntnisprozessen zum Gegenstand hat: das Entdecken von Seiten des eigenen Selbst (Aspekte der *Selbsterkenntnis*), das Entdecken eigener blinder Flecke in der Selbstwahrnehmung über Rückmeldungen von anderen (*Feedback-Lernen*) und Erkenntnisse über unbemerkte/unbekannte Aspekte des eigenen sozialen Beziehungslebens im Wege projektiver Mechanismen (*Übertragungslernen*, man könnte vielleicht auch die weniger psychoanalytische Ausdrucksweise des „Lernen über eigene unbemerkte Projektionen auf andere“ verwenden). Alle drei Bereiche spielen offensichtlich eine Rolle im Rahmen von Gruppenselbsterfahrungen, hier in der Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin/zum Verhaltenstherapeuten. Abbildung 1 macht deutlich, dass sich der Lernzuwachs für alle drei Selbsterfahrungsdimensionen über mehrere Wochenendblöcke hinweg – jeweils beim selben Gruppenleiter – auf überdurchschnittlichem Niveau bewegt.

Im Vergleich zum Einzelsetting bieten Gruppen *gruppenspezifische* Wirkfaktoren (Tschuschke, 2010), die in der dyadischen Situation der Einzeltherapie/Einzelselbsterfahrung nicht – oder deutlich weniger

– auftreten können: erhaltenes Feedback (von Peers) und multiple Übertragungsaspekte auf unterschiedliche andere. Dagegen kann *Einsicht* überall stattfinden, im Einzel- wie im Gruppensetting. Zwei der drei Dimensionen des *G-SEF* basieren auf gruppenspezifischen Lernprozessen (*Feedback- und Übertragungslernen*), während *Selbsterkenntnis* an sich nicht gruppengebunden ist, allerdings im Rahmen dieser Untersuchung über Gruppenprozesse erfasst wurde. Das höchste Niveau aller drei Dimensionen erreicht das *Feedback-Lernen* über drei konsekutive Messzeitpunkte. Dieses Ergebnis wird bestätigt durch Forschungen an therapeutischen Gruppen, in denen der *Feedback-Wirkfaktor* als der wichtigste gefunden wurde (Tschuschke & Dies, 1997; Tschuschke, 2010). Den relativ größten Zuwachs vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt erfährt das *Übertragungslernen*, ein zunehmendes Verständnis also über eigene Projektionen auf andere Menschen. Genau um solche Erkenntnisse muss es in der psychotherapeutischen Sozialisation gehen, damit in der so wichtigen therapeutischen Beziehungsarbeit die eigenen unbewussten Übertragungen bzw. Übertragungsbereitschaften auf den Patienten so weit wie möglich erkannt werden können. Ein Zuwachs vom zweiten zum dritten Selbsterfahrungsblock unterstreicht zudem die Bedeutung länger andauernder Selbsterfahrungsprozesse für ein mit der Zeit wachsendes Verständnis der eigenen Person.

Die Bedeutung der Gruppenleitung für diese Lernprozesse bezüglich der eigenen Person wird unterstrichen durch die Ergebnisse, die in Abbildung 2 abgebildet sind, sowie die hohe positive Korrelation zwischen *Selbsterkenntnis* und der Frage, wie hilfreich die Gruppenleitung erlebt wurde (Item 15). Psychotherapeutische Sozialisation im Rahmen von Selbsterfahrungsgruppen läuft entscheidend über das Erleben der Gruppenleitung ab (Tschuschke, 2002; Tschuschke & Greene, 2002). Die Gruppenteilnehmer benötigen den Gruppenleiter als therapeutisches Modell bzw. identifizieren sich mit Merkmalen der Person des Gruppenleiters; im ungünstigen Fall, bei einer Ablehnung des Gruppenleiters, wird wenig Nutzen aus der Gruppenselbsterfahrung gezogen. Eine als hilfreich

(und kompetent) erlebte Gruppenleitung hingegen scheint ein Fundament bereitzustellen, auf dem eine innere Öffnung gegenüber den dynamisch-interaktiven Gruppenprozessen erfolgt. Diese Öffnung bringt es mit sich, dass Lernprozesse bezüglich des Selbstverständnisses in Gang gesetzt werden (direkt bezogen auf sich selbst, von sich selbst in der Beziehung zu anderen sowie bezogen auf die eigene Person aus der Sicht anderer).

Welche konkreten Prozesse sich zwischen Gruppenleiter A und seinen Gruppen – im Unterschied zu den Gruppen der anderen Gruppenleiter – abspielten, wäre eine interessante, an anderer Stelle zu untersuchende Fragestellung. Der *G-SEF* kann solche Fragen nicht beantworten. Er dient Leitern von Selbsterfahrungsgruppen als objektives Instrument, das ihnen Rückmeldung erlaubt über sich im Verlaufe verschiedener Gruppensitzungen entwickelnde relevante Selbsterfahrungsdimensionen (Abnahme, Zunahme oder Stagnation?) ihrer jeweiligen Gruppenmitglieder.

Die hier dargestellten Ergebnisse des *G-SEF* basieren auf 47 Selbsterfahrungsgruppen eines verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituts. Damit stellt sich die Frage der Verallgemeinerbarkeit auf andere Selbsterfahrungsgruppen an anderen Ausbildungsinstituten, etwa auch an Instituten, die in anderen Verfahren ausbilden. Grundsätzlich wäre diese Frage am besten zu beantworten, wenn der Fragebogen an eben solchen anderen Instituten eingesetzt werden würde. Es lässt sich aber bereits jetzt vermuten, dass die ermittelten Ergebnisse nicht spezifisch für das Institut sind, an dem die Selbsterfahrungsgruppen untersucht wurden. Erstens basieren die ausgewählten Items des *G-SEF* sämtlich auf Items bereits etablierter Gruppenfragebögen, die sich in unterschiedlichsten therapeutischen und Selbsterfahrungsgruppen mit unterschiedlichsten theoretisch-konzeptuellen Ansätzen vielfach bewährt haben. Zweitens lässt sich festhalten, dass alle Gruppen vorwiegend mit spontanen Interaktionen der Gruppenmitglieder untereinander arbeiteten, insofern also keine strukturellen prozessualen Unterschiede der Gruppenarbeit vorlagen. Drittens ergab sich die Möglichkeit,

verhaltenstherapeutische Gruppenleiter mit einem analytisch-tiefenpsychologisch arbeitenden Gruppenleiter zu vergleichen: Es ergaben sich keine bedeutsamen faktoriellen Unterschiede (getrennte faktorenanalytische Berechnungen waren möglich, da sich mehr als 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den verschiedenen Gruppen des analytisch-tiefenpsychologischen Gruppenleiters befanden).

Welche weiteren Entwicklungen die Gruppenselbsterfahrung, insbesondere aber die *Einzelselbsterfahrung* im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung bei den Teilnehmern bewirkt, bleibt gleichwohl eine derzeit noch unbeantwortete, aber ungemein spannende Frage, die dringend nach Antworten auf einer empirisch gestützten Basis sucht.

Die gerade in der VT-Ausbildung relativ gering geschätzte Rolle der Einzelselbsterfahrung, für die es nicht einmal einen theoretischen Rahmen gibt (Rief, 2009), scheint nach wie vor ein besonderer Punkt für Kontroversen zwischen psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Sichtweise zu sein (siehe auch einleitend). Es gibt Schlussfolgerungen aus Forschungen an Psychotherapeuten, die Widerstände bei Psychotherapeuten gegenüber einer „Therapeutentherapie“ ermittelt haben wollen, aus der bewussten oder unbewussten Furcht heraus, auf das gehegte Selbstbild könne ein Schatten fallen (Geller, Norcross & Orlinski, 2005). Sollte dies so sein, wäre das ein merkwürdiges Paradox: Psychotherapeuten erwarten von ihren Patienten, dass sie sich bezüglich ihrer Schwierigkeiten und Defizite öffnen und sich ihnen stellen, sie selbst wären dazu aber nicht bereit.

Dass es wissenschaftlich keinerlei Belege für die Auswirkung von Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung gibt (Rief, Freyberger & Sartory, 2009), verlangt geradezu nach empirischen Überprüfungen, um die klinisch-theoretischen Sichtweisen zu untermauern oder zu widerlegen.

Literatur

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



*Prof. Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych.
Volker Tschuschke*

Universitätsklinikum zu Köln
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik
und Psychotherapie
Abteilung für Medizinische Psychologie
Kerpener Str. 68
50937 Köln
volker.tschuschke@uk-koeln.de



Dipl.-Psych. Ulrich Meier

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder-
und Jugendlichenpsychotherapeut (VT, TP)
APP Köln – Akademie für angewandte
Psychologie und Psychotherapie GmbH,
Institut am Rhein
Hauptstr. 305
51143 Köln
meier@app-koeln.de



Dipl.-Psych. Michael Theilacker

Psychologischer Psychotherapeut (VT)
APP Köln – Akademie für angewandte
Psychologie und Psychotherapie GmbH,
Institut am Rhein
Hauptstr. 305
51143 Köln
theilacker@app-koeln.de

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen¹ in Ausbildung

Ergebnisse einer repräsentativen Studie an zwölf Ausbildungsinstituten in Nordrhein-Westfalen

Mathias Berg¹, Julia Düvel¹, Yvonne Kahl¹, Johannes Jungbauer^{1, 2}

¹Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen/Aachen

²Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp)

Zusammenfassung: Die aktuelle Debatte um die Reform der Psychotherapieausbildung hat eine Diskussion um die Zulassungskriterien und die Ausgestaltung der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP) ausgelöst. Im vorliegenden Beitrag werden nun Ergebnisse einer Befragung von 272 angehenden KJP vorgestellt. Die in Nordrhein-Westfalen durchgeführte Studie dokumentiert, dass die pädagogischen Berufsgruppen den bei Weitem größten Anteil der Ausbildungsteilnehmerinnen stellen. Hinsichtlich der Motive, eine KJP-Ausbildung zu beginnen, gibt es eine Reihe von Gemeinsamkeiten über alle Berufsgruppen hinweg, aber auch interessante Unterschiede. Die im jeweiligen Studium erworbenen KJP-relevanten Kompetenzen werden sehr heterogen bewertet, wobei sich eine charakteristische Verteilung von Stärken und Schwächen abzeichnet. Abschließend werden einige Überlegungen hinsichtlich der Zulassungskriterien für die KJP-Ausbildung und die curriculare Entwicklung der zur KJP-Ausbildung berechtigenden Studiengänge skizziert.

1. Ausgangslage

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) regelt seit 1999 die staatliche Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP) kann danach, abgesehen von Sonderregelungen, an ein abgeschlossenes Hochschulstudium der Psychologie, Pädagogik oder der Sozialpädagogik anschließen (§ 5 Abs. 2 PsychThG, 1998). Das 2007 vom Bundesministerium für Gesundheit zur Bestandsaufnahme der Umsetzung des PsychThG in Auftrag gegebene und im Mai 2009 veröffentlichte Forschungsgutachten zeigte, dass eine starke Heterogenität hinsichtlich der derzeit zur KJP-Ausbildung berechtigenden Studiengänge besteht. Eine generelle

Charakterisierung der Studieninhalte alleine aufgrund des Fachs erweist sich im Rahmen der durch den Bologna-Prozess neu entstandenen Studiengänge zunehmend als schwierig (Strauß et al., 2009). Im Zuge der Umstellung auf Bachelor- und Masterabschlüsse erscheint daher auch eine Überarbeitung des PsychThG unumgänglich, bei der gleichzeitig auch eine inhaltliche Reform der Psychotherapieausbildung in Deutschland erfolgen könnte. So wird von der Gutachtergruppe Strauß et al. (2009) darauf hingewiesen, dass es in der Ausbildung beider Berufe erhebliche Überschneidungen gibt, und es wird vorgeschlagen, dass die Ausbildung zukünftig bestimmte Ausbildungsanteile (common trunk) gemeinsam für beide Berufe vermitteln sollte. Zusätzliche Ausbildungsbestandteile sollen dann an dem gewählten Bereich Kinder und Jugendliche

oder Erwachsene ausgerichtet werden. In Fortführung dieser Überlegungen wurde beim 16. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) im Mai 2010 mit großer Mehrheit beschlossen, dass eine Neuregelung der Psychotherapieausbildung angestrebt werden soll, die im Kern von einem gemeinsamen Beruf des Psychotherapeuten ausgeht. Dieser Beschluss wird bei den Vertretern der Zugangsberufe derzeit indes kontrovers diskutiert. Wie Beck und Borg-Laufs (2010) dargelegt haben, wäre bei einer Umsetzung des auf dem 16. DPT beschlossenen Entwurfs zu Zugangsvoraussetzungen (Melcop, Waldvogel & Klett, 2010) eine postgraduale Psychotherapieausbildung für Sozialpädagoginnen/Sozialarbeiterinnen und Erziehungswissenschaftlerinnen künftig nicht mehr möglich. Diese Perspektive ist vor allem im Hinblick auf die KJP-Ausbildung brisant, weil gerade diese traditionell sehr häufig von Absolventen (sozial-)pädagogischer Studiengänge angestrebt wird (DGfE, 2009; DGVT, 2010; Pauls, 2011). Auch Strauß et al. (2009) legen in ihrem Forschungsgutachten dar, dass nur knapp ein Viertel der in der KJP-Ausbildung befindlichen Personen Psychologen sind. Angaben zum quantitativen Anteil der unterschiedlichen nichtpsychologischen Professionen fehlen im Gutachten jedoch ebenso wie

¹ Im Folgenden wird vorwiegend die weibliche Form „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ verwendet, da – wie die vorliegende Studie zeigt – dieser Beruf hauptsächlich von Frauen angestrebt wird.

weitere differenzierende Daten. Einige Autoren (Heekerens, 2009; Lehdorfer, 2010a; Beck & Borg-Laufs, 2010) gehen davon aus, dass Absolventen der Sozialen Arbeit in der KJP-Ausbildung im Vergleich zu anderen Professionen zahlenmäßig am stärksten vertreten sind, führen aber hierfür keine entsprechenden empirischen Belege an oder stützen sich auf das o. g. Forschungsgutachten. An diesem Punkt wird ein Mangel differenzierter und repräsentativer Studien zur KJP-Ausbildung deutlich. Um evidenzbasierte Entscheidungen über die künftige Gestaltung der KJP-Ausbildung treffen zu können, werden jedoch dringend fundierte und repräsentative Zahlen und Fakten benötigt. Dabei sind neben dem prozentualen Anteil der einzelnen Professionen weitere Informationen von Interesse, z. B. zu den Motiven, der Bewertung der akademischen Zugangsvoraussetzungen und den beruflichen Zielperspektiven der Ausbildungsteilnehmerinnen.

Vor diesem Hintergrund entstand die Idee zu der Befragung von KJP in Ausbildung in Nordrhein-Westfalen (NRW), die im vorliegenden Beitrag vorgestellt wird. Ziel der Studie war die Generierung einer für NRW repräsentativen Datenbasis, die differenzierte und verlässliche Aussagen über die KJP-Ausbildung gestattet und in der Debatte über die anstehende Reform des PsychThG als rationale Argumentationsbasis dienen kann. Die Studie wurde in NRW durchgeführt, wo derzeit zwölf Ausbildungsstätten KJP in den sozialrechtlich anerkannten Vertiefungsgebieten (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie) und im wissenschaftlich anerkannten Vertiefungsgebiet Systemische Psychotherapie ausbilden. Die Befragung beansprucht, wichtige Aussagen zur KJP-Ausbildungssituation zu treffen, da NRW das bevölkerungsreichste Bundesland mit den im Vergleich zu anderen Bundesländern meisten Ausbildungsinstituten ist.

2. Methode

Die vorliegende Untersuchung wurde am Institut für Gesundheitsforschung und So-

ziale Psychiatrie (igsp) und im Rahmen des Masterstudiengangs „Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit“ der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Aachen durchgeführt. Neben der Erfassung der absoluten Zahl der Ausbildungsteilnehmerinnen und des relativen Anteils der unterschiedlichen Professionen bzw. Studienabschlüsse wurden folgende weitere Fragestellungen untersucht:

- Welche Motive waren für die Befragten relevant, die KJP-Ausbildung zu beginnen?
- Welche beruflichen Ziele streben sie nach dem Abschluss der Ausbildung an?
- Wie beurteilen die Befragten ihr im Studium erworbenes Vorwissen in unterschiedlichen KJP-relevanten Bereichen?
- Wie schätzen sie die Eignung der unterschiedlichen zur KJP-Ausbildung berechtigenden Studiengänge ein?
- Unterscheiden sich die zulassungsberechtigten Professionen hinsichtlich ihrer Bewertungen?

Prinzipiell sollten alle Personen in NRW befragt werden, die aktuell eine KJP-Ausbildung nach dem PsychThG absolvieren (Vollerhebung). Die ärztlichen Berufsgruppen wurden nicht in die Befragung einbezogen, da die Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine andere Struktur aufweist als die KJP-Ausbildung nach dem PsychThG. Die Datenerhebung erfolgte in Kooperation mit den staatlich zugelassen nordrhein-westfälischen KJP-Ausbildungsinstituten (vgl. Abschnitt 3). Darüber hinaus stellten die kooperierenden Ausbildungsinstitute statistische Daten zur Gesamtzahl und zu den Studienabschlüssen ihrer Ausbildungsteilnehmerinnen zur Verfügung.

Die Befragung wurde mit Unterstützung der jeweiligen Institutsleiter, Ausbildungsleiter und Lehrtherapeuten entweder nach Ausbildungsseminaren oder postalisch durchgeführt. Der auszufüllende standardisierte Fragebogen umfasste neben soziodemografischen Angaben ausschließlich geschlossene Einschätzungsfragen, die vorrangig auf einer vierstufigen Likert-

Skala angekreuzt werden sollten. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von November 2010 bis April 2011. Die Dateneingabe und -auswertung erfolgte computergestützt von März bis Mai 2011 mithilfe von SPSS 19.0.

Sämtliche zwölf Ausbildungsstätten² in NRW, die zum Befragungszeitpunkt KJP nach dem PsychThG ausbildeten, beteiligten sich an der Studie. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse vorgestellt.

3. Ergebnisse

3.1 Daten der Ausbildungsinstitute

Die Auswertung der von den Ausbildungsinstituten zur Verfügung gestellten Daten ergab, dass sich in NRW zum Befragungszeitpunkt 870 Personen in einer Ausbildung zur/zum KJP befanden (siehe Tabelle 1, S. 262). Davon machten rund 62,0% eine verhaltenstherapeutische Ausbildung und rund 29,0% eine Ausbildung in einem psychodynamischen Therapieverfahren. Sechs Institute bilden KJP in VT aus, vier bilden in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) und/oder Analytischer Psychotherapie (AP) aus, an einem Institut besteht die Wahl, die Ausbildung in einem dieser drei Verfahren zu vertiefen,

- 2 1. Alfred-Adler-Institut Aachen-Köln e.V. (AAI); 2. Ausbildungsinstitut für Klinische Verhaltenstherapie GmbH Gelsenkirchen (AFKV); 3. AKiP Köln – Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln; 4. APV – Gesellschaft für Angewandte Psychologie und Verhaltensmedizin mbH Münster; 5. DGVT-Ausbildungszentrum Köln für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; 6. DGVT-Ausbildungszentrum Krefeld für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; 7. DGVT-Ausbildungszentrum Münster für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; 8. ifs – Institut für Systemische Familientherapie, Supervision und Organisationsentwicklung Essen e. V.; 9. Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Düsseldorf e. V.; 10. Institut für Aus- und Weiterbildung in Psychoanalyse und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche im Rheinland e. V. (IPR-AKJP Köln); 11. kbap – Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie GmbH; 12. ZAP GmbH – Zentrum Ausbildung Psychotherapie Lehrinstitut Bad Salzuflen. Die APP Köln – Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH beginnt erst ab 2012 mit der KJP-Ausbildung und wurde somit nicht in die Studie einbezogen.

Tabelle 1: Grundgesamtheit und Verteilung der Ausbildungsteilnehmerinnen in NRW (Institutsangaben)

Name des Ausbildungsinstituts	Anzahl der Ausbildungsteilnehmerinnen
AAI Aachen-Köln	29
AFKV Gelsenkirchen	68
AKIP Köln	232
APV Münster	41
DGVT Köln	31
DGVT Krefeld	104
DGVT Münster	67
IFS Essen	16
IPD Düsseldorf	39
IPR Köln	42
KBAP Köln-Bonn	141
ZAP Bad Salzuflen	60
Gesamt (NRW)	870

und ein Institut bildet seit 2010 KJP in Systemischer Therapie (ST) aus.³

In NRW stellen Sozialpädagoginnen/Sozialarbeiterinnen und Erziehungswissenschaftlerinnen die zahlenmäßig dominanten Berufsgruppen in der KJP-Ausbildung. Die pädagogischen Berufsgruppen stellen zusammen 80,9% der Ausbildungsteilnehmerinnen, während der Anteil der Psychologinnen und Psychologen bei nur 17,6% liegt (Tabelle 2). Über 90,0% aller Ausbildungsteilnehmerinnen haben einen Diplomabschluss, bei den übrigen Abschlüssen handelt es sich um Staatsexamen, Master- und Magisterabschlüsse. Alle zwölf Institute gaben an, im Regelfall keine Bachelorabsolventinnen zur KJP-Ausbil-

dung zuzulassen; zum Zeitpunkt der Untersuchung befanden sich daher nur sechs Personen (0,6%) mit einem Bachelorabschluss in der KJP-Ausbildung (Zulassung mit Ausnahmeregelung).

3.2 Befragung der Ausbildungsteilnehmerinnen

Zehn der zwölf kooperierenden Ausbildungsinstitute beteiligten sich an der Fragebogenstudie. Von den insgesamt 607 Ausbildungsteilnehmerinnen dieser Institute füllten 272 Personen den Fragebogen aus; dies entspricht einer Rücklaufquote von 44,8%. Die Angaben der befragten Ausbildungsteilnehmerinnen entsprechen weitgehend den o. g. Daten der Institutsstatistiken: Die zahlenmäßig größten Berufsgruppen waren ebenso Sozialpädagoginnen/Sozialarbeiterinnen (41,5%), Erziehungswissenschaftlerinnen (29,4%), Psychologinnen (15,0%) und Heilpädagoginnen (7,0%). Die meisten Befragten hatten einen Diplomabschluss (86,0%); sechs Personen (2,2% der Stichprobe) hatten einen Bachelorabschluss. 86,0% der befragten Personen waren Frauen, das Durchschnittsalter betrug 33 Jahre und fast zwei Drittel (64,7%) absolvierten ihre Ausbildung in Teilzeitform und hatten diese zum Zeitpunkt der Befragung etwa zur Hälfte abgeschlossen ($M = 2,48$ Ausbildungsjahre/ $SD = 1,71$).

Hinsichtlich der gewählten psychotherapeutischen Vertiefungsrichtung zeigte sich eine von den Institutsdaten abweichende Verteilung: Rund 51,0% der Befragten gaben an, eine VT-Ausbildung zu machen, 23,5% hatten eine Ausbildung in TP begonnen und 19,5% hatten als Verfahren AP oder AP in Kombination mit TP gewählt. Rund 6,0% absolvieren ihre Ausbildung

in NRW zurzeit im Verfahren ST (Abbildung 1). In fast allen Berufsgruppen wurde am häufigsten VT als Vertiefungsrichtung gewählt; eine Ausnahme bildeten lediglich die 19 befragten Heilpädagoginnen, die ihre KJP-Ausbildung deutlich öfter in psychodynamischen Verfahren (89,5%) als in der VT (10,5%) absolvieren. Die befragten Sozialpädagoginnen/Sozialarbeiterinnen wählten etwas häufiger die verhaltenstherapeutische Vertiefungsrichtung als psychodynamische Vertiefungsrichtungen (53,1% vs. 43,4%). Die Ausbildungsteilnehmerinnen in der Vertiefungsrichtung VT waren deutlich jünger (54,0% unter 30 Jahren) als die in den psychodynamischen Verfahren (77,0% = 30 Jahre oder älter).

3.2.1 Motive für den Beginn einer KJP-Ausbildung

Die Befragten sollten ihre Motive, die zum Beginn der KJP-Ausbildung geführt hatten, auf einer Skala von 1 (= nicht zutreffend) bis 4 (= genau zutreffend) ankreuzen. Beim Vergleich der Skalenmittelwerte wird deutlich, dass für die befragten Ausbildungsteilnehmerinnen berufsgruppenübergreifend insbesondere die Möglichkeit zu intensiver und tiefergehender Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, der Wunsch nach psychotherapeutischer Spezialisierung sowie Neugier und Interesse ausschlaggebend bei der Entscheidung für eine KJP-Ausbildung waren. Am wenigsten zugestimmt wurde hingegen, ebenfalls berufsgruppenübergreifend, den Motiven, die Ausbildung aufgrund einer Anforderung des Arbeitgebers begonnen zu haben und die KJP-Ausbildung als Alternative zur PP-Ausbildung zu absolvieren, wenn diese Ausbildung aufgrund des Studienabschlusses nicht möglich war (Tabelle 3).

Tabelle 2: Professionen in der KJP-Ausbildung (Institutsangaben)

Profession	Prozent	N
Sozialpädagoginnen / Sozialarbeiterinnen	38,7%	337
Erziehungswissenschaftlerinnen / Pädagoginnen	29,9%	260
Psychologinnen	17,6%	153
Heilpädagoginnen	8,6%	75
Sonderpädagoginnen	2,5%	22
Lehrerinnen für die Sekundarstufe mit dem Fach Pädagogik oder Psychologie	1,2%	10
Kunst- oder Musiktherapeutinnen	1,0%	9
andere Hochschulabschlüsse	0,5%	4

³ Systemische Therapie (ST) ist als Psychotherapieverfahren seit 14.12.2008 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und damit de facto berufsrechtlich anerkannt. Ähnlich gelagert ist die Situation der Personzentrierten Therapie/Gesprächspsychotherapie (GT). Bisher fehlt allerdings die sozialrechtliche Anerkennung der ST sowie der GT. Vertreter beider Psychotherapieverfahren bemühen sich seit Jahren aktiv, sowohl vom Gesetzgeber als auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gleiche Bedingungen (im Hinblick auf die etablierten Richtlinienverfahren) zu erhalten. Das ifs Essen ist das erste Institut in Deutschland, das in systemischer KJP ausbildet.

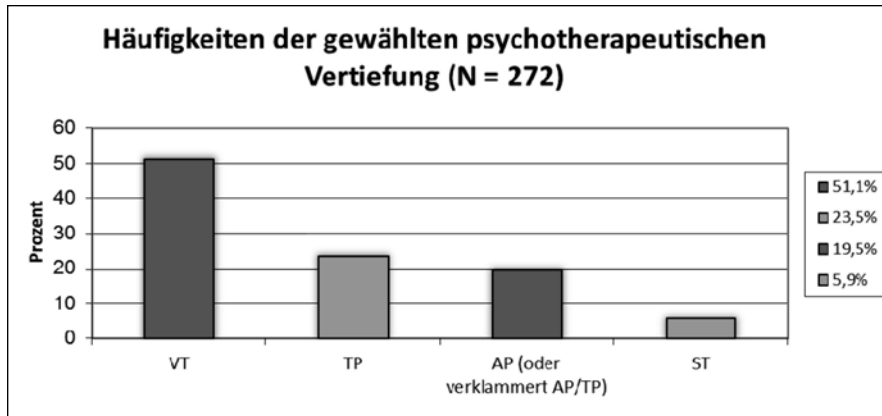


Abbildung 1: Verteilung der gewählten psychotherapeutischen Vertiefungsrichtungen in NRW (Antworten der Ausbildungsteilnehmerinnen); VT: Verhaltenstherapie, TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie und verklammerte Verfahren AP/TP, ST: Systemische Therapie

Neben den benannten Motiven, die bei den vier Hauptberufsgruppen sehr ähnlich ausfallen, zeigen sich im Hinblick auf weitere Motive durchaus auch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Professionen. Das Motiv der beruflichen Statuserhöhung wurde besonders häufig von den befragten Sozialpädagoginnen mit „trifft eher zu“ bzw. „trifft genau zu“ bewertet. Mehr als die Hälfte der Sozialpädagoginnen und der Erziehungswissenschaftlerinnen verspricht sich eine finanzielle Besserstellung durch die KJP-Ausbildung, während dies nur von einem knappen Drittel der Psychologinnen als relevantes Motiv angegeben wurde. Obwohl insgesamt ein relativ geringer Anteil der Studienteil-

nehmerinnen eine Unzufriedenheit mit der bisherigen Tätigkeit als wichtiges Motiv angab, wurde dies von den pädagogischen Berufsgruppen (insbesondere von Heilpädagoginnen) wesentlich häufiger benannt als von den befragten Psychologinnen.

3.2.2 Berufliche Zielperspektiven

Im Hinblick auf die angestrebte Berufstätigkeit nach der Approbation waren Mehrfachantworten möglich. Dabei wurde eine selbstständige Tätigkeit als KJP insgesamt wesentlich häufiger als gewünschte bzw. vorstellbare Zielperspektive benannt als eine angestellte Tätigkeit. Die pädagogischen Berufsgruppen (Sozialpädagoginnen 80,4%, Erziehungswissenschaftlerin-

nen 80,8%, Heilpädagoginnen 84,2%) strebten häufiger die Selbstständigkeit, insbesondere in eigener Praxis, an als Psychologinnen (65,9%). Hingegen können sich über drei Viertel der Psychologinnen, im Vergleich zu 51,5% der Sozialpädagoginnen, 46,9% der Erziehungswissenschaftlerinnen und 44,4% der Heilpädagoginnen ein späteres Angestelltenverhältnis als KJP gut vorstellen. Die Psychologinnen bevorzugen dabei insbesondere Anstellungen in Kliniken und Tageskliniken im Gegensatz zu pädagogischen Berufsgruppen, insbesondere Erziehungswissenschaftlerinnen (80,6%), die eher Anstellungen in psychotherapeutischen oder psychiatrischen Praxen anstreben. Im klassischen Feld der Kinder- und Jugendhilfe können sich 39,2% der Sozialpädagoginnen eine zukünftige Tätigkeit vorstellen, während dieser Anteil bei den anderen Berufsgruppen unter 20,0% liegt.

3.2.3 Beurteilung des im Studium erlangten Vorwissens

Die Ausbildungsteilnehmerinnen wurden gebeten, ihr Hochschulstudium im Hinblick darauf einzuschätzen, wie gut es sie auf ihre momentane KJP-Ausbildung vorbereitet habe. Dazu bewerteten sie ihr im Studium erworbenes Vorwissen in unterschiedlichen KJP-relevanten Bereichen auf einer vierstufigen Skala (1 = sehr schlecht; 4 = sehr gut). Die vorgegebenen Bereiche orientierten sich an dem Kompetenzprofil der sozialberuflich ausgerichteten Studiengänge für die Zulassung zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach Gahleitner und Zurhorst (2009) sowie der Kompetenzbeschreibung von Beck und Borg-Laufs (2010). Tabelle 4 zeigt professionenübergreifend die prozentualen Anteile der mit „gut“ oder „sehr gut“ eingeschätzten Kompetenzen in Form einer Rangreihe.

Betrachtet man die Bewertung eigener Vorkenntnisse abhängig von der Profession der Ausbildungsteilnehmerinnen, fallen zum Teil deutliche Unterschiede auf (vgl. Tabelle 5). So schätzten über 70,0% der Heilpädagoginnen ihr entwicklungspsychologisches Vorwissen als gut oder sogar sehr gut ein und fühlten sich damit in diesem Bereich sichtlich kompetenter als die übrigen Befragten. Die eigenen Vorkenntnisse im Umgang mit diagnostischen

Tabelle 3: Motive, eine KJP-Ausbildung zu beginnen (SP: Sozialpädagoginnen/Sozialarbeiterinnen, Psych: Psychologinnen, Päd: Pädagoginnen/Erziehungswissenschaftlerinnen, HP: Heilpädagoginnen)

Motive für KJP-Ausbildung (gesamt)	M	SD	Rangplatz nach Professionen
1. Möglichkeit zu intensiver und tiefgehender Arbeit mit Kindern und Jugendlichen	3,62	0,74	SP: 1/ Psych: 1/ Päd: 2/ HP: 1
2. Wunsch nach psychotherapeutischer Spezialisierung	3,61	0,78	SP: 2/ Psych: 2/ Päd: 1/ HP: 2
3. Neugier / Interesse (allgemein)	3,40	0,82	SP: 3/ Psych: 3/ Päd: 3/ HP: 3
4. Möglichkeit freiberuflich zu arbeiten	3,12	0,93	SP: 5/ Psych: 4/ Päd: 4/ HP: 5
5. Berufliche Statuserhöhung	2,86	0,96	SP: 4/ Psych: 6/ Päd: 6/ HP: 9
6. Gefühl der besonderen Eignung	2,83	0,87	SP: 6/ Psych: 7/ Päd: 5/ HP: 6
7. Akzeptanz bei Kostenträgern	2,70	1,13	SP: 8/ Psych: 5/ Päd: 7/ HP: 4
8. Finanzieller Anreiz	2,48	0,95	SP: 7/ Psych: 8/ Päd: 8/ HP: 8
9. Unzufriedenheit mit bisheriger Tätigkeit	2,19	1,07	SP: 9/ Psych: 9/ Päd: 9/ HP: 7
10. Alternative, weil PP-Ausbildung nicht möglich	1,76	1,06	SP: 10/ Psych: 11/ Päd: 10/ HP: 10
11. Arbeitgeberanforderung	1,37	0,87	SP: 11/ Psych: 10/ Päd: 11/ HP: 11

Tabelle 4: Bewertung des KJP-spezifischen Vorwissens aus dem Studium insgesamt (alle Professionen)

KJP-relevantes Vorwissen aus dem Studium	Bewertung „gut“ oder „sehr gut“
1. Psychosoziale und pädagogische Interventionen	67,8%
2. Allgemeine Psychologie	66,1%
3. Praxis- und Selbstreflexionskompetenz	58,4%
4. Entwicklungspsychologie	58,7%
5. Kinder-, Jugend- und Familienhilfe	57,0%
6. Beratungskompetenz	52,4%
7. Forschungs- und Evaluationsmethoden	43,7%
8. Gesundheits- und Sozialrecht	42,9%
9. Klinische Psychologie	38,0%
10. Therapeutische Verfahren	38,0%
11. Klinische Diagnostik / Störungskompetenz	33,0%
12. Testverfahren	21,8%

Tabelle 5: Bewertung des KJP-spezifischen Vorwissens aus dem Studium (nach Professionen); Psych: Psychologinnen, SP: Sozialpädagoginnen/-arbeiterinnen, Päd: Pädagoginnen/Erziehungswissenschaftlerinnen, HP: Heilpädagoginnen

Rang	Psych (N=41) Bewertung: eher gut / sehr gut	SP (N=112) Bewertung: eher gut / sehr gut	Päd (N=80) Bewertung: eher gut / sehr gut	HP (N=19) Bewertung: eher gut / sehr gut
1	Allg. Psych. (85,4%)	Kinder-, Jugend- u. Familienhilfe (81,3%)	Psychosoz. u. päd. Interventionen (70,0%)	Psychosoz. u. päd. Interventionen (83,3%)
2	Klin. Psych. (82,9%)	Ges.- u. Sozialrecht (76,8%)	Allg. Psych. (63,8%)	Entw.-psych. (73,7%)
3	Forschungsmetho. (78,1%)	Psychosoz. u. päd. Interventionen (74,1%)	Entw.-psych. (61,3%)	Allg. Psych. (73,7%)
4	Testverfahren (78,1%)	Praxis- u. Selbstreflexionskomp. (72,1%)	Praxis- u. Selbstreflexionskomp. (51,9%)	Praxis- u. Selbstreflexionskomp. (73,7%)
5	Klin. Diagnostik (70,7%)	Beratungskomp. (64,3%)	Kinder-, Jugend- u. Familienhilfe (51,9%)	Kinder-, Jugend- u. Familienhilfe (63,2%)
6	Entw.-psych. (65,9%)	Allg. Psych. (58,9%)	Beratungskomp. (46,8%)	Therap. Verfahren (52,6%)
7	Therap. Verfahren (65,9%)	Entw.-psych. (50,9%)	Forschungsmetho. (43,8%)	Klin. Diagnostik (52,6%)
8	Psychosoz. u. päd. Interventionen (41,5%)	Forschungsmetho. (34,2%)	Therap. Verfahren (33,8%)	Forschungsmetho. (47,8%)
9	Beratungskomp. (34,2%)	Klin. Psych. (31,3%)	Klin. Psych. (26,3%)	Beratungskomp. (47,4%)
10	Praxis- u. Selbstreflexionskomp. (31,7%)	Therap. Verfahren (25,9%)	Ges.- u. Sozialrecht (25,3%)	Testverfahren (36,8%)
11	Kinder-, Jugend- u. Familienhilfe (12,2%)	Klin. Diagnostik (23,4%)	Klin. Diagnostik (16%)	Klin. Psych. (26,3%)
12	Ges.- u. Sozialrecht (2,4%)	Testverfahren (8,0%)	Testverfahren (11,4%)	Ges.- u. Sozialrecht (26,3%)

Testverfahren wurden von allen pädagogischen Berufsgruppen als schlecht oder sehr schlecht beurteilt (88,2%), während über drei Viertel der Psychologinnen ihr diesbezügliches Vorwissen gut oder sehr gut einschätzten. Die meisten Befragten mit einem abgeschlossenen Studium der Sozialen Arbeit beurteilten ihre Vorkenntnisse in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe sowie im Sozial- und Gesundheitsrecht als gut bis sehr gut (81,3% bzw. 76,8%). Just in diesen Bereichen fühlten sich die Psychologieabsolventinnen besonders schlecht vorbereitet, während sie ihre besonderen Stärken in den Bereichen der Allgemeinen und der Klinischen Psychologie sahen (85,4% bzw. 82,9%). Bezogen auf Forschungs- und Evaluationsmethoden schätzten fast 80,0% der Psychologinnen gegenüber rund 35,0% der Sozialpädagoginnen ihr Vorwissen als gut oder sehr gut ein. Umgekehrt ist es bei der eigenen Praxis- und Selbstreflexionskompetenz, die von über 70,0% der Sozialpädagoginnen, aber nur von 30,0% der Psychologinnen als gut bewertet wird. Ihre Beratungskompetenz schätzen unter allen Professionen die Sozialpädagoginnen mit über 60,0% am besten ein.

3.2.4 Bewertung der verschiedenen Studiengänge im Hinblick auf die KJP-Ausbildung

Die Studienteilnehmerinnen sollten auf einer vierstufigen Skala einschätzen, wie gut die zugelassenen Hochschulstudiengänge als Grundlage für die KJP-Ausbildung geeignet sind. Es zeigte sich, dass die Befragten über alle Professionen hinweg das Psychologiestudium als den vergleichsweise am besten auf die KJP-Ausbildung vorbereitenden Studiengang einstufen: Fast 90,0% schätzten das Psychologiestudium in dieser Hinsicht als gut oder sehr gut geeignet ein. Der Anteil guter und sehr guter Bewertungen des Psychologiestudiums mit über 94,8% bei den Heil- und 92,7% bei den Sozialpädagoginnen liegt damit höher als bei den Psychologinnen selbst (92,3%). Das Studium der Pädagogik/Erziehungswissenschaften wurde von 74,6% der Teilnehmerinnen als gute Vorbereitung bewertet, etwa zwei Drittel der Ausbildungsteilnehmerinnen bewerten das Studium der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik (66,9%) und der Heilpädagogik (64,3%) als geeignet (Abbildung 2).

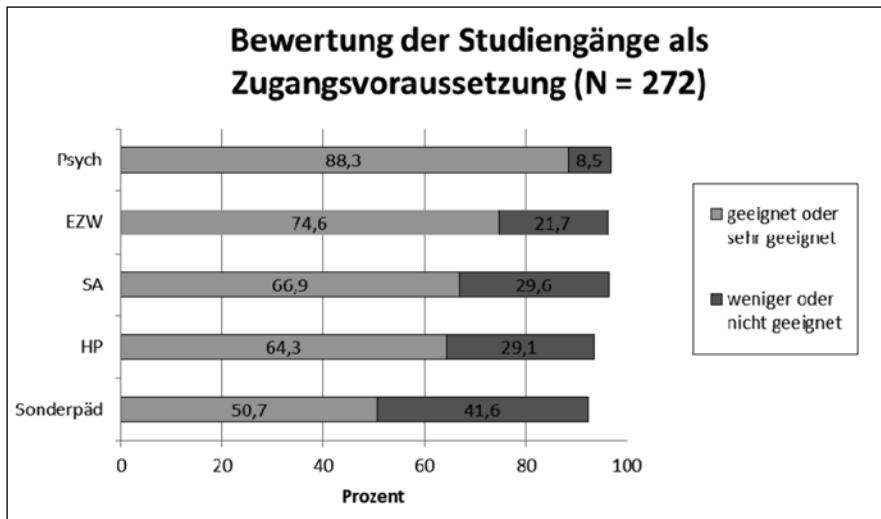


Abbildung 2: Bewertung der zulassenden Studiengänge als „eher“ oder „sehr“ bzw. „eher nicht“ oder „nicht“ für die KJP-Ausbildung geeignet (Antworten der Ausbildungsteilnehmerinnen); Psych: Psychologie; EZW: Erziehungswissenschaft; SA: Soziale Arbeit; HP: Heilpädagogik; Sonderpäd.: Sonderpädagogik/Förderpädagogik

Zugleich ist festzustellen, dass das Studium der Sozialen Arbeit (29,6%) sowie der Heilpädagogik (29,1%) von einem Viertel aller Befragten als weniger geeignet oder ungeeignet eingeschätzt wird. Das Studium der Sonderpädagogik/Förderpädagogik wird im Vergleich dazu sogar nur noch von etwa der Hälfte der Befragten als geeignet (50,7%) und von über 40,0% als weniger geeignet bzw. ungeeignet eingestuft. Mit Ausnahme des Psychologiestudiums wird das eigene Hochschulstudium stets als das am besten geeignete beurteilt. Festzuhalten bleibt auch, dass Psychologinnen von allen Professionen die bei Weitem beste Selbsteinschätzung haben; entsprechend hat keine einzige der teilnehmenden Psychologinnen ihr Studium als „nicht geeignet“ beurteilt. Die pädagogischen Professionen bewerten die Eignung des absolvierten Studiums durchschnittlich etwa 10,0% schlechter und sind außerdem bei der Bewertung als „sehr geeignet“ zurückhaltender als Psychologinnen (Bewertung des eigenen Studiums als gut oder sehr gut – Sozialpädagoginnen: 80,1%, Pädagoginnen: 87,2%, Heilpädagoginnen: 89,4% im Vergleich zu Psychologinnen: 92,3%; s. o.).

4. Diskussion

In Deutschland ist eine Diskussion um die Zukunft der Psychotherapieausbildung und

die daran geknüpfte Struktur der Psychotherapeutenberufe angestoßen worden. In diesem Kontext sind vor allem die eingangs erwähnten Beschlüsse des 16. und 17. DPT, die damit verbundene Debatte um die Eingangsqualifikation für die postgraduale Psychotherapeutenausbildung und die mögliche Umsetzung eines einheitlichen Berufs „Psychotherapeutin/Psychotherapeut“ zu nennen. Obwohl es hier in vieler Hinsicht Regelungsbedarf gibt, lässt ein entschlossenes „Anpacken“ der PsychThG-Reform seitens des Gesetzgebers derzeit noch auf sich warten (Lehndorfer, 2010b). Von daher gibt es aktuell viele Verunsicherungen und Befürchtungen, insbesondere im Hinblick auf die von einigen Autoren befürchtete Perspektive, dass (Sozial-)Pädagoginnen in Zukunft keine Möglichkeit mehr haben könnten, eine KJP-Ausbildung zu beginnen (Beck & Borglaufs, 2010). In diesem Zusammenhang wird auch davor gewarnt, dass der eigenständige und traditionsreiche Beruf KJP an Bedeutung und Ausbildungsspezifität verlieren würde (Heekerens, 2009; Schwarz, 2010).

4.1 Hoher Prozentsatz Pädagoginnen

Die vorliegende Studie dokumentiert nun die herausgehobene Rolle der pädagogischen Berufsgruppen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. So sind in NRW fast 40,0% der KJP-Aus-

bildungsteilnehmerinnen Sozialpädagoginnen bzw. Sozialarbeiterinnen, ein knappes Drittel sind Erziehungswissenschaftlerinnen. Hingegen haben nur 17,6% ein Psychologiestudium abgeschlossen. Die Bedeutsamkeit der pädagogischen Berufsgruppen in der KJP drückt sich damit nicht nur in Methodik und Historie aus, sondern auch in ihrer Prädominanz unter den Ausbildungsteilnehmerinnen. Ein Grund dafür könnte sein, dass Sozialpädagoginnen/Sozialarbeiterinnen sich bereits im Studium stark mit der Kinder- und Jugendhilfe auseinandersetzen und seit den 1970er-Jahren vermehrt methodische Elemente der Psychotherapie in die Soziale Arbeit Einzug gehalten haben (Schneider & Heidenreich, 2011). Eine Ursache für den geringen Psychologinnenanteil in der KJP-Ausbildung in NRW dürfte wiederum sein, dass Psychologinnen berechtigt sind, eine PP-Ausbildung zu beginnen und diese aus unterschiedlichen Gründen der KJP-Ausbildung vorziehen. Nicht übersehen werden darf aber auch, dass viele PP zu einem späteren Zeitpunkt durch weitere Fortbildungen zusätzlich auch noch eine Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder gar eine zweite Approbation als KJP erwerben.

4.2 Ein weiblich geprägtes Arbeitsfeld

Die vorliegende Studie bestätigt ferner, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (ähnlich wie andere therapeutische und soziale Berufe) ein ausgesprochen weiblich geprägtes Arbeitsfeld ist. Ein Anteil von 86,0% Frauen in der KJP-Ausbildung wirft allerdings die Frage auf, warum dieser Beruf von Männern faktisch gemieden wird. Da bereits in den Zugangsstudiengängen deutlich mehr Frauen als Männer studieren, könnte es hier nochmals zu einer Erhöhung des Frauenanteils kommen. Ohne diesen Aspekt hier vertiefend diskutieren zu können, sei darauf hingewiesen, dass ein „Matriarchat“ in der KJP – ähnlich wie dies in Erziehung und Pädagogik diskutiert wird – im Interesse der betroffenen Kinder nicht wünschenswert ist. So dürfte bei vielen behandlungsbedürftigen Jungen ein männlicher Behandler bessere Chancen haben, eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen

und als männliches Rollenmodell Verhaltensänderungen zu initiieren.

4.3 Klare Präferenz für Verhaltenstherapie

Hinsichtlich der gewählten Psychotherapieverfahren zeigen die Daten der Ausbildungsinstitute eine klare Präferenz der Verhaltenstherapie. Dass sich in der direkten Befragung der Ausbildungsteilnehmerinnen ein etwas weniger eindeutiges Bild ergab, liegt wahrscheinlich daran, dass sich zwei große VT-Institute nicht an der Fragebogenuntersuchung beteiligt haben, wodurch sich der Rücklauf bei den psychodynamischen Verfahren künstlich erhöhte. Weiterhin wurde deutlich, dass in pädagogischen Professionen die psychodynamischen Verfahren eine etwas größere Rolle spielen als in der Psychologie, in der die tiefenpsychologischen Ansätze allgemein stark an Bedeutung eingebüßt haben. Die ST wiederum wurde erst vor wenigen Jahren für die staatliche Psychotherapieausbildung anerkannt und muss sich ihren Platz innerhalb der sogenannten Richtlinienvorfahren noch erkämpfen.

4.4 Motiv Statuserhöhung

Über alle Professionen hinweg ist der Wunsch, intensiv und nachhaltig mit Kindern zu arbeiten, ebenso ein zentrales Motiv für den Beginn einer KJP-Ausbildung wie das Bestreben nach psychotherapeutischer Spezialisierung und ein allgemeines soziales Interesse („Neugiermotiv“). Bemerkenswert ist, dass die Anreize einer beruflichen Statuserhöhung und besserer Verdienstmöglichkeiten für (Sozial-)Pädagoginnen eine deutlich wichtigere Rolle spielen als für Psychologinnen. Zugleich scheinen Psychologinnen mit den Rahmenbedingungen und Beschäftigungsmöglichkeiten in ihrem Berufsfeld insgesamt zufriedener zu sein als die pädagogischen Berufsgruppen. Für dieses nicht wirklich überraschende Ergebnis dürfte die allgemein bessere Entlohnung von Psychologinnen im Vergleich zu (Sozial-)Pädagoginnen eine wesentliche Rolle spielen. Die unterschiedliche tarifliche Eingruppierung von psychologischen und pädagogischen Berufsgruppen wirkt sich in der Regel auch auf Positionen und Hierarchien in einer Einrichtung aus, was die

jeweilige Zufriedenheit mit der ausgeübten Tätigkeit und die Identifikation mit der eigenen Berufsrolle erheblich beeinflussen kann. Das ausgeprägte Bestreben, gerade der pädagogischen Berufsgruppen, selbstständig tätig zu werden, wird dabei, neben der Aussicht auf einen besseren Verdienst, vermutlich auch als Möglichkeit betrachtet, erlebte oder antizipierte institutionelle Einschränkungen zu überwinden. Im Übrigen verweist der große Anteil der Befragten, die eine spätere Selbstständigkeit in eigener Praxis anstreben, auf das Problem, dass aufgrund begrenzter Kassensitze in ganz Deutschland viele KJP dieses Ziel wahrscheinlich nicht oder zumindest nicht unmittelbar nach der Approbation realisieren können. Aus diesem Grund sollte frühzeitig über mögliche Alternativen informiert werden. Insbesondere der Bereich der Kinder- und Jugendhilfe könnte in hohem Maße von qualifizierten Psychotherapeutinnen profitieren. Diesem stehen jedoch insgesamt sehr wenige der Befragten, am ehesten jedoch die Sozialpädagoginnen, aufgeschlossen gegenüber.

4.5 Psychologiestudium wird am besten bewertet

Ein aus Sicht der Autoren sehr bedeutendes Ergebnis dieser Befragung ist der sehr heterogen selbsteingeschätzte Wissensstand der unterschiedlichen Professionen bei Beginn einer KJP-Ausbildung. So beurteilen die befragten Pädagoginnen ihr Vorwissen in originär psychologischen Bereichen (z. B. Klinische Psychologie, Diagnostik) deutlich schlechter als die Psychologinnen. In den originär sozialpädagogischen Bereichen (z. B. Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, Gesundheits- und Sozialrecht) schätzten hingegen die Psychologinnen ihr Vorwissen wesentlich schlechter ein als die (Sozial-)Pädagoginnen. Während Psychologinnen ihre Kenntnisse in Evaluations- und Forschungsmethoden meist als sehr gut einstufen, schreiben sich Sozialpädagoginnen und Sozialarbeiterinnen bessere Kompetenzen im Hinblick auf Praxis- und Selbstreflexion zu. Obwohl streng genommen die Selbsteinschätzung der Befragten nur vorsichtige Rückschlüsse auf ihren tatsächlichen Wissensstand zulässt, kann davon ausgegangen werden, dass die einzelnen Be-

rufgruppen unterschiedliche Kenntnisse und Kompetenzen, aber auch spezifische Wissensdefizite in ihre KJP-Ausbildung mitbringen. Vor diesem Hintergrund erscheint es wünschenswert, dass die zur KJP-Ausbildung berechtigenden Studiengänge ihre Studierenden besser auf diese vorbereiten, indem sie „unterbelichtete“ Bereiche stärker in ihren Curricula berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass alle Professionen der Auffassung waren, ein Psychologiestudium sei am besten geeignet, um auf eine KJP-Ausbildung vorzubereiten. Es scheint, als würden die speziellen Kenntnisse, die Psychologinnen in die KJP-Ausbildung einbringen, professionsübergreifend für eine psychotherapeutische Tätigkeit besonders wertgeschätzt und anerkannt. Unabhängig davon, ob das Psychologiestudium tatsächlich ein hohes Maß an Fertigkeiten für die Tätigkeit als KJP vermittelt, spiegelt die besondere Kompetenzzuschreibung der Psychologie dabei vermutlich auch eine an Statusbewusstsein und kollektives Selbstwertgefühl geknüpfte, etablierte und offenbar weithin akzeptierte Rangordnung der Disziplinen wider. Angesichts der wichtigen Rolle, die den pädagogischen Berufsgruppen im Bereich der KJP zukommt, ist indes zu wünschen, dass (Sozial-)Pädagoginnen ihre eigenen Stärken und den eigenen Beitrag zur KJP-Ausbildung stärker wertschätzen und selbstbewusster nach Außen kommunizieren.

4.6 Mindeststandards für qualifizierende Studiengänge festlegen

Abschließend plädieren die Autoren für eine Sicherstellung des künftigen Ausbildungszugangs für die Sozialberufe. Die Bologna-Reform bietet dabei durchaus gute Chancen, eine Qualifizierung pädagogischer Studienabsolventinnen für die KJP-Ausbildung zu sichern und damit gleichzeitig das fachliche Niveau der KJP-Ausbildung zu erhalten, wenn nicht zu verbessern. Wie Borg-Laufs, Gahleitner, Helle und Zurhorst (2009) unseres Erachtens zu Recht fordern, sollte der Gesetzgeber für den Zugang zur KJP-Ausbildung nicht nur den Masterabschluss als einheitliche Eingangsqualifikation, sondern auch ad-

äquate Mindeststandards für qualifizierende Studiengänge festlegen. Hier wäre für sozial- und erziehungswissenschaftliche Studiengänge neben der ausreichenden Vermittlung sozialpädagogischer, insbesondere klinisch-sozialarbeiterischer Kompetenzen auch die fundierte Vermittlung relevanter psychologischer Kenntnisse vonnöten. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass alle von uns befragten Ausbildungsinstitute entschieden haben, vorläufig nur Bewerberinnen und Bewerber mit Diplom- oder Masterabschluss zuzulassen; daher gibt es in NRW bislang fast keine Ausbildungsteilnehmerinnen mit sechssemestrigem Bachelorstudium. Offensichtlich nehmen hier die Ausbildungsinstitute die noch ausstehende Regelung des Gesetzgebers vorweg, im Sinne der Gleichwertigkeit von KJP und PP den Masterabschluss als einheitliche Eingangsvoraussetzung explizit festzuschreiben. Offenbar wird das Argument, dass die Zulassung von Bachelorabsolventinnen letztlich zu einer Dequalifizierung im Bereich der KJP und zu einer Abwertung in Relation zur Erwachsenenpsychotherapie führe (Schwarz, 2010), als wohlbegründet angesehen. Dementsprechend wird die aktuelle Zulassungspraxis angesichts der Tatsache, dass derzeit neun von 16 Landesprüfungsämtern Bachelorabsolventinnen zur KJP-Ausbildung zulassen, von Autoren wie Lehndorfer (2010b) als illegitim kritisiert.

Das Untersuchungsergebnis, dass Sozialpädagoginnen und Pädagoginnen eine KJP-Ausbildung und damit den Erwerb einer zusätzlichen Qualifikation vor allem auch aus dem Motiv einer beruflichen Statuserhöhung anstreben, verweist auf einen sehr bedeutsamen Aspekt im Hinblick auf die zukünftige Ausgestaltung der grundständigen Studiengänge: So sollten diese infolge des Bachelor- und Mastersystems keinesfalls fachspezifisch verkürzt werden. Unseres Erachtens ist auch hier der Forderung von Borg-Laufs et al. (2009) zu folgen, dass bereits Studierenden fundiert und breit Inhalte vermittelt werden müs-

sen, die entweder für eine spätere Psychotherapieausbildung oder aber für die Tätigkeit in klinischen Feldern ohne Zusatzausbildung in hohem Maße qualifizieren. Nur so kann die Anerkennung pädagogischer Berufe als fachlich kompetente Profession im Gesundheitssystem nachhaltig gesichert werden. Die intensive wie hochwertige Ausbildung zur/zum KJP sollte aus Sicht der Sozialen Arbeit in ihrer Qualität erhalten bleiben. Gerade deshalb plädieren die Autoren für eine Wahrnehmung und Reputation der psychologischen, wie auch (sozial-)pädagogischen Anteile der Ausbildung. Dies sollte unseres Erachtens in keiner Weise dazu führen, dass psychologische Wissensbestände, welche für die KJP-Ausbildung grundlegend sind, infrage gestellt werden. Im Gegenteil: Die Sozialpädagogik ist gefragt, ihre Studiengänge überdies psychotherapeutisch auszurichten. Erste entsprechende Tendenzen sind bereits in spezialisierten Masterprogrammen wie z. B. „Klinische Sozialarbeit“ oder „Psychiatriebezogene Sozialpädagogik“ erkennbar, die gerade Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen attraktive Möglichkeiten eröffnen, sich wissenschaftlich auf eine spätere KJP-Ausbildung vorzubereiten. Damit Hochschulen jedoch langfristig gezielt Wissen im Hinblick auf Zugangsvoraussetzungen anschließender zusätzlicher Berufsausbildungen, wie die KJP, vermitteln können, sind sie auf einheitliche diesbezügliche Richtlinien angewiesen. Der Gesetzgeber ist daher dringend gefordert, möglichst bald eine verbindliche und fachlich adäquate Regelung zu den Zugangsvoraussetzungen des Ausbildungsganges Psychotherapie herbeizuführen.

Danksagung

Wir bedanken uns ganz herzlich bei den Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern für das Ausfüllen des Fragebogens sowie bei den kooperierenden Ausbildungsinstituten für die gute Zusammenarbeit.

Literatur

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



Mathias Berg, Yvonne Kahl, Julia Düvel; Absolventen des Masterstudiengangs „Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit“

Kath. Hochschule Nordrhein-Westfalen
Robert-Schuman-Straße 25
52066 Aachen
mathias.berg@mail.katho-nrw.de



Prof. Dr. Johannes Jungbauer

Professor für Psychologie an der Kath. Hochschule Nordrhein-Westfalen/Aachen
Leiter des Instituts für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp)
Robert-Schuman-Straße 25
52066 Aachen
j.jungbauer@katho-nrw.de

Freuden des Psychotherapeutenberufes¹

Günter Heisterkamp

Psychotherapeutische Praxis, Ratingen

Zusammenfassung: Alle Psychotherapeuten haben Erfahrungen mit beruflichen Belastungen und können auch vieles darüber in der Fachlektüre finden. Demgegenüber werden die freudigen Aspekte psychotherapeutischer Behandlung in der Psychoanalyse weitgehend tabuisiert. Deswegen ist es sinnvoll, sich einmal mit den Hintergründen dieses Widerstandes zu befassen und die der psychotherapeutischen Behandlung immanenten Freuden in den Vordergrund der Beachtung zu bringen. Dabei erweist es sich als bedeutsam, dass der Lacheffekt nicht identisch ist mit dem Therapieeffekt und dass die freudige Dimension psychoanalytischer oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie verlaufs- und beziehungsanalytisch zu verstehen ist.

Seit es Menschen gibt, hat der Mensch sich zu wenig gefreut: Das allein, meine Brüder, ist unsere Erbsünde.

(Nietzsche 1898/1980, S. 346)

1. Verwunderung

Die Anhedonie gilt als ein Charakteristikum allen seelischen Leidens. Die Förderung von Lebensfreude lässt sich als ein generelles Therapieziel auffassen. Es sind kaum erfolgreiche Therapieverläufe vorstellbar, in denen sich Patient und/oder Psychotherapeut nicht über die neugewonnenen Spielräume des Selbsterlebens, der Selbstartikulation und der Selbststeuerung gefreut hätten. Es verwundert jedoch: Wenn sich Patienten im Verlauf ihrer psychotherapeutischen Behandlung aus belastenden beruflichen Quälwerken befreien, wenn sie berufliche Aktivitäten entdecken, die sie gerne machen oder die sie gar erfüllen, wenn sie Freude an ihrer Arbeit finden und stolz auf ihr Können sind, sehen wir sie auf einem guten Weg. Aber wie geht es dagegen den Psychotherapeuten selbst damit? Freuen sie sich an und bei ihrer Arbeit? Sind sie stolz auf ihre Kompetenz? Diese Fragen sind bislang in einer Tabuisierung der Freude untergegangen. Der vorliegende Beitrag greift die Gedanken

zu einer Praxeologie der Freude auf (Heisterkamp, in Druck) und führt sie weiter zu den der Struktur psychotherapeutischer Behandlungen immanenten Freuden. Es geht also nicht um äußere Faktoren wie z. B. juristische Bestimmungen oder Fragen der Honorierung, sondern darum, wo und wie sich Quellen der Freude aus dem psychologischen Verständnis von Behandlung, eben immanent, ergeben. Da ich als Bioenergetiker und Psychoanalytiker „vor der eigenen Türe kehren“ möchte, werde ich im Folgenden die Freudehemmer nur in diesen beiden Richtungen ansprechen. Anschließend wende ich mich den Quellen der Freude in psychotherapeutischen Behandlungen zu. Meine Ausführungen klingen aus in einem „wizzigen“² Behandlungsbeispiel, das die Überlegungen noch einmal anschaulich zusammenfasst.

2. Freudehemmer

2.1 Psychoanalyse

In inhaltsanalytischen Untersuchungen zur Freude in der analytischen Erwachsenen-therapie (Heisterkamp, 1999a, 1999b) und in der Kinder- und Jugendlichen-therapie (Heisterkamp, 2010) eines kompletten Jahrgangs aller deutschsprachigen psychoanalytischen Zeitschriftenartikel, das heißt

von insgesamt 158 Aufsätzen mit rund 3000 Textseiten, konnte nur eine einzige Stelle gefunden werden, an der der Psychotherapeut mit seinem Patienten gelacht hat. Keine einzige Stelle habe ich gefunden, an der ein Analytiker ein freudiges Gefühl in seiner Gegenübertragung gehalten und psychotherapeutisch transformiert hätte. Es offenbart ein verwunderliches Missverhältnis, wenn wir die erwachende Freude des Patienten an seiner Arbeit und seinen sich entwickelnden Stolz über seine Leistungen prognostisch günstig bewerten, während wir uns als Psychotherapeuten selbst mit der Freude an, bei und über unsere Arbeit sehr zurückhalten oder solche Gefühle gar sanktionieren (Abwehr, Missbrauch, Vermeidung usw.). Vom Stolz auf unser Können ganz zu schweigen. Das ist eine unheilvolle Form, sich selbst zu unterdrücken und seine Lebensfreude im Bereich der täglichen beruflichen Arbeit zu verderben. Dabei ist spätestens seit Kohut (1981) auch die pathogene Zentrierung der analytischen Entwicklungspsychologie durch eine salutogene ergänzt worden. Er sieht nämlich die Entwicklung eines kohäsiven Selbst aus der intersubjektiven Quelle gespeist, dass das Kind sich an seinen Fortschritten erfreut und sich darin von resonanten Selbstobjekten wahrgenommen fühlt.

Demgegenüber bekommen wir von den Belastungen unserer Berufspraxis so viel zu lesen und zu hören („vom Leid des Analytikers“, insbesondere in der Gegenübertragung), dass man bereits vor Vereinsichtigungen oder gar einer Idealisierung des

¹ Manuskript eines Vortrages auf dem 7. Landespsychotherapeutentag der Psychotherapeutenkammer Berlin am 02.04.2011

² althochdeutsch wizzig = kundig, verständig, klug, gewitzt

Mitleidens („Aushalten der Gegenübertragung“) glaubt, warnen zu müssen. Wenn Psychoanalytiker einen Fachaufsatz verfassen, haben sie offenbar ein vorbewusstes Wissen um „feeling rules“ (Hochschild, 1979) und müssen bei der Erstellung ihrer Publikationen eine erhebliche Gefühlsarbeit aufwenden. Unausdrücklich dürfen Emotionen nur nach bestimmten Vorschriften gezeigt werden. Für publizierende Psychoanalytiker könnten die „display rules“ (Ekman & Friesen, 1969) etwa heißen:

„Vermeide freudige Gefühle. Bleibe möglichst neutral. Hüte dich vor emotionalen Formulierungen. Wenn du auf Affekte eingehst, sollten es nur ‚negative‘ und dich besonders belastende sein. Diese darfst du dann allerdings auch intensivieren. Das wird gern gesehen in deiner Gesellschaft.“
(Heisterkamp, 2000)

Diese Gefühlsbearbeitung hat wohl ihren tiefen psychologischen Sinn. Je mehr der publizierende Psychotherapeut sein eigenes Erleben und das der Patienten konkretisiert, desto angreifbarer und verletzbarer wird er. Das scheint besonders für die freudigen Gefühle zu gelten, wenn er sich selbst öffnet. Der Leser stelle sich hier die Ausdrucksgestalt der Freude vor! Die Ausklammerung dieser Gefühle dient wohl der Abwehr gelotophobischer Ängste, ausgelacht, beschämt und entwertet zu werden (Titze & Kühn, 2010), sowie der Sicherung fiktiver Ziele des individuellen Selbst und des Gruppen-Selbst. Die unausdrücklichen Vorzeigeregeln verführen dazu, die Patienten durch selektive Affektspiegelung in ihren anhedonen Verfassungen festzuschreiben. So ist es nicht verwunderlich, wenn Leuzinger-Bohleber feststellt, dass von unserer Berufsgruppe „zuweilen der Eindruck einer eher depressiv strukturierten, ausgesprochen selbstkritischen Berufsgruppe“ (Leuzinger-Bohleber, Rüger, Stühr & Beutel, 2002, S. 33) entstehe. Tähkä (1993) und Hurry (2002) heben ebenfalls hervor, dass sich Erwachsenen- und Kinderanalytiker gewöhnlich durch ein inneres Verbot daran hindern, sich einzugestehen, dass sie Freude an ihrer Arbeit haben.

Die oben explizierte Vorzeigeregeln lässt sich in einen historischen Kontext stellen. Nach der Lektüre von Jacques le Goffs

Text über „Das Lachen im Mittelalter“ ist mir die Ähnlichkeit dieser Gefühls- und Darstellungsregel in psychoanalytischen Fachzeitschriften mit der benediktinischen Mönchsregel zum Lachen im Klosterleben aufgefallen:

„Im 4. Kapitel über ‚Die Werkzeuge der geistlichen Kunst‘ verbietet er (Benedikt, G. H.) das Lachen zweimal, zunächst im Zusammenhang mit dem ‚bösen und verkehrten Reden‘ und – darauf folgend – mit maßloser Geschwätzigkeit. Ihm zufolge hat man sich solcher Worte zu enthalten, die Lachen provozieren könnten. Danach verurteilt er zu häufiges oder gar exzessives Lachen und empfiehlt stattdessen das tägliche Gebet, untermischt mit Tränen und Seufzen.“

(le Goff, 2004, S. 58)

Gehe ich als historischer Laie zu weit, wenn ich hier über die Jahrhunderte hinweg Analogien der Lachkultur zwischen dem klösterlichen Leben und der Darstellung psychoanalytischer Praxis feststelle? Der Wiener Analytiker und Theologe Kirchmayr hebt hervor, dass die christliche Theologie eine Jammertheologie sei, in der das Lachen verachtet und verteufelt wird, dass wir auf der Erde im Tal der Tränen und nicht der Freude seien und dass Christus, das Vorbild für die Menschen, selbst nie gelacht habe:

„Das Lachen wurde fast 2000 Jahre lang von der Kirchenzentrale und deren Ideologen mehr oder weniger dämonisiert, verteufelt, unterdrückt und soweit wie möglich ausgetrieben.“

(Kirchmayr, 2009, S. 126)

2.2 Bioenergetische Analyse

Auch bezogen auf Alexander Lowen, den Begründer der Bioenergetik, die sich heute immer mehr als eine Bioenergetische Analyse versteht, taucht hinsichtlich der Freude im therapeutischen Raum Ungereimtes auf. Es ist ein ehrenwertes Verdienst von Lowen, dem sonst vernachlässigten Phänomen der Freude ausdrücklich eine Monographie gewidmet zu haben (Lowen, 1993). Seine Auffassung der Freude, die aus seinem umfänglichen Buch spricht, lässt sich durch vier Annahmen skizzieren:

1. Freude bedeutet Hingabe an die Gefühle, an den Körper, an das Leben, an das Selbst. Von grundlegender körperlicher Bedeutung ist die rhythmische Pulsation der Atmung.
2. Die Hingabe und damit das Erleben von Freude werden blockiert durch chronische Muskelverspannungen, die im Sinne Reichs funktional identisch sind mit der Abwehr von Angst.
3. Durch biografisches Verstehen und bioenergetische Behandlung dieser Abwehrformen (Übungen zur Befreiung und Intensivierung der Atmung sowie zur Lockerung der chronischen Verspannungen) lassen sich die Blockaden lindern bzw. beheben.
4. Psychische „Durchbrüche“ sind immer mit einer Intensivierung der Atmung und einer Befreiung der blockierten Lebendigkeit verbunden. Mit der Wiederbelebung tauchen Lebenslust und Lebensfreude auf.

Man könnte Lowens Beitrag aus psychoanalytischer Sicht so verstehen, dass er in der Tradition von Reich eine praxeologische Anregung bietet, die für therapeutische Prozesse typischen Wandlungen leibfundiert oder basal zu begründen. Dem entspricht meine und auch von vielen Kollegen der Analytischen Körperpsychotherapie geteilte Erfahrung, dass die therapeutische Arbeit bei stärkerer Berücksichtigung des „Organdialekts“ oder der „Körpersprache“ – wie es Adler (1912/1973) nennt – sowohl für den Patienten bekömmlicher als auch für den Psychotherapeuten mit deutlich mehr Arbeitsfreude verbunden ist. Trotz dieser günstigen Voraussetzungen führt eine inhaltsanalytische Auswertung von Lowens Buch (1993) zur Freude zu ernüchternden Ergebnissen. Wenn die Nennungen des Begriffes „Freude“ ausgezählt und alle Fallvignetten, von denen Lowen berichtet, daraufhin untersucht werden, ob sie Phänomene der Freude enthalten und ob sie auf das Übertragungs- und/oder Gegenübertragungsgeschehen eingehen, zeigt sich:

1. In der 410 Seiten umfassenden Abhandlung taucht der Begriff der Freude 248-mal auf.
2. Von den insgesamt 68 Therapieauschnitten in Lowens Buch über die

Freude enthalten nur neun (13,0%) einen oder mehrere Hinweise auf die Freude des Patienten.

3. Darunter sind nur vier Beispiele (6,0%), in denen eine aktuell erlebte Freude zum Ausdruck kommt.
4. Bei zwei Vignetten wird die Freude im Text bloß konstatiert.
5. Drei Therapieausschnitte handeln von Freuden, die der Patient extern erlebt hat.

Lowen macht mit vielen Worten auf die Freude in der Psychotherapie aufmerksam, ohne ihre praxeologische Bedeutung zu erschließen. Insgesamt ist es schon sehr verwunderlich, dass in einer umfangreichen Monographie über die Freude, in der die Hingabe an den Körper und die Gefühle propagiert werden, *das Erleben von Freude* kaum vorkommt. Ebenso auffällig ist, dass man in dem mit Fallvignetten gespickten Buch vergeblich nach einem einzigen Beispiel sucht, in dem sich Lowen als Psychotherapeut selbst über oder gar mit seinem Patienten zusammen gefreut hätte. Geradezu undenkbar erscheinen in dieser Veröffentlichung Beispiele, in welchen die Freude in der Gegenübertragung, leiblich und/oder emotional, eine praxeologische Relevanz auf dem psychotherapeutischen Weg zum vertieften Verständnis des Patienten gefunden hätte (z. B. als projektive Identifizierung). Diese Ergebnisse lassen Zweifel an Lowens Konzept der Freude aufkommen. Hier „stimmt“ etwas nicht! Eine anderenorts ausführlich dargestellte Kritik verweist auf verlaufs- und beziehungsanalytische Unklarheiten (Geißler, 1995; Heisterkamp, 2004).

3. Freuden des psychotherapeutischen Werkes

Die Grundgestalt einer tiefenpsychologisch orientierten psychotherapeutischen Praxis lässt sich auf den Kernbegriff einer Mit-Bewegung bringen. Der Psychotherapeut begleitet den Patienten und schwingt mit seinen Lebens- oder Selbstbewegungen mit. Die Fuge zwischen „Mit“ und „Bewegung“ hat eine vierfache Bedeutung: Sie meint das Bemühen des Psychothera-

peuten, sich in den Patienten einzufühlen; seine Fähigkeit, sich selbst wahrzunehmen und zu spüren; die Kompetenz, zwischen beiden Wahrnehmungen unterscheiden zu können, sowie die Kunst, das eigene Erleben psychotherapeutisch zu transformieren. In einer so verstandenen Form psychotherapeutischer Behandlung lassen sich verschiedene Quellen freudiger Erfahrungen ausmachen.

3.1 Strukturelle Ähnlichkeit zwischen Witz und Neurose

Mit-Bewegung bedeutet, dass sich der Psychotherapeut auf die paradoxe Wirklichkeit des Seelischen einlässt, dessen einzige Konstanz im Wandel besteht. Seit Freud, Adler und Jung wissen wir, dass in jedem Witz „sprungbereit“ der Schatten einer ganz anderen, oft gegensätzlichen oder verpönten Bedeutung liegt. In dieser Kipp- oder Drehfigur seelischer Verwandlung lässt sich eine strukturelle Ähnlichkeit zwischen Witz und Neurose feststellen. Zur Veranschaulichung greife ich auf einen Witz aus dem unterhaltsamen Buch von Kirchmayr (2009, S. 23), „Rettet die Purzelbäume“, zurück:

„Ein älteres unverheiratetes Kindermädchen erzählt ihrem kleinen Zögling: ‚Stell dir vor, Franzi, wie ich gestern spät abends von dir weggehe, stehe beim Haus ein verdächtig aussehender junger Mann. Oh, wie ich gelaufen bin!‘ – Da fragt Franzi neugierig: ‚Na und – hast du ihn auch erwischt?‘“

Ohne eine präzisierende Vorsilbe ist der Begriff des Laufens aus verschiedenen Bezugssystemen heraus zu betrachten. Die Zofe spricht aus dem der Bedrohung und das Kind fragt aus dem des Begehrens. Die Rede Adlers von einer „Kunstform“ der Neurose (Adler, 1927/1982) lässt sich noch im Sinne seiner morphologischen Konzeption erläutern, nach der das Leben nur aus der Bewegung erfasst werden kann. Diesbezüglich macht Salber (1973, S. 25 ff.) auf den generellen „Witz des Seelischen“ aufmerksam. Da das Seelische nicht stehen bleiben kann, sondern sich ständig bildet und umbildet, ist die Wandlung ein Grundzug des Seelischen überhaupt. Deswegen kann dieses Phänomen auch kunstvoll, wie im Witz oder der Neu-

rose, zugespitzt sein, sodass der Übergang von der einen Bedeutung zu einer anderen (wie beim Erzählen eines Witzes oder der Entdeckung einer Neurose) kipparig erfolgt. Es entsteht im Erleben ein pointierter Dreh- und Wendepunkt zwischen den verschiedenen Bezugssystemen. Das ließe sich bereits an den noch recht formalen Kippfiguren der Wahrnehmungspsychologie zeigen.

Es ist sinnvoll, zwischen der allgemeinspsychologischen Frage, wie die Phänomene des Witzes generell zu fassen sind, und der charakterologischen Frage, in welchen Wirkungszusammenhängen diese allgemeinspsychologische Funktionsweise therapeutisch wirksam werden kann, zu trennen. Der Witzeffekt ist nämlich nicht identisch mit dem Psychotherapieeffekt. In psychotherapeutischen Behandlungen gewinnt das Lachen sehr häufig eine Abwehr- oder Sicherungsfunktion. Wir wissen alle, dass es die verschiedensten Formen des Lachens gibt, in denen sich entsprechende Formen der Konfliktabwehr bzw. der Selbstsicherung ausdrücken. Man kann eine Psychotherapie nicht einfach so „machen“, wie man einen Witz erzählt und ziemlich sicher mit dem Witz- und Lacheffekt rechnen kann. Demgegenüber ereignen sich die humorvollen und witzigen Therapiesituationen erst aktualgenetisch und wirkungsanalytisch aus dem Übertragungs- und Verlaufsgeschehen einer Behandlung. In diesem Zusammenhang ist auch die Auffassung Freuds einzufügen, der den Witz aus der Ersparnis des Verdrängungsaufwandes herleitet (Freud, 1905/1999). Dabei richtet er seine Aufmerksamkeit besonders auf verpönte Tendenzen, deren Verdrängung einer erhöhten Energie bedarf.

3.2 Freude ist das Gefühl des Neubeginns

Die paradoxe „Verwandlungswirklichkeit“ (Salber, 1993) ist der Gegenstand der Psychologie. Hier finden Freude und Leid, Hoffnung und Angst ihren psychologischen Ort. Freude und Angst haben eine komplementäre Bedeutung zueinander. Während die Angst unmittelbar die Strukturierungsnotwendigkeit des Seelischen ausdrückt, durchströmt die Freude alle *gelingenden* Strukturierungen und Umstrukturierungen. Der psychologische Ort der Freude liegt

im Drehpunkt seelischer Verwandlung, in dem sich der Spielraum seelischer Selbstartikulation und die Möglichkeit der Selbststeuerung erweitern. Freude ist das Gefühl des Neubeginns, der Selbsterneuerung, der Wiederbelebung, der Weiterentwicklung, wie man mit Bezug auf Freud, Adler, Balint, Kohut, Anna Freud und Winnicott hervorheben könnte. Wir begleiten unsere Patienten auf dem Weg der Selbstwerdung und Selbstfindung bzw. werden – in den günstig verlaufenden Fällen – Zeuge und Mit-Beweger dieser freudigen Metamorphosen.

Im freudigen Lachen zeigt sich eine „offensive Kraft, welche die vitalsten Affekte entbindet, denn der Lachende überlässt seinen Körper sich selbst und verzichtet auf Kontrolle“ (Titze & Kühn, 2010, S. 31). Das Lachen knüpft an den basalen Strukturen des Selbst an, die Stern (1998) als „Vitalitätskonturen“ bezeichnet. Vitalitätskonturen reichen bis in die früheste Zeit des auftauchenden Selbstempfindens und des Kernselbsterlebens zurück. „Für den Säugling ist das Erleben von Vitalitätsaffekten wahrscheinlich ein wichtiger und sein Selbsterleben entscheidend strukturierender Teil der Selbsterfahrung“ (Geißler, 2002, S. 47). Ihr hedonischer Tonus legt nahe, dass hier auch die Quelle der Lebensfreude und der Lebenslust zu finden ist. Während der Arbeit an den basalen Formen der Selbstbewegung und der Selbstregulierung taucht wie „selbstverständlich“ auch die ertümlichste Form der Spiegelung wieder auf: die Freude, die *Selbstfreude* über das eigene Sein und die Freude an und mit den anderen (Heisterkamp, 2000, 2003, 2007a, 2007b). Behandlungsmethodisch ist bedeutsam, dass die Freude als Primäraffekt einen regredienten bzw. strukturellen Tiefgang hat und unmittelbar bezogen ist auf die frühen Wirklichkeiten der Selbstwerdung, insbesondere auf das Kernselbsterleben.

3.3 Existenzielle Resonanz

Die von Patienten und Psychotherapeuten geteilte Freude ist eine doppelte Freude, in der sich beide wechselseitig und froh in ihrer Existenz spiegeln und bestätigen. Auch der Patient wird im mittleren und fortgeschrittenen Stadium seiner Analyse nicht nur seine Entwicklungsfreude leben

und sich in der *Mitfreude* seines Psychotherapeuten erwärmen, sondern seinerseits mit der *Werkfreude* des Psychotherapeuten mitschwingen, also seinerseits dessen Selbstobjektbedürfnisse spiegeln. Diese „Befriedigung“ des Psychotherapeuten bleibt dabei im therapeutischen Rahmen, insofern sie sich auf den Behandlungserfolg bezieht. Eine derartige Überkreuzidentifizierung in der Freude ist ein schönes Beispiel für die wechselseitige Anerkennung des anderen auf der Grundlage einer gemeinsam geteilten Wirklichkeit. Bezogensein und Einzigsein sind in angenehmer Weise realisiert. In paradoxer Weise fordern und fördern sich diese Modi wechselseitig. Je mehr das Eigene in der gemeinsamen Freude gelebt werden kann, desto deutlicher treten auch das Gemeinsame sowie das Verschiedene hervor (Benjamin, 1993, S. 52 ff.; Petra Heisterkamp, 1996, 135 ff.).

Die Formulierung von der „geteilten Freude“ und von der „doppelten Freude“ bleibt noch in einem dualen System, wie letztlich auch der Begriff der Intersubjektivität. Ich spreche hier lieber von einer Wirkungseinheit, in der über das dialektische Wirkungsgeschehen etwas entsteht, das mehr ist als die Summe der isolierten Aktionen und Reaktionen der Beteiligten. Beide schaffen ein transpersonales Feld, dem eine eigene Wirksamkeit erwächst. Patient und Psychotherapeut feiern gewissermaßen ein psychologisches Geburtstagsfest miteinander, und die unmittelbare Teilhabe daran ist *sui generis* ein gesundes oder heilsames Geschehen. Es ist eine Hymne auf das Schöpferische des Seelischen, auf das Apriori seelischer Selbstbehandlung.

3.4 Anregungen der Selbstbehandlung

Der Psychotherapeut lässt sich in die seelische Wirklichkeit des Patienten einbeziehen, gleichzeitig sind die Form, in der er verwendet wird und sich verwenden lässt, und die Wirkungseinheit, die sich schließlich ergibt, auch bedeutsam für ihn selbst. So gelangt der Psychotherapeut in Szenen, die auch eigene, eventuell unerledigte Komplexe wieder beleben können. In seiner permanenten Beteiligung liegen die Gefahren, aber auch die Möglichkeiten einer tiefenpsychologisch orientierten Psy-

chotherapie. Im selben Maße, wie der Psychotherapeut im „Feuer“ oder im „Eis“ von Übertragung und Gegenübertragung umkommen kann, birgt das intersubjektive Geschehen auch für ihn eine Fülle von Konstellationen, die Modellsituationen seiner eigenen Entwicklung darstellen. So erspürt er durch die Anregungen oder Herausforderungen des Patienten immer neue Selbstzustände, die nach einer erfolgreichen Bearbeitung als Ressourcen in das Selbst integriert werden können. Dem Meer unseres Unbewussten gewinnen wir immer wieder neue Kulturen seelischen Existierens ab. Die Voraussetzung dieser Entwicklungen besteht darin, dass es dem Patienten mit der kompetenten Hilfe des Psychotherapeuten gelingt, die anfänglichen *Benötigungen* (Verwicklungen) umzuwandeln in Wirkungseinheiten des Mitseins und des Gegenüberseins (Entwicklungen). Dabei behandelt der Psychotherapeut sich auch selbst.

Das geschieht nicht nur nachträglich (zum Beispiel durch Reflexion oder Supervision), sondern *unmittelbar*, indem er sich zu seinem Patienten so verhält, wie er sich verhält. Die Wandlung vollzieht sich im unmittelbaren Geschehen, *indem* er sich in eine Szene mit dem Patienten einbeziehen lässt und sich so verhält, dass die Selbststörung des Patienten nicht weiter verfestigt bzw. der daraus resultierende Konflikt nicht erneut abgewehrt, sondern bereits in der unmittelbaren therapeutischen Reaktion behandelt wird.

In seiner therapeutischen Mit-Bewegung mit der Individuation des Patienten feiert der Psychotherapeut die gelungenen Lösungen aus verstrickten Beziehungen und die Kreation neuer Formen des Selbstseins und Bezogenseins immer mit. Der Neubeginn des Patienten stellt mehr oder weniger bewusst auch ein Erinnerungs- und Erntedankfest des Psychotherapeuten hinsichtlich eigener gelungener Verwandlungen dar. Die Selbstbehandlung oder Selbstorganisation ist als Strukturierungsnotwendigkeit des Seelischen sowohl beim Patienten als auch beim Psychotherapeuten ein lebenslanger Prozess und permanent am Werke. Ebenso wie Wiederholungen der originären Leidsituationen drohen, bergen die Wirkungszusammen-

hänge auch immer wieder Chancen für kreative Wandlungen. Unsere therapeutische Kompetenz besteht im Wesentlichen darin, unsere eigenen, durch den Patienten evozierten oder induzierten Selbstbewegungen zu erspüren und kreativ in therapeutische Interventionen umzuwandeln. Auch wenn das Selbsterleben des Psychotherapeuten bei der Arbeit keinen Selbstzweck hat – unser Beruf setzt ein kontinuierliches Gewahren unserer selbst und eine kontinuierliche Selbstanalyse und Selbstbehandlung voraus. Welcher andere Beruf bietet diese grundlegende Herausforderung zum authentischen Existieren?

3.5 Erfahrung eigener Tüchtigkeit

Der Psychotherapeut erfährt sich in der Behandlung, in der Kunst der psychotherapeutischen Mit-Bewegung oft als hilfreich, wirksam, kompetent und kreativ. Bei dieser Arbeit macht er immer wieder überraschende neue Entdeckungen im Kosmos des Seelischen, die ihn selbst bereichern, seine therapeutische Erfahrung vertiefen und die Neugier auf künftige Entdeckungen erhöhen. All das fördert die Wirkfreude des Psychotherapeuten und er entwickelt einen Stolz auf seine Kompetenz. Die eigene Lebensfreude und das eigene Lebensglück des Psychotherapeuten bilden den atmosphärischen Kontext der psychotherapeutischen Behandlung. Oft begleitet diese Stimmung den therapeutischen Prozess und gibt dem Psychotherapeuten die notwendige Hoffnung, dass seine Patienten aus ihren Sackgassen wieder herausfinden. Das ist vergleichbar mit der Haltung zuversichtlicher, froher oder gar glücklicher Eltern, die aus ihrer reifen Position heraus ihre Kinder ermutigend durch ihre Entwicklungskrisen begleiten. Dabei vermitteln sie aufgrund ihrer eigenen Reife ihren Kindern die Hoffnung, dass sie die jeweils anstehenden Probleme meistern werden und dass ihre Anstrengungen ihnen neue Bewegungsspielräume und neue Freuden versprechen. Ich glaube, dass wir uns noch nicht näherungsweise vorstellen können, wie hilfreich eine heitere, glückliche und hoffnungsvolle Grundstimmung des Psychotherapeuten für den Patienten ist – und zwar jenseits aller Kompetenz, ja sogar trotz möglicher unpassender Interventionstechniken.

4. Ein Wendepunkt in der Behandlung

In dem folgenden Beispiel lassen sich die oben beschriebenen freudigen Momente verstehender Mit-Bewegung wiederfinden:

Etwa zehn Minuten vor einer Gruppensitzung kommt ein Patient zu mir und bittet mich darum, mich etwas fragen zu dürfen. In der Erwartung einer formalen Frage bin ich sehr verblüfft darüber, was er von mir wissen will, nämlich, welcher Kategorie ich ihn nach dem ICD-10-Schema zuordnen würde. Da mir derartige vor- und nachgruppalen Kontakte geläufig sind, schlage ich ihm vor, diese Frage in der Gruppe zu stellen, und für sein vorläufiges Verständnis füge ich hinzu, dass nach meiner Erfahrung solche Fragen meistens sehr bedeutsam seien und ich sie deswegen auch gerne in die therapeutische Arbeit einbeziehen möchte. Etwas verwundert geht er darauf ein.

Er eröffnet die Gruppensitzung dann mit dem Hinweis, dass er zwei Fragen habe, eine an die Gruppe und eine an mich, die er vor der Gruppe schon an mich gerichtet habe. Nach einer kurzen Pause äußert er die Vermutung, dass diese beiden Fragen möglicherweise zusammenhängen. Die erste Frage an die Gruppe beziehe sich auf einen Satz von mir aus der letzten Sitzung, an den er sich partout nicht mehr erinnern könne und der ihm für seine nachträglichen Protokolle fehle. Einigen Gruppenmitgliedern fällt auf, was ihm auch einleuchtet, dass er sich eher auf eine kognitiv-distanzierte Weise zu „verstehen“ versuche und dass dieses kontrollierte und erlebenseferne Bemühen ihn offenbar wenig weiterbringe. Er fährt dann fort mit der Frage, die er bereits an mich gerichtet hatte, nämlich, wie ich ihn nach dem ICD-10-Code einordnen würde. Erneut kommen aus der Gruppe Rückmeldungen, wie er sich hier ebenfalls von diesen formalen Einordnungen her selbst besser zu finden versuche. Er wirkt verblüfft über den ähnlichen strukturellen Hintergrund seiner Anliegen.

Ich bin erschreckt über das Maß seiner Selbstentfremdung. Da er seinen fragenden Blick nicht von mir wendet, merke ich,

dass das Problem mit der bisherigen Deutung für ihn noch nicht tiefgehend erfasst ist. Ich frage ihn deswegen nach seinen momentanen Gefühlen. Er antwortet, dass er sich hilflos und von mir im Stich gelassen fühle. Ich frage ihn, ob der Kernsatz „Nun hilf mir doch!“ für ihn passen würde, was er bejaht. Ich mache ihm das Angebot, mich bei den Schultern zu fassen mit den Worten „Nun hilf mir doch!“ und mich dabei zu schütteln.

Meine therapeutische Einstellung bei diesem Angebot ist zweifacher Art. Zum einen bin ich davon überzeugt, dass für das Unbewusste meines Patienten ein übertragungs- und regressionsanaloger Anhalt hilfreich ist, um die unbewussten oder impliziten Bedeutungen herauszubilden. Zum anderen weiß ich nicht, was sich in der bevorstehenden Inszenierung ergibt, bin jedoch offen dafür, was sich zwischen dem Patienten und mir wohl ereignen wird. Wohl gemerkt, ich stelle mich nicht wie bei der Anwendung einer therapeutischen Technik auf den Standpunkt eines scheinbar Unwissenden, sondern ich bin es realiter. Ich halte mich also offen für die Szene, die der Patient mit mir gestalten wird:

Er möchte also die vorgeschlagene Inszenierung ausprobieren. Er fängt an, mich zu schütteln, und sagt dabei: „Hilf mir doch!“ Seine Stimme wird schnell immer leiser. Er klingt immer hilfloser. Das Spiel kommt quasi zum Stillstand. Ich frage ihn, ob er irgendeinen Impuls verspürt habe. Ja, sein Impuls sei gewesen, den Text zu verändern in „Nimm mich in den Arm“.

Wir setzen das Spiel fort und er wechselt zu der neuen Aufforderung. Ich antworte darauf, indem ich ihn tatsächlich in den Arm nehme. Es kommt zu einer kräftigen und wohligen Umarmung. Nach einiger Zeit fange ich an zu lächeln, was in ein herzhaftes Lachen übergeht. Er stimmt bald mit ein und ist dann, wie die Gruppe auch, gespannt darauf zu erfahren, wieso ich angefangen habe zu lachen. Ich gestehe, dass mir ein Witz eingefallen bzw. mir deutlich geworden sei, wie witzig das Seelische ist: Ob er lieber in das ICD-Schema eingeordnet oder lieber in den Arm genommen werden möchte!? Er und die Gruppe müssen hier, wie ich, lachen.

Mir war nämlich die plötzliche Kippbewegung von einem Bedeutungssystem (Diagnoseschlüssel) in ein anderes (Umrüstung) aufgefallen. Die Diskrepanz zwischen den beiden Bedeutungen wurde dann noch einmal besonders markiert, als das hochtheoretische Konstrukt der 10. Revision des ICD, also der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ der Weltgesundheitsorganisation dem basalen, sich in der abgehobenen Frage ausdrückenden Zärtlichkeitsbedürfnis gegenübergestellt wurde.

Diese kippartige Umstrukturierung nachzuvollziehen bereitet ihm, der Gruppe und mir viel Spaß. Hierbei handelt es sich um ein typisches Aha-Erlebnis, wie es bei plötzlichen Einsichten zu beobachten ist. Bei der nachträglichen Besprechung stellt er fest, dass er sich zuerst tief traurig erlebt habe und der Wechsel der Stimmung ihm anfangs unvorstellbar gewesen wäre. Er habe wohl einen ziemlich depressiven Charakter. Er selbst fühle sich zwar überrascht von meinem Lachen, sei jedoch erstaunt und erleichtert gewesen und nicht irritiert oder gar enttäuscht.

Das Witzige des Kipppunktes steht in diesem Beispiel im Dienste eines psychologischen Verstehens, erwächst aus dem Therapieprozess und pointiert den sprin-

genden Punkt einer Behandlungssituation. Der Patient hat über den Witz den Wechsel von einem System zum anderen operativ verstanden – nämlich von dem Wunsch nach einer kognitiven Diagnose zu dem abgewehrten Bedürfnis nach Zärtlichkeit. Darüber werden seine Tränen und sein Schmerz zugänglich. Seine Trauer berührt mich tiefer als jeder Kontakt mit ihm bisher. In dem Schmerz über seine Verlorenheit kann er sich von mir gehalten fühlen. Gleichzeitig erlebt er eine neue trianguläre Form von Bezogenheit (er, Therapeut, Gruppe), die mit ihm zu entwickeln seine primären Bezugspersonen nicht in der Lage waren. Dass aus der vierköpfigen Familie nach den Suiziden seines Vaters und seines Bruders nur seine Mutter und er übrig blieben, ist ein schauerliches Bild für die präödpale Gebundenheit seiner Eltern. Über unsere handelnde Inszenierung werden ihm auch die Erfahrungen mit seinem Vater als entwicklungspsychologische Ressource zugänglich. Als unbewusste Bestätigung berichtet er zwei ihm angenehme Kindheitserinnerungen, in denen es um einen haltenden Kontakt mit seinem Vater ging, den er mit fünf Jahren plötzlich verloren hatte, als dieser – in den Worten des Patienten – „im Rhein umgekommen“ war. Ich selbst merke in dem Verlauf meiner Gegenübertragungen viele basale Andeutungen für den weiteren psychotherapeutischen Prozess. Mir fallen selbst

eigene freudige Kindheitserinnerungen ein, die ich im Laufe vielfältiger Analysen und Selbstbehandlungen den Dämonen meiner eigenen Vergangenheit, um ein Bild von Loewald (1986) aufzugreifen, abgerungen habe. Sie entsprechen den hoffnungsvollen Einstellungen hinlänglich gesunder Eltern.

Literatur

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



Prof. Dr. Günter Heisterkamp

Stolsheide 5
40883 Ratingen
guenter.heisterkamp@gmx.de

Zur Diskussion

Kommentare zu Giovanni Maios Artikel im Psychotherapeutenjournal 2/2011: Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie

Psychotherapeuten sind keine auswechselbaren Dienstleister

Renate Feistner

Sehr geehrter Herr Professor Dr. Maio,

vielen Dank für Ihren hervorragenden Beitrag über die Grundidentität der Psychotherapie, ich kann jeden Ihrer Sätze bejahen.

Psychotherapeuten sind tatsächlich keine auswechselbaren Dienstleister.

Das „Handwerk“ der Psychotherapie kann erlernt werden, die Ausübung ist jedoch

eine Kunst. Leitlinien helfen da auch nicht weiter. Patienten sind einzigartige Menschen, Psychotherapeuten auch. Der Patient erwartet in erster Linie Verständnis, Akzeptanz und vertrauenswürdige Kompetenz. Die therapeutische Beziehung ist der wichtigste Wirkfaktor in der Psychotherapie, nicht die Methode.

Die Freiheit, noch echte Psychotherapie in dem von Ihnen beschriebenen Sinn auszuüben, ist schon lange eingeschränkt

durch vielfache Vorschriften, zu beantragende Zeitkontingente (einschließlich Gutachterbeurteilungen nach Aktenlage), Standardisierung und Modularisierung der Behandlungsformen.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Renate Feistner

Psychologische Psychotherapeutin
renate.feistner@t-online.de

Der Verzicht darauf, für die „Ware“ eins zu eins Geld zu erwarten, gehört dazu

Marianne Hegenscheidt

Routinemäßig schlug ich das Heft auf – und wurde von dem Artikel von Prof. G. Maio völlig überrascht. Seit Jahren habe ich nicht so einen wohlthuenden Fachartikel gelesen. Und es freute mich sehr, dass der Redaktionsbeirat diesen offensichtlich mit viel Zustimmung hineingenommen hat.

Danke. Balsam für meine Psychotherapeutenseele. Ein Echo meiner unausgesprochenen Worte. Es ist alles wahr – und das spüren offensichtlich nicht nur ein paar Psychotherapeutenfreunde und ich, sondern natürlich auch die Patienten.

Es ist gut und notwendig, dass das so ausgesprochen wird und dass es da einfach so steht. Das allein hat Wirkung.

Aber wie ist das ansonsten – handelnd – zu lösen? Gegenwärtig offensichtlich auch nur individuell. Ich „löse“ das durch Minimierung der Einhaltung der Qualitätsmanagementanforderungen und Maximierung der Qualität der individuellen psychotherapeutischen Beziehung im Sinne Maios. Ganz einfach ist das nicht.

Immerhin weiß ich mich mit jetzt 69 Jahren auch in einer komfortableren Lage als in früheren Zeiten. Mit einem halben Kassensitz und Lust und Zeit für einige zusätzliche E-Mails oder für das Durchlesen längerer persönlicher Texte sowie für Telefonate oder flexible Termine usw. kann ich meinen Patienten ganz gut gerecht werden. Dazu gehört aber eben auch der

Verzicht darauf, für die „Ware“ eins zu eins Geld zu erwarten. Gedankt wird es mir mit der lebendigen Entwicklung meines Gegenübers.

Manches macht Mut. So wie dieser Artikel. Oder wenn ich einige wenige Unternehmen erlebe, die kooperativ arbeiten ohne dass die Mitarbeitenden – bei Chef oder Chefin angefangen – sich jeden Einsatz bezahlen lassen, die auf diese Weise eine gute Atmosphäre erzeugen, in der jeder dennoch sein gutes Geld verdient.

Marianne Hegenscheidt

marianne.hegenscheidt@web.de

Die Frage der Wirksamkeit von Psychotherapie nicht einfach beiseiteschieben!

Joseph Kuhn

Die Psychotherapie als „Kunst“, deren Gegenstand eine „einzigartige Situation“ des

Patienten ist, die sich „jeder standardisierter Behandlung widersetzt“ und deren Gü-

te davon bestimmt wird, „mit welcher persönlichen Einstellung und Motivation, mit

welchem Geist sie vollzogen wird“ – klarer kann man sich nicht gegen Evidenzbasierung in der Psychotherapie aussprechen. Die Alternative wird mit romantisierenden Begriffen wie Sorge, Vertrauen, Annehmen und „totalem Dienst am Menschen“ (!) umschrieben, möge sich jeder darunter das vorstellen, was er will. Eine solche krude Schwarz-Weiß-Malerei schützt jeden psychotherapeutischen Unsinn, so er nur sanft und verständnisvoll daherkommt. Seit wann verbietet es denn die evidenzbasierte Psy-

chotherapie, sich auf die Patienten einzulassen, ihre Nöte ernst zu nehmen, sich mit ihrer individuellen Situation zu beschäftigen? Wird das nicht eher durch bürokratische Vorgaben der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen erschwert? Und sollte man solche Dinge nicht besser auseinanderhalten, anstatt Evidenzbasierung, Ökonomisierung, Bürokratisierung, Standardisierung und „naturwissenschaftliche Messbarkeit“ einfach in einen Topf zu werfen? Maios heile Therapeutenwelt hat ihren

Preis: Wer die Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapie so einfach beiseiteschiebt, der nimmt in Kauf, dass Patienten wirksame Hilfe vorenthalten wird, Hauptsache die psychotherapeutische „Haltung“ stimmt. Maios Beitrag ist ein ethisches und intellektuelles Ärgernis!

Dr. Joseph Kuhn

Dachau
josephkuhn@web.de
www.josephkuhn.de

Wirtschaftlichkeitskriterien lassen sich auch für die Psychotherapie nicht völlig ausschalten

Gerald Mackenthun

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Probleme der Entwicklung von professioneller Psychotherapie in Deutschland sind vom Autor treffend dargestellt. Es stellen sich mir jedoch zwei Fragen: Ob der Autor nicht etwas übertrieben hat? Und welche Alternativen gäbe es?

In jeder ernsthaften menschlichen Beziehung schwingt Humanes mit, eine völlige Auflösung des Beziehungscharakters unter ökonomischen Zwängen kann ich mir nicht vorstellen. Der Gestaltungsspielraum der Psychotherapeuten ist doch nach wie vor sehr groß. In die Einzelstunden schaut keine Krankenkasse hinein. Wer sich jedoch derart versklavt und in-

strumentalisiert fühlt, wie vom Autor ausgeführt, sollte sich fragen, ob er in einem anderen Beruf nicht besser aufgehoben wäre.

Und was wäre die Alternative? Ich sehe nur eine: die weitgehende oder vollständige Privatliquidation. Über die Vor- und Nachteile wurde in der Vergangenheit immer wieder gestritten. Schon bei Sigmund Freud spielte Geld in der Patient-Psychotherapeut-Beziehung eine nicht unwichtige Rolle. Selbst in diese zwischenmenschliche Beziehung greift die Ökonomie ein. Freud hatte eine große Familie zu ernähren. Angesichts der Tatsache, dass Psychotherapeuten Therapien anbieten, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, dieses Geld

von der Versichertengemeinschaft stammt und von den Kassen verwaltet wird, scheint mir eine Ausschaltung des Wirtschaftlichkeitskriteriums von Psychotherapie völlig undenkbar. Wer all dies nicht möchte, möge seine Dienste kostenlos anbieten. Auch Seelsorger, erfahrene Großmütter und andere verständnisvolle Personen können beruhigend und hilfreich wirken. Ethik gibt es nicht nur in der kassenfinanzierten Psychotherapie.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Gerald Mackenthun

Berlin
gerald.mackenthun@googlemail.com

Der Psychotherapeut in der Praxis: Mittler zwischen Ethik und Qualitätsmanagement

Petra Nebbe-Lehr

Die These des Autors: In der Psychotherapie werde durch Ökonomisierung, Standardisierung, Objektivierung eine Haltung gezüchtet, die dem Kerngedanken der Psychotherapie als verstehendem, zugewandtem Dienst am Menschen zutiefst widerspricht.

Die Folge dieser Strömung ist, dass wir Psychotherapeuten zu Produktmanagern am Produkt Patient gemacht werden, zu Vermessungsingenieuren der Psyche, zu reinen Entstörungsmechanikern oder auch

zu buckelnden Dienstleistern, die dem Patienten als König Kunde narzisstische Bedürfnisse befriedigen müssen. Das Menschlich-Persönliche zählt nicht mehr, weil nicht messbar. – Fürwahr eine frankensteinsche Horrorvision! In der Tat ist schon das betriebswirtschaftliche Vokabular im Qualitätsmanagement der psychologischen Praxis eine echte Zumutung.

Auch wenn Maios schlüssige Botschaft lautet, den Schwerpunkt bewusst auf

den „ethischen Therapeuten“ zu setzen, kann allein mittels Verstehen, Authentizität, menschlicher Begegnung und Gesprächen über den Sinn des Leidens und Lebens auch allerlei Unfug transportiert werden. Zudem darf Psychotherapie nicht zum Selbstzweck gerinnen. Ein Abgleich des eigenen praktischen Tuns mit vernünftigen „Standards“, ein Hinterfragen und Überprüfen der eigenen professionellen Qualität auch mithilfe des Versuchs „objektiverer Daten“ und eine Orientierung

an überprüften psychotherapeutischen „Techniken“ sollte im Sinne des Patienten ebenfalls in der Verantwortung seines Psychotherapeuten liegen (ohne dass man

sich sogleich zum Erfüllungsgehilfen der marktorientierten Gesundheitsmaschine macht).

Dipl.-Psych. Petra Nebbe-Lehr

Psychologische Psychotherapeutin (VT)
Heimbrunnenstr. 33
70771 Leinfelden-Echterdingen
nebbe-lehr@t-online.de

Gefahr, in Grabenkämpfen zu verharren

Wolfgang Pirlet

In den durchaus zutreffenden Ausführungen von Prof. G. Maio ist die Argumentationskraft für den unvermeidlichen Dialog mit der Realität unseres auch ökonomisch bestimmten Zusammenlebens aus meiner Sicht noch unzureichend. Sein Beitrag erzeugt eher die Gefahr, beiderseits in Grabenkämpfen zu verharren, weil so die verschiedenen Positionen (die des psychotherapeutisch Verpflichteten wie auch die des ökonomisch Verantwortlichen) keine Vermittlung zu finden vermögen. Der von Prof. G. Maio genannte „totale Dienst“ gerät in eine Idealisierung, die nun unvermeidlich das Misstrauen herausfordern wird. Der selbstkritische Blick darf gerade nicht delegiert beziehungsweise an einem ökonomisch bedingten Gesundheitssystem projektiv bekämpft werden. Es ist richtig, wie Prof. G. Maio schreibt: „Das perfektere Funktionieren wird diese Hoffnung des Patienten nicht wirklich befriedigen können“ – aber auch nicht die noch bessere „Persönlichkeit“ des Psychotherapeuten, die bisher in allen fachlichen Konzeptualisierungen über das Gespenst einer „black box“ nicht wesentlich hinausgekommen ist. Die von Prof. G. Maio beschriebene „Verheißung einer guten Psychotherapie“ ist nicht realitätsvermittelt. Der einzelne Mensch und ebenso auch sein eventuelles „Kranksein“ sind nicht isoliert zu betrachten. Es ist vielfach gerade aus

diesem von der Ökonomie beherrschten System mit seinem verdrehten Begriff von Freiheit geboren.

So kommen wir nun aber in das Dilemma, dass ein ökonomisches System diejenigen finanzieren soll, die ihm die Dominanz des Marktgesetzes, aus dem es lebt, gerade streitig macht, und zwar aus Einsicht in fundamentale anthropologische Gesetze (der Beziehungswirklichkeit). Dieses Dilemma gilt es zunächst gerade als ein solches im gemeinsamen Dialog auch zu sehen! Erst dies vermag aus der jeweiligen Fixierung der Positionen herauszulösen und die Problematik dort zu verorten, wo sie ihre Widersprüche je neu generiert: Beim Thema „Vertrauen“.

Dies sei am Beispiel der Programme der „Verlaufskontrolle“ in der Psychotherapie verdeutlicht: Der Ursprung dieser „Kontrolle“ ist gerade beziehungs-dynamisch zu betrachten: Misstrauen. Einerseits wird dem/der Patient/in nicht mehr zugetraut, dass er/sie selbst beurteilen könnte, ob eine Psychotherapie gut oder schlecht verläuft – und hier wird er/sie entmündigt. Zugleich ist aber auch die Verführung sehr groß, gerade in der Entmündigung den so notwendigen kritischen Blick verdeckt zu delegieren bzw. abzuspalten und hierdurch das für den psychotherapeutischen Erfolg

so wesentliche Gleichgewicht zwischen Vertrauen und Kritik in einer psychotherapeutischen Beziehung zu zerstören. Hier wird Gesundheitspolitik, beziehungs-dynamisch betrachtet, invasiv und gewalttätig – und dies wird zugleich mit ökonomischer Rationalisierung verdeckt.

Demgegenüber halte ich es für erforderlich, den Beziehungsbegriff gerade auch wieder in das „gesellschaftliche System“ zurückzuführen. Nur hierdurch sind die von mir auch kritisch betrachteten idealistischen Positionen zur Psychotherapie in ihrem unverzichtbaren Wert förderlich einzubinden. Dies ist nun gerade die Basis, jemandem auch wieder etwas „zuzumuten“, durchaus auch unseren Patient/innen. Anders gesagt: Ich wünsche mir eine vertiefte Reflexion auf das beziehungs-dynamische Geschehen, das sich in den Versuchen einer Gesundheitspolitik mit ihren Kontrollwünschen ausdrückt. Dies wäre durchaus auch ein gesellschaftsförderlicher Beitrag der Psychotherapie.

Dipl.-Psych. Wolfgang Pirlet

PP, KJP, Psychoanalytiker
Memminger Straße 2
88299 Leutkirch
wolfgangpirlet@t-online.de

Wertschätzung individueller Aspekte einer Psychotherapie muss nicht im Gegensatz zu ökonomischen Interessen stehen

Meike Pudlatz

Sehr geehrter Herr Maio, sehr geehrte Redaktion,

vielen Dank für die Veröffentlichung dieses lesens- und vor allem bedenkenswerten Artikels!

Schon als ich den Titel las, habe ich mich bei aller Ernsthaftigkeit des Themas gefreut und würde eine weiter gehende Diskussion der Thematik sehr begrüßen. Für mich reiht sich der Beitrag ein in eine Folge früherer Artikel, wie etwa „Die Aufgabe

der Psychotherapie“ von Hardt/Müller (PTJ 3/2009).

Inhaltlich möchte ich im Wesentlichen zwei Überlegungen beitragen, die mir beim Lesen des Artikels durch den Kopf gingen:

Zunächst fühlte ich mich bei den Ausführungen zu den schwer messbaren, „eigentlichen“ Gütekriterien einer Psychotherapie an die Diskussionen über berufstätige Mütter erinnert. Wurden sie in den Anfängen der zunehmenden Aushäusigkeit noch als „Rabenmütter“ gebrandmarkt, so setzte sich doch zusehends die (auch wissenschaftliche) Erkenntnis durch, dass es mehr auf die Beziehungsqualität zwischen Mutter und Kind ankommt als auf die Quantität gemeinsam (oder nebeneinander) verbrachter Zeit. Dabei benötigt natürlich auch eine noch so hohe Beziehungs-/Bindungsqualität ein Minimum an gemeinsamer Zeit, um sich entfalten zu können. Diese Erkenntnisse ließen sich leicht auf psychotherapeutische Beziehungen übertragen. Über Psychotherapeuten doch häufig – jenseits aller Verfahrensunterschiede – „beelternde Funktionen“ beim Patienten aus und schaffen damit einen individuellen Entwicklungsraum für die (Nach-)Reifung des Patienten. In diesem Zusammenhang ist Authentizität von höchstem Wert und höchster Wirksamkeit und diese wird auch von schwer psychisch Erkrankten – oft sogar von jenen besonders gut – zielsicher erspürt, wodurch

sich psychotherapeutische Türen öffnen (oder andernfalls schließen). In diesem Sinne wirksam zu sein, sollten sich Psychotherapeuten meiner Ansicht nach erlauben und sollte ihnen auch seitens einer Gesundheitspolitik mit etwas mehr Weitblick eingeräumt bzw. erhalten werden. Wenn Psychotherapeuten unter zunehmenden Erfolgsdruck geraten, zugleich aber ihrer wichtigsten Ressourcen (Zeit, Bindung, Vertrauen, Menschlichkeit, Verstehen, ...) beraubt werden, um in besser überprüfbarer Weise wirksam sein zu können bzw. sollen, landen Druck und Frustration schließlich auch beim hilfeschreitenden Patienten. Deswegen Genesungschancen sinken dadurch und das droht teuer zu werden.

Auch der sprachliche Einfluss auf psychotherapeutisches Denken und psychotherapeutische Haltung ist meiner Meinung nach nicht zu unterschätzen. Wenn Psychotherapeuten in einen Zustand kognitiver Dissonanz geraten, indem sie anders handeln, als das Diktat des Marktes ihnen vorgibt, oder aber sich wie Gesundheitsdienstleister benehmen, ohne ihre ethischen Psychotherapie-Ideale aufgegeben

zu haben, laufen auch sie selbst Gefahr, zu erkranken, sich dem Markt gänzlich anzupassen oder „auszusteigen“.

Ich möchte nicht an diesen Punkt kommen und wünsche mir eine Wertschätzung der individuellen und personengebundenen Aspekte einer psychotherapeutischen Behandlung, was meines Erachtens nicht notwendig im Gegensatz zu ökonomischen Interessen steht. Um eine wie von G. Maio dargestellte psychotherapeutische Haltung und holistische Sichtweise auch zukünftig zu stützen, plädiere ich außerdem dafür, der Entwicklung der Psychotherapeutenpersönlichkeit in der Psychotherapieausbildung durch entsprechende Selbsterfahrung und begleitende Supervision mehr Gewicht zu verleihen.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Meike Pudlatz

Psychologische Psychotherapeutin (TP)
Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie
29646 Bispingen
Steinbecker Str. 17
m.pudlatz@web.de

Jammer- und Klageethik ist der falsche Weg

Ralf Pukrop

G. Maio beklagt die Ökonomisierung der Psychotherapie und verknüpft diese Perspektive mit einem kassandrischen Szenario des Untergangs psychotherapeutischer Ideale. Eine derartige paranoid-ängstlich motivierte Jammerethik ist m. E. vollständig abzulehnen.

1. Prozesse seien wichtiger als Inhalte: Als Zeugen der Anklage benennt G. Maio Aristoteles und bemerkt, dass der Sinn und Wert der Psychotherapie bereits in ihr selbst (als Prozess) begründet liege und nicht in der Güte ihres hergestellten Produktes. Psychotherapie an sich hat jedoch überhaupt keinen Wert und Sinn. Es sei nur daran erinnert, dass es bis zu 10,0% der Patienten nach einer Psychotherapie schlechter geht als vor der Psychotherapie. Daher ist eine Ergebnisorientierung selbstverständlich ethisch notwendig.

In seinem romantischen Plädoyer für das nicht Standardisierbare (die „tiefe Therapie“) wird allzu leicht übersehen, dass die ausschließliche Betonung der Einmaligkeit einer Psychotherapie vollständige Intransparenz bedeutet und in der Konsequenz totale Macht für den Psychotherapeuten, der sich in seinem Vorgehen immer auf das Unverwechselbare der psychotherapeutischen Begegnung berufen und damit im Prinzip anarchische Verhältnisse legitimieren kann. Es wäre zutiefst unethisch, die Festlegung von Standards jedem einzelnen Psychotherapeuten zu überlassen.

2. G. Maio mahnt insbesondere das „Diktat der Zeitökonomie“ an: Wir haben in Deutschland jedoch luxuriöse Zustände, was den Faktor Zeit angeht. Durchschnittlich dauert eine Psychotherapie 80 Stunden (in den USA z. B. sind es nur fünf Sitzungen). Damit kann das

Gros der Patienten in einer Atmosphäre der Ruhe und Entschleunigung problemlos erreicht werden. Im Gegenteil, um Wartezeiten abzubauen und mehr bedürftige Patienten zu versorgen, wäre es sogar wünschenswert, diese Stundenzahl deutlich zu reduzieren.

3. Dass die Beziehungsgestaltung mehr zum Gelingen einer Psychotherapie beiträgt als spezifische Methoden, ist eine empirische Tatsache und kein normativ vorzuziehendes Soll (gleichgültig, ob ein Ökonom etwas anderes fordert). Das wäre so, als würde man die physiologische Wirkung eines Antibiotikums infrage stellen, wenn sich das Gesundheitssystem ändert.

4. Eine fordernde Haltung des Patienten im Sinne eines anspruchsvollen Verbrauchers ist m. E. eine prinzipiell sinnvolle Grundhaltung, um dem an sich asymmetrischen (Macht-)Verhält-

nis zwischen Patient und Psychotherapeut etwas Ausgleichendes entgegenzusetzen zu können. Es sollte zu den Kompetenzen eines Psychotherapeuten gehören, bereits in den probatorischen Sitzungen Eigenverantwortung auf- und passives Konsumentenverhalten abzubauen. Dies ist weniger eine ethische Forderung an den Patienten.

5. G. Maio sieht Überprüfbarkeit nur bei der Abgrenzung von Psychotherapie

und „Scharlatanerie“ sinnvoll verortet. Ein ethisches Eigentor: Innerhalb des Etiketts Psychotherapie darf damit jeder machen, was er persönlich für richtig hält!

6. Den Kern der Psychotherapie sieht G. Maio in den Fragen nach dem „Sinn des Lebens, nach dem Sinn des Ganzen“. Kein leidender Patient möchte einen geschwätzigen Philosophen als Psychotherapeuten,

sondern lebensstaugliche Hilfe zur Selbsthilfe.

Dr. Dr. Ralf Pukrop, Dipl.-Psych.

Psychologischer Psychotherapeut
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie/
Universität zu Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln
ralf.pukrop@uk-koeln.de

Vom Wert der Begegnung – eine Replik des Autors

Giovanni Maio

Zunächst möchte ich allen Autorinnen und Autoren der Leserbriefe und den vielen Menschen danken, die mir direkt geschrieben haben. Ich freue mich sehr darüber, dass eine Diskussion entbrannt ist. Gerne gehe ich auf ein paar entstandene Missverständnisse ein. Mein Anliegen ist es, die Verbindungslinien aufzuzeigen, die zwischen Ökonomisierung, Quantifizierung und Standardisierung bestehen. Insofern geht es gerade nicht um ein willkürliches Zusammenwerfen (J. Kuhn), sondern um die Herstellung von Zusammenhängen, die nicht auf den ersten Blick erkennbar sind. Mir geht es auch nicht um eine radikale Ablehnung jeglicher Messbarkeit (R. Pukrop), sondern um die Kritik einer falschen Gewichtung. Eine gute Psychotherapie ruht auf mehreren Säulen, die das Gebäude tragen; es sind dies die Säulen Wissen, Fertigkeit, Verstehen und Kunst. Im Zuge der Ökonomisierung soll die Psychotherapie nun reduziert werden auf Wissen und Fertigkeit. Damit aber stürzt das Gebäude ein. Wittgenstein hat einmal gesagt: „Wir fühlen, dass selbst, wenn alle möglichen wissenschaftlichen Fragen beantwortet sind, unsere Lebensprobleme noch gar nicht berührt sind.“ Und genau darum geht es: Die Probleme des Menschen lassen sich nicht im Labor entde-

cken, nicht in Zahlen ausdrücken und nicht in Leitlinien pressen. Psychotherapie ist kein Verfahren, das sich festhalten lässt in Gebrauchsanweisungen, weil sie eben kein Medikament ist mit einer laborgesicherten Wirkung. Die Wirkung der Psychotherapie ergibt sich vielmehr aus einer guten Interaktion. Und genau das macht die Professionalität der Psychotherapie aus. Daher plädiere ich gerade nicht für eine Deprofessionalisierung (G. Mackenthun), sondern im Gegenteil unterstreiche ich die Professionalität der Psychotherapie, die eben darin besteht, auf dem Boden von Wissen, Fertigkeit, Verstehen und Kunst eine gelingende Interaktion zu realisieren. Und weil der Hilfesuchende in dieser Interaktion zentral beteiligt ist, kann nicht von einer „Anarchie“ (R. Pukrop) gesprochen werden. Hilfe ist nie anarchisch, weil sie eine Antwort ist, die nur auf dem Boden einer Übereinkunft, eines Dialogs gegeben werden kann. Um dem hilfesuchenden Menschen im Dialog gerecht zu werden, bedarf es neben der Ratio vor allem der Intuition, der emotionalen Wärme, des Taktes, der Erfahrung, des Gespürs für das richtige Wort im richtigen Augenblick – all das ist auch Bestandteil der Professionalität. Die Psychotherapie ist kein Verfahren, sondern ein Ereignis, das nicht in dem Ma-

ße planbar und operationalisierbar ist, wie es die Wissenschaft – und die Krankenkasse – gerne hätte. Dies hat jedoch nichts mit Romantik (R. Pukrop) zu tun, sondern ist eine anthropologische Einsicht, die den Unterschied zwischen Menschen und Maschinen in den Mittelpunkt rückt. Heute möchte man die Kreativität eliminieren und Psychotherapeuten eher als Ingenieure für den Menschen ansehen, die ihre Patienten nach Bedienungsanleitung und Manualen durchschleusen, um am Ende ein funktionsfähiges Produkt herauszuwerfen. Das aber ist nicht Psychotherapie. Vielleicht kann ich mein Anliegen mit dem Wort eines Dichters besser verdeutlichen. So ist bei Erich Kästner zu lesen: „In ihren Händen wird aus allem Ware. In ihrer Seele brennt elektrisch Licht. Sie messen auch das Unberechenbare. Was sich nicht zählen lässt, das gibt es nicht.“ Daher plädiere ich nicht für Beliebigkeit (R. Pukrop), sondern für den Wert des Nichtzählbaren – und das ist der Wert der Begegnung.

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A.

Institut für Ethik und Geschichte
der Medizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Stefan-Meier-Straße 26
79104 Freiburg i. Br.

Buchrezensionen

Daiminger, C. (2007). Eine Erfolgsgeschichte mit Differenzen. Zur Geschichte der Professionalisierung der Verhaltenstherapie und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) in der Bundesrepublik Deutschland. Tübingen: DGVT-Verlag. 360 Seiten. 32,00 €.

David Bräuer

Das Buch von Christine Daiminger stellt eine umfangreiche Untersuchung von den ersten Rezeptionen der Verhaltenstherapie in Deutschland in den 1960er-Jahren bis zur Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1998 dar. Anhand von 31 Interviews mit Zeitzeugen und anhand von Quellendokumenten stellt Daiminger bedeutsame Entwicklungen, Start- und Endpunkte sowie Entwicklungs- und Konfliktfelder über diese Zeitspanne dar. Mittels ausführlich begründeter Klassifikations- und Auswertungsschemata werden die Entwicklungen zu drei großen Phasen zusammengefasst, von denen die „Erste Phase“ des Aufbruchs sowie die Richtungsentscheidungen und -konflikte in den 1970er-Jahren schwerpunktmäßig vertieft werden. Die Entwicklung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) sowie deren Beteiligung an inhaltlichen und strukturellen Entscheidungen in den beschriebenen Phasen wird nachgezeichnet.

Daiminger hat recht, wenn sie schreibt, dass der Geschichtsschreibung zur Verhaltenstherapie (VT) nur ein geringes Interesse zuteil wird und sich nur wenige Publikationen – jenseits von Einführungskapiteln in Lehr- und Fachbüchern – mit den historischen Wurzeln der Verhaltenstherapie in Deutschland befassen. Bis dato fehlt eine umfassende und systematische Untersuchung, die Entwicklungslinien, Kernpunkte

und Konflikte der VT sowie die Rolle der assoziierten Organisationen nachzeichnet. Der Ansatz, Quellendokumente der DGVT mit 31 Interviews von Zeitzeugen und „Aktiven“ zu verbinden, ist angemessen und macht „trockene“ historische Fakten für den Leser erfahrbar. In den Interviews gelingt es Daiminger, den Zeitgeist der jeweiligen Phasen abzubilden.

Für welche Zielgruppe das Buch geschrieben ist, ist leider nicht ganz klar zu beantworten. Wenn es die Absicht gewesen ist, die Geschichte der VT in der BRD einem breiten Publikum zugänglich zu machen, wäre es wünschenswert gewesen, Methodenauswahl, -ansatz und -kritik weniger Raum zu lassen und sich bei der Darstellung der Aussagen vom Format geschichtswissenschaftlicher Arbeiten zu lösen. Dies gelingt beispielsweise Peter Fiedler in seinem Buch „Verhaltenstherapie mon amour“ ungleich besser.

Zudem ist die Verbindung der zwei Fragestellungen, also die Etablierung der VT und die Bedeutung der DGVT, als gleichberechtigt nicht zwingend und so scheint die Zusammenführung teilweise bemüht. Eine Konzentration auf jeweils eine Fragestellung wäre in Hinsicht auf die Lesbarkeit sinnvoller gewesen.

Der Beitrag, den Daimingers Untersuchung leistet, ist dennoch beachtlich – als

Konservierung von Zeitzeugenaussagen und umfangreiche Sammlung sowie Systematisierung geschichtlicher Abläufe. Die Fülle und der Gehalt an Informationen sind bemerkenswert und halten nicht nur für jüngere Leser „Aha“-Erlebnisse bereit.

Und auch wenn Daiminger sich nicht gänzlich von der Rolle der „Hofgeschichtsschreiberin“ frei machen kann, so wird ihr Buch sicherlich dazu beitragen, dass geschichtliche Betrachtungen zur VT in Vorlesungen der Klinischen Psychologie und Psychotherapie nicht mehr primär auf Namedropping und Sprachhülsen begrenzt sein werden.

Die eindrücklichen Erfolge bei der Etablierung und Professionalisierung einer Berufsgruppe zeigt Daiminger deutlich auf. Ebenso wie die zum Teil bis heute nachwirkenden Konsequenzen, die Brüche, Zersplitterung und ideologische Grabenkämpfe innerhalb der Psychologenschaft zur Folge hatten. Es bleibt zu wünschen, dass die Gesamtheit der praktizierenden und forschenden Psychologen, der Psychotherapeuten und der Studentenschaft es vor dem beschriebenen Hintergrund in der Zukunft (wieder) schafft, mit einheitlicher(er) Stimme zu sprechen. Die Geschichte zeigt, dass es sich lohnen kann.

*Dipl.-Psych. David Bräuer
Dresden*

Retzlaff, R. (2010). Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta. 288 Seiten. 29,95 €.

Manfred Vogt

„Was hilft Familien mit Kindern, die Behinderungen haben, gesund zu bleiben?“, ist die Frage, der Rüdiger Retzlaff in seinem Buch „Familien-Stärken“ nachgeht. Mit dem Thema Behinderung greift er Fragestellungen auf, die in der deutschsprachigen Literatur zur systemischen Therapie und Beratung bislang wenig Beachtung gefunden haben. Der Autor verbindet Behinderung und die damit einhergehenden Belastungsfaktoren mit dem Konzept von Resilienz und Kohärenz als Ausgangspunkte für die Skizzierung einer systemischen Beratungspraxis für Familien mit behinderten Kindern.

In der Einführung wird der Leser an eine differenzierte Betrachtung zum Begriff der Behinderung sehr informativ für das Thema sensibilisiert und zu einem normalisierenden Perspektivwechsel angeregt. Bei Behinderung denken wir schnell in den Kategorien von Krankheit, Mangel und Defizit, an die damit verbundenen Folgen und die Vorstellung, dass ein Mensch nicht vollwertig am Leben teilhaben kann. Eine systemische Betrachtung zeigt, dass eine Behinderung nicht isoliert als individuelles Merkmal einer Person zu verstehen ist, sondern eine Beziehung zwischen System und Umwelt beschreibt. Diese Beziehungen sind zunächst in der Familie und der erweiterten Lebenswelt beschreibbar. Systemisch betrachtet können Behinderungen als Ausdruck der Vielseitigkeit des Seins gelten. Behinderungen können sowohl als einschränkende Lebensbedingungen als auch „als ubiquitäre Bestandteile des Lebens“ verstanden werden (S. 93). Dieses systemische Verständnis rückt die Familie als Ort der erlebten Einschränkungen und möglichen Förderungen in den Fokus. Die Diagnose Behinderung gilt für Familien als kritisches Lebensereignis, das

enorme Belastungen nach sich zieht und herausfordernde Anpassungsleistungen erfordert. Diese Anpassungsleistungen sind dabei nur zum Teil von dem Schweregrad der Behinderung abhängig. Aus einer systemischen Perspektive hängt der familiäre Umgang mit Behinderungen von drei wesentlichen Aspekten ab:

- den greifbaren Belastungen, die mit „harten Fakten“ wie ökonomischer Status, Familiengröße, anderen zusätzlichen Belastungsmomenten etc. einhergehen,
- der familiären Funktionsweise wie Kommunikations- und Interaktionsformen, Problemlösungskompetenzen und Umgang mit affektiven Prozessen, d. h. den familiären Organisationsprozessen, und
- den familiären Glaubenssystemen und Narrativen im Umgang mit ihren Lebenswelterfahrungen, die hier als „weiche Wirklichkeitskonstruktionen“ verstanden werden. Diese wohltuende sprachliche Ent-Individualisierung und Ent-Pathologisierung von Behinderung ist eine der Kernaussagen des Buches und zeigt die Bedeutung und Kraft von Sprache.

Mit großer Sensibilität beschreibt Retzlaff die Stressfaktoren aus der Sicht der betroffenen Kinder und aus der Sicht der Mütter und Väter. Er zeigt, wie sich das Stresserleben auf die Partnerschaft und auf die Geschwister auswirken kann und was es für Alleinerziehende heißt, mit einem behinderten Kind zu leben. Dabei unterscheidet er zwischen den akuten und chronischen Anpassungsanforderungen.

Der Autor betont die positiven Copingkompetenzen und Resilienzfaktoren betroffener Familien. In der Skizze einzelner

Forschungsarbeiten werden die Bewältigungskompetenzen betroffener Familien herausgearbeitet: Gelingt es Familien, ihre familiäre Organisation transparent, klar strukturiert und kommunikativ zu gestalten, so fördert dies die vorhandenen Resilienzfaktoren wie Flexibilität, Belastbarkeit und Widerstandskraft, sodass die Familien schließlich stark werden.

Im zweiten Teil des Buchs werden theoretische Modelle diskutiert, die für Familien mit behinderten Angehörigen und ihren begleitenden und betreuenden Bezugspersonen bedeutsam sind. Da wird zunächst ein Familien-Stressmodell erläutert, das zeigt, wie akute und chronische Belastungen Ressourcen mobilisieren. Stressreduktion und situationsbezogene Neubewertungen führen zu anhaltenden Adaptionen an aktuelle Lebensumstände. Gut gelingende Anpassungen beruhen auf einem hohen Maß an Resilienz, die im Weiteren als Familienresilienz herausgearbeitet wird. Hierzu zählen Familienprozesse „wie hohe familiäre Kohäsion, Flexibilität, Engagement für die Partnerschaft, die Qualität der Kommunikation, gute Grenzen und Rollenverteilungen sowie familiäre Glaubenssysteme und insbesondere ein Gefühl der Sinnhaftigkeit und Kohärenz“ (S. 112). In Anlehnung an Antonovskys Kohärenzmodell entwickelt Retzlaff den Begriff der Familienkohärenz als „globale Ressource“ (S. 137) und zeigt, wie erlebte Familienkohärenz in einzelnen Untersuchungen empirisch ermittelbar ist. In der psychotherapeutischen Praxis lässt sie sich bevorzugt in den familiären Narrativen, den Erzählungen und Geschichten der Familien und ihrer Mitglieder erfassen.

Im dritten und letzten Abschnitt des Buchs widmet sich der Autor den Aufgaben, He-

rausforderungen und Möglichkeiten, eine für betroffene Familien angepasste systemische Beratungspraxis zu etablieren. Besonderen Wert legt er dabei auf die aufklärende Funktion systemischer Beratung, sodass sowohl die Kinder als auch die Eltern und Geschwister Deutungen und Bezeichnungen finden, wie sie über ihr Thema sprechen können. Informationen über Bewältigungsformen und Förder- und Hilfsmöglichkeiten erweitern die systemischen Methoden der Ziel- und Auftragsklärung und der Ressourcenmobilisierung. Besonderer Aufmerksamkeit kommt dem Umgang mit Schuldgefühlen der Eltern, dem Umgang mit Geschwisterkindern sowie dem „Förderstress“ (S. 193) zu, den Eltern behinderter Kinder oftmals erleben. So wird Eltern einerseits empfohlen, sich auf wiederkehrende Schuldgefühle einzustellen, und andererseits, sich gegen kritische Bemerkungen der Umwelt zu immunisieren. Der Autor schlägt Eltern vor, ein „positives Mantra“ zu praktizieren, wie etwa „Nimm es, wie es kommt“ oder

„Einen Weg gibt es immer“. Die Akzeptanz der Behinderung hilft Eltern schließlich dabei, nicht mehr aus der Angst, Förderchancen zu versäumen, extreme Förderungsanstrengungen zu unternehmen.

Der Autor beschreibt die Aufgaben systemischer Beratungspraxis differenziert in den einzelnen Phasen der akuten, mittleren und langfristigen Anpassungsherausforderung betroffener Familien. Der Abschnitt zur systemischen Beratungspraxis endet mit dem Kapitel „Themen des Beraters“, durch das sich der Leser wohl-tuend selbsterfahrungsbezogen nochmals mit dem Thema Behinderung in Bezug zur eigenen Person reflektieren kann. Das Buch schließt mit einer informativen Liste überregionaler Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen.

Die systemische Betrachtung von Behinderung und ihre möglichen Auswirkungen auf Familien, die Kenntnisse über Formen familiärer Stressbewältigung,

über die Bedeutung von Familienkohärenz und Familienresilienz stellen wichtige Wissens-elemente der systemischen Therapie und Familientherapie dar, die weit über das Thema Behinderung hinaus bedeutsam und wichtig sind. Das Buch ist auch für Praktiker anderer klinischer Anwendungsfelder lesenswert, auch wenn sie in ihrer Praxis nicht unmittelbar mit dem Thema Behinderung konfrontiert sind. Retzlaff ist es mit diesem Buch sehr gut gelungen, ein komplexes und schwierig anmutendes Thema sehr informativ darzustellen und wichtige Zusammenhänge zwischen systemischem Wissen und Theorie, systemisch relevanten Forschungsergebnissen und Forschungspraxis und systemischem Handeln und Selbstreflexion gut lesbar nachzuvollziehen. Ich wünsche dem Buch eine breite Leserschaft, es lohnt sich.

*Dr. Manfred Vogt
Bremen*

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

GKV-Versorgungsstrukturgesetz – ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen?

Am 29.09.2011 wird das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in erster Lesung im Deutschen Bundestag beraten. Erklärtes Ziel der Regierung ist es, mit diesem Gesetz konkrete Verbesserungen der Versorgungssituation zu erreichen. Für psychisch kranke Menschen kann dieses Ziel ohne Veränderungen im parlamentarischen Verfahren nicht erreicht werden. Bisher ist z. B. nicht geplant, die psychotherapeutische Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern. Im Gegenteil: Die Bundesregierung plant, auf der Basis der jetzigen Vorgaben der Bedarfsplanung „Übersorgung“ abzubauen. Da für den Bereich der Psychotherapie die Zahlen der Bedarfsplanung nichts zur realen Versorgungssituation aussagen, steht zu befürchten, dass bereits im ersten Jahr 2.000 Praxissitze aufgekauft werden, obwohl die Patienten flächendeckend monatelang auf einen Behandlungsplatz warten. In den kommenden Jahren sind bis zu 6.000 psychotherapeutische Praxissitze vom Abbau bedroht. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat, um die reale Versorgungssituation für die Politik besser sichtbar zu machen und den völlig unzureichenden Verhältniszahlen der Bedarfsplanung ein Korrektiv gegenüberzustellen, eine Umfrage zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unter ihren Mitgliedern durchgeführt.

Vergebliche Suche nach einem Psychotherapeuten – BPTK-Umfrage zur ambulanten Versorgung

Psychisch kranken Menschen wird in Deutschland eine aufwendige, zeitraubende und häufig vergebliche Suche nach einem niedergelassenen Psychotherapeu-

ten zugemutet. Die Wartezeit auf ein erstes Gespräch bei einem Psychotherapeuten beträgt durchschnittlich drei Monate. Zwischen diesem Erstgespräch und dem Beginn der Behandlung liegen nochmals knapp drei Monate. Die Behandlung beginnt im Schnitt erst knapp sechs Monate nach der Anfrage.

Viele psychisch Kranke geben während der wochenlangen Suche nach einem Psychotherapeuten entmutigt auf und verzichten auf eine Behandlung. Wer nicht warten kann, muss sich notfalls an ein psychiatrisches oder psychosomatisches Krankenhaus wenden, obwohl es besser wäre, erst ambulant und nur bei besonders schweren Krankheitsverläufen un- mittelbar stationär zu behandeln. Unbehandelt entwickeln sich viele psychische Störungen zu chronischen Erkrankungen mit zunehmenden Komplikationen.

Dies sind die zentralen Ergebnisse der Umfrage zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die die BPTK in Kooperation mit den Landespsychotherapeutenkammern

durchgeführt hat. Es wurden insgesamt 18.149 Fragebögen an alle niedergelassenen Psychotherapeuten verschickt. 9.272 Fragebögen wurden zurückgesendet. Der Rücklauf betrug damit sehr gute 51,1 Prozent und verteilte sich ausgewogen auf Städte, Kreise und ländliche Regionen.

Psychotherapeutische Praxen überlaufen

Die psychotherapeutischen Praxen sind bundesweit stark überlaufen. Monatlich fragen durchschnittlich 17,7 Patienten nach einer psychotherapeutischen Behandlung. Die niedergelassenen Psychotherapeuten



Quelle: BPTK 2011

Abbildung 1: Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch (Mittelwerte in Wochen)



Abbildung 2: Anteil der Patienten, die länger als drei Wochen auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch warten

können im Monat 4,2 Erstgespräche anbieten, das heißt, dass nur für knapp jede vierte Anfrage ein psychotherapeutisches Erstgespräch erfolgen kann. In sechs Monaten beginnen pro niedergelassenem Psychotherapeuten durchschnittlich 12,9 Patienten eine Psychotherapie. Das bedeutet, dass nur 51,6 Prozent der Patienten, denen ein Erstgespräch angeboten wird, auch eine Behandlung aufnehmen. Dies widerlegt die Vermutung, dass im Rahmen der ambulanten Psychotherapie zu wenig Vorselektion erfolge.

Unterschiedliche Wartezeiten in den Bundesländern

Deutschlandweit müssen 71,9 Prozent der Patienten aufgrund der Auslastung der psychotherapeutischen Praxen länger als drei Wochen warten. Knapp ein Drittel (31,5 Prozent) muss sogar Wartezeiten von über drei Monaten hinnehmen. Zum Vergleich: Nur drei Prozent der Patienten bei einem Hausarzt warten länger als drei Wochen auf einen Termin, bei Fachärzten etwa 20 Prozent. Die BPTK fordert, dass

die Wartezeit auf ein erstes Gespräch bei einem Psychotherapeuten nicht länger als drei Wochen sein darf.

Die durchschnittlichen Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch fallen in den Regionen Deutschlands unterschiedlich aus. Vor allem in den ostdeutschen Flächenstaaten (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) warten Patienten gut zehn Wochen länger als in den Stadtstaaten (Hamburg, Bremen und Berlin, siehe Abb. 1).

Auch bezüglich der Anteile der psychotherapeutischen Praxen, die Wartezeiten von über drei Wochen berichten, gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern (siehe Abb. 2). Während in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen

oder Berlin fast jeder zweite Psychotherapeut innerhalb von drei Wochen ein Erstgespräch anbieten kann, sind diese Anteile vor allem in den ostdeutschen Bundesländern erheblich geringer. So können in Sachsen-Anhalt nur 13,4 Prozent und in Thüringen sogar nur 10,5 Prozent der Psychotherapeuten innerhalb von drei Wochen ein Erstgespräch anbieten. Die nordwestdeutschen Flächenländer liegen in etwa im Bundesdurchschnitt, Bayern und Baden-Württemberg etwas darunter.

Stadt und Land

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich zumindest teilweise auf Unterschiede zwischen Städten und ländlichen Regionen zurückführen. So warten Menschen in den Städten durchschnittlich 9,3 Wochen, in ländlichen Regionen 15,3 Wochen auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Im Ruhrgebiet, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Sonderregion eingestuft wird, wartet man sogar 17 Wochen (siehe Abb. 3). Städtische und ländliche Regionen unterscheiden sich in der Dichte der psychotherapeutischen Versorgung. So sind in den Stadtstaaten durchschnittlich mehr als 50 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner niedergelassen, während in ländlichen Kreisen nur zehn Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen. Dabei sind die Unterschiede der Auftrenshäufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen den Regionen keineswegs so groß wie die Un-

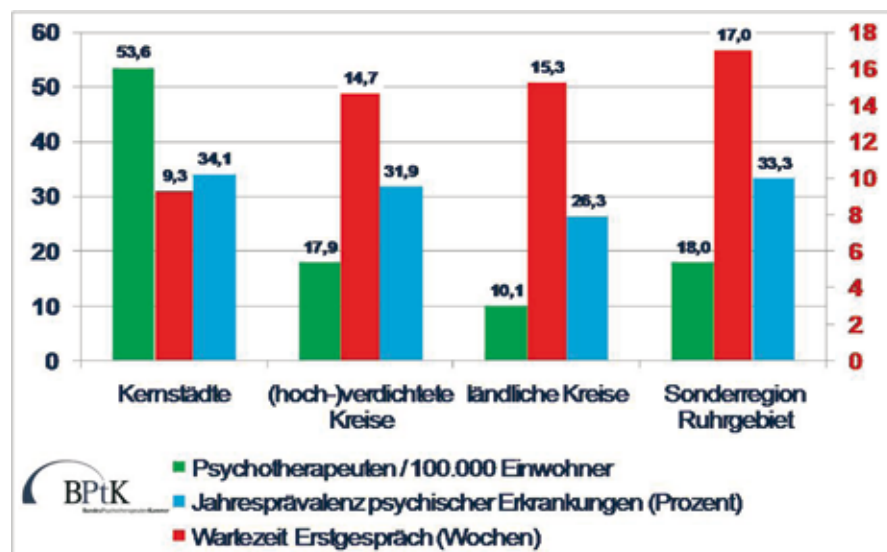
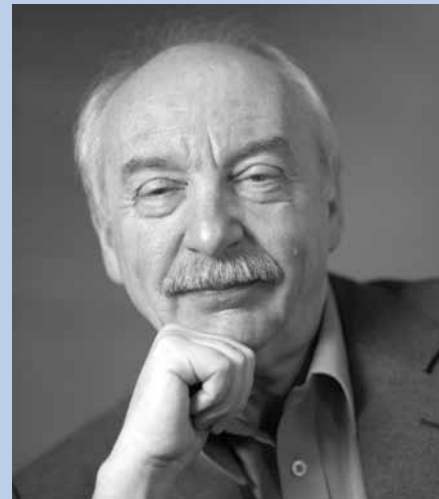


Abbildung 3: Psychische Erkrankungen, Versorgungsdichte und Wartezeiten auf ein Erstgespräch

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer erhält Deutschen Psychologie-Preis 2011

Preisträger des Deutschen Psychologie-Preises 2011 ist Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, Direktor am Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die Christoph-Dornier-Stiftung (CDS) und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) würdigen mit dem mit 20.000 Euro dotierten Preis seine herausragenden Leistungen auf den Gebieten der Entscheidungs- und Risikoforschung, die sich durch hohe praktische Bedeutung auszeichnen.



© MPI für Bildungsforschung, Dietmar Gust

terschiede in der psychotherapeutischen Versorgungsdichte. Während in Großstädten 34 Prozent der Menschen innerhalb von 12 Monaten psychisch erkranken, sind es 31,8 Prozent der Menschen in hochverdichteten Kreisen und 33,3 Prozent im Ruhrgebiet. Allein in ländlichen Regionen ist die Häufigkeit psychischer Erkrankungen etwas niedriger (26 Prozent). Abbildung 3 zeigt die Zusammenstellung der Befunde zur Prävalenz psychischer Erkrankungen, der Dichte der psychotherapeutischen Versorgung und der Wartezeiten auf ein Erstgespräch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Wartelisten vor allem in sehr schlecht versorgten Regionen

Gut die Hälfte (53,6 Prozent) der Psychotherapeuten führt eine Warteliste. Die Analyse der Freitextangaben unserer Erhebung zeigt, dass viele Psychotherapeuten lange Wartelisten für nicht zumutbar bzw. nicht praktikabel halten. Die Psychotherapeuten vergeben freiwerdende Behandlungsplätze an den nächsten Anrufer, weitere Anfragen werden an andere Psychotherapeuten, Psychiater, stationäre Behandlungseinrichtungen oder eine Therapieplatzauskunft weiterverwiesen. Wartelisten

sind in schlecht versorgten Regionen häufiger. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass es in diesen Regionen kaum Möglichkeiten gibt, die Patienten weiterzuverweisen. In ländlichen Regionen bleibt den Psychotherapeuten häufig nichts anderes übrig, als für die vielen Anfragen eine Warteliste zu führen. Diese muss nach vielen Monaten entweder geschlossen werden oder sie wird so absurd lang, dass ein Großteil der Patienten entmutigt aufgibt bzw. eine stationäre Behandlung sucht – auch wenn dies nicht erforderlich gewesen wäre. Die Suche nach einem freien Therapieplatz ist für die Patienten also entweder ein monatelanges Geduldsspiel oder ein unberechenbares Glücksspiel – beides ist inakzeptabel.

Änderungsbedarf im GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Die BPTK wird sich gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern in den nächsten Wochen dafür einsetzen, dass das GKV-VStG im Laufe der parlamentarischen Beratungen weiterentwickelt wird. Dabei geht es um zwei zentrale Forderungen:

- Um kurzfristig eine Verschlechterung der Versorgung zu verhindern, sollte das GKV-VStG vorsehen, dass die Verhältniszahlen anhand des aktuellen Stands der Versorgung neu berechnet werden. Dadurch kann zumindest der drohende Abbau psychotherapeutischer Praxen verhindert werden.
- Ausgehend von den neu berechneten Verhältniszahlen sollten zukünftig Niederlassungsmöglichkeiten nicht mehr anhand der historischen Anzahl von Ärzten und Psychotherapeuten ermittelt werden, sondern anhand der Morbidität, der Prävalenz und der zu einer leitliniengerechten Versorgung notwendigen Anzahl von Ärzten und Psychotherapeuten. Dadurch kann in den derzeit besonders schlecht versorgten Gebieten die dringend erforderliche Verbesserung der Versorgung erreicht werden.

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,

in den letzten Monaten fanden die Gedanken zum Versorgungsstrukturgesetz der Bundesregierung, dass die ambulante Versorgung kranker Menschen, die psychotherapeutische Hilfe suchen, deutlich schlechter werden könne, in der Fachpresse und den Medien viel Beachtung (z. B. www.zdf.de/ZDFmediathek/hauptnavigation/startseite#/beitrag/video/1401136/Zu-wenig-Hilfe-fuer-psychisch-Kranke). Noch vor der Sommerpause wurde der Gesetzesentwurf vom Kabinett verabschiedet und wird derzeit

in den parlamentarischen Gremien diskutiert. Wir alle sind aufgefordert, unsere Möglichkeiten zu nutzen, dass die Bundestagsabgeordneten aller Fraktionen wissen, dass unsere Patienten schon jetzt wegen der unzureichenden Anzahl von Psychotherapiepraxen auch in den formal überversorgten Regionen lange auf ein Erstgespräch und eine Behandlung warten müssen. Deshalb darf die Zahl der Psychotherapiepraxen nicht reduziert werden, auch wenn dies nach der aktuell gültigen Bedarfsplanung möglich wäre und von

Krankenkassenseite gelegentlich gefordert wird. So wird uns dieses Thema auch im Herbst weiter beschäftigen.

Wir würden uns sehr freuen, wenn es uns mit geeinten Kräften gelingen könnte, hier am Gesetzesentwurf noch etwas zu verändern.

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

Landespsychotherapeutentag 2011

Anlässlich des 10-jährigen Bestehens der LPK Baden-Württemberg fand am 9.7.2011 in Stuttgart der 5. Landespsychotherapeutentag statt. Thema war „Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft“. Hierzu konnten namhafte Referenten gewonnen werden, die auf der Basis der aktuellen Forschung Gedanken, Ideen und Visionen zur weiteren Entwicklung der Psychotherapie im Kontext gesamtgesellschaftlicher Prozesse zur Diskussion stellten.

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz eröffnete den Landespsychotherapeutentag und betonte in seiner Rede, dass sich die beiden Berufe des Psychologischen und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den letzten zehn Jahren gut etabliert hätten und auch in allen wichtigen Gremien des Gesundheitswesens ernst genommen würden. Munz kritisierte das geplante GKV-Versorgungsstrukturgesetz, nach dem trotz zunehmender Anzahl

psychisch kranker Menschen und langer Wartezeiten eine erhebliche Zahl von Praxissitzen abgebaut werden könnte. In Baden-Württemberg ginge es dabei um bis zu 900 (von ca. 2.700) Psychotherapeutesitzen in den nächsten Jahren.



Sozialministerin Katrin Altpeter

Sozialministerin Katrin Altpeter sprach das Grußwort der neuen grün-roten Landesregierung. Sie gratulierte der LPK zum 10-jährigen Bestehen und hob zunächst die in dieser Zeit sehr gut verlaufene Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium hervor. „Sie haben die letzten zehn Jahre gut genutzt“, unterstrich Katrin Altpeter, u. a.

„um die berufs- und sozialrechtlichen Rahmbedingungen für Ihre Berufsgruppe mit großer Kompetenz mit zu gestalten“. Die Kammer habe schnell die erforderlichen Strukturen aufgebaut und sei daher zu Recht aus der Landschaft der ärztlichen Körperschaften nicht mehr wegzudenken. Insbesondere dankte die Ministerin der Kammer auch für die aktive Mitwirkung an der Umsetzung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg.

Ministerin Altpeter kritisierte in Bezug auf das Psychotherapeutengesetz (PsychThG), dass dieses die Bologna-Reform nicht nachvollzogen hätte. Sie sicherte zu, mit weiteren Länderkollegen Druck auf die Bundesregierung auszuüben, damit ein Diplom- oder Masterabschluss als Zugangsvoraussetzung für die Psychotherapieausbildung gesetzlich festgeschrieben werde. Obwohl dringender Reformbedarf bestehe, sei zu befürchten, dass dies in dieser Legislaturperiode

nicht mehr realisiert wird. Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung ging die Ministerin auch auf den Entwurf des sogenannten Versorgungsstrukturgesetzes des Bundes ein. Dieses soll am 1.1.2012 in Kraft treten und definiert die bisherige Bedarfsplanung im ambulanten Bereich neu. Wie Frau Altpeter ausführte, sollen die Länder hierbei mehr Einfluss erhalten, und sie betonte, dass ihr „die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung ein großes Anliegen“ sei.

Da jeder zehnte Krankheitstag auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen sei, verwies Altpeter auf die Notwendigkeit, die gesundheitspolitischen Maßnahmen neu auszurichten. Man müsse einen größeren Schwerpunkt auf Prävention und Frühförderung legen und die Lebens- und Arbeitswelt gesundheitsgerechter gestalten. Da die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland einen neuen Rekordwert erreicht hätten (2009: circa 280 Mrd. €), sei auch das Thema der Effektivität und Effizienz einzelner Maßnahmen in den Fokus zu nehmen. Die Ministerin begrüßte sehr, dass die LPK dieses wichtige Thema der Gesundheitsökonomie aufgegriffen habe. Die zunehmende Zahl psychischer Erkrankungen belege dabei auch für die Zukunft die Notwendigkeit einer guten psychotherapeutischen Versorgung, wofür die Politik letztlich die Weichen stellen müsse.

Im ersten Fachbeitrag des Vormittags referierte Prof. Dr. Werner Wittmann (Universität Mannheim) neue Daten zur gesundheitsökonomischen Bedeutung von Psychotherapie. Er stellte die Ergebnisse mehrerer umfangreicher aktueller Studien vor. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, so Wittmann, einen immensen ökonomischen Vorteil, den Psychotherapie mit



Prof. Dr. Wittmann

sich bringt. So liege deren (konservativ) geschätzter Nutzen für jeden investierten Euro zwischen zwei und vier Euro. In einem Projekt konnte gezeigt werden, welche beachtlichen „Opportunitätskosten“, im Sinne von entgangenem Nutzen, durch Nicht- oder Fehlbehandlung entstehen können. Prof. Wittmann betonte, dass die Psychotherapie mit diesen Studien eine Vorreiterrolle im Gesundheitswesen einnehme und kritisierte zugleich, dass andere Maßnahmen aus gemeinsamen Kassen bezahlt würden, für deren Wirksamkeit keine belegte Evidenz bestünde. „Ich hoffe“, so Prof. Wittmann abschließend, „dass die Landesvertreter erkennen, welches Potenzial in solchen Qualitätsbemühungen steckt“.

Im zweiten Vortrag ging Prof. Dr. Dr. Uwe Koch (UKE Hamburg-Eppendorf) auf die aktuelle und künftige psychotherapeutische Versorgung ein.



Prof. Dr. Dr. Koch

Er skizzierte zunächst die Entwicklung der stationären psychotherapeutischen Versorgung. Derzeit würden sich in den drei Versorgungssystemen Psychosomatik, Psychiatrie und Psychosomatische Rehabilitation die Versorgungsangebote überlappen. Weitgehend ungeklärt sei dabei u. a. die Angemessenheit des Umfangs stationärer Behandlungen, die Spezifität der unterschiedlichen Versorgungsangebote (z. B. bzgl. diagnostischem Spektrum, Schweregrad, Chronifizierung) sowie die unterschiedliche Dichte und Qualität der Psychotherapie in psychiatrischen Krankenhäusern. Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch psychologische und ärztliche Psychotherapeuten führte Prof. Koch aus, dass diese v. a. nach Inkrafttreten des PsychThG gut verankert sei. Dabei leisteten die Psychologischen Psychotherapeuten einen Großteil der Versorgung. Deutlich kritisierte Prof. Koch, dass Gruppentherapi-

en trotz nachgewiesener Wirksamkeit und verbesserter Honorierung kaum eingesetzt würden (ca. 1%). Ein weiteres Problem bestehe in den großen regionalen Unterschieden in der Versorgungsdichte. Es bedürfe eines deutlichen Ausbaus der psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Neue Handlungsfelder könnten u. a. im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung körperlich Kranker entstehen. Notwendig seien u. a. auch Bemühungen um Optimierung des PsychThG im Sinne eines einheitlichen Berufsbildes oder der Besserstellung der Psychotherapeuten in Ausbildung.



Sozialministerin Altpeter im Gespräch mit Herrn Dietrich (Kammergeschäftsführer), Herrn Lottermann (Sozialministerium) und Frau Göpel (Vorstandsmitglied)

Nach der Mittagspause, die von den Tagungsteilnehmern für einen regen fachlichen wie persönlichen Austausch genutzt wurde, ging Prof. Dr. Heiner Keupp, Universität München, in seinem Vortrag auf Verwirklichungschancen für Kinder und Jugendliche in einer globalisierten Welt ein.



Prof. Dr. Keupp

Der 2009 vorgelegte 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, den Keupp federführend mit verfasst hatte, habe sich erstmals mit gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen befasst. In seinem Beitrag skizzierte er die Konzeptbausteine des Berichts. Maßnahmen müssten Antworten auf die Fragen beinhalten, in welche Gesellschaft Kinder und Jugendli-

che hineinwachsen und welche Ressourcen sie benötigten, um sich an dieser Gesellschaft aktiv beteiligen zu können. Prof. Keupp hob hervor, wie stark schicht- bzw. einkommensabhängig vor allem die psychische (und somatische) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sei. Zentraler Anspruch aller Angebote müsse deshalb in der Verbesserung der Befähigungsgerechtigkeit und der lebensweltbezogenen Entwicklung der Kinder- und Jugendhilfe sein. Als wesentliche Herausforderungen für die Zukunft nannte Prof. Keupp die Notwendigkeit eines Präventions-, besser Gesundheitsförderungsgesetzes, die Priorität für die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung, die Förderung früher Entwicklungspotenziale von Kindern und Jugendlichen, die Notwendigkeit gesundheitsförderlicher Strukturen und Kooperationen in der Schule, die Überwindung gesellschaftlicher und politischer Ignoranz gegenüber den zunehmenden psychosozialen Problemen von Jugendlichen sowie die Förderung verbindlicher kooperativer Netzwerkstrukturen.

Die beiden letzten Beiträge des Landespsychotherapeutentages 2011 standen unter dem Motto: Psychotherapie in 5, 10 und 20 Jahren: Wie viel Entwicklung ist voraussagbar und wie könnte sie aussehen? Eingeladen hatte die LPK Baden-Württemberg hierzu Prof. Dr. Dr. Horst Kächele (International Psychoanalytic University Berlin) als „Psychodynamiker“ sowie Prof. Dr. Franz Caspar (Universität Bern) als „Integrativen Psychotherapeuten“.

„Nothing is more difficult than to predict the future“, und doch könnten Szenarien vorausgedacht werden. Dies tat Prof. Kächele auf sehr kreative Weise, er entwarf in seinem Vortrag eine Utopie einer vor allem technisch geprägten Psychotherapie. Psychotherapie werde noch mehr eine



Prof. Dr. Dr. Kächele

Domäne der Psychologischen Psychotherapeuten; vielleicht drängten auch andere Sozialberufe in das Gebiet (z. B. in den USA bereits schon viele akademisch qualifizierte Sozialarbeiter). Psychoanalytische Langzeittherapien würden noch seltener als jetzt schon angewandt. Die Nutzung der sogenannten Neuen Medien werde stark zunehmen (Telefon, Skype, Mensch-Maschine-Psychotherapie). Die Unterscheidung von Beratung, Coaching und Psychotherapie werde noch unschärfer werden. Wie werden wir mit der damit einhergehenden Identitätsdiffusion umgehen?

Auch Prof. Caspar betonte eingangs seines Vortrages, dass Blicke in die Zukunft naturgemäß mit einiger Unsicherheit behaftet seien. Nach zwei Dekaden der Konzentration auf die Frage des richtigen Ansatzes und der richtigen Technik werde die Person des Psychotherapeuten nun wieder vermehrt in den Vordergrund gestellt. Dabei sei ein Blick in andere Gebiete der Expertiseentwicklung aufschlussreich: Im Vergleich dazu hätten Psychotherapeuten besonders schlechte Voraussetzungen, um aus der Praxis zu lernen. Prof. Caspar beschäftigte sich u. a. mit der Frage, wie in Zukunft die Ausbildung und die tägliche Praxis zu gestalten seien, wenn Psychotherapeuten zugunsten ihrer Patienten Kompetenz entwickeln, erhalten und stei-

gern wollen. Er schenkte dabei dem Thema Misserfolge und Fehlentwicklungen in der Psychotherapie besondere Beachtung, ebenso wie der Herausforderung einer Diversifizierung des Angebots.

Prof. Caspar resümierte, dass psychische Störungen weiter zunehmen werden und die störungsspezifischen Ansätze an Grenzen stoßen werden. Ebenfalls relativiert würden künftig die RCTs, die nicht mehr länger alleiniger Goldstandard der Psychotherapieforschung sein könnten. Mehr praxisrelevante Forschung sowie auch mehr Forschung zu Misserfolgen in der Therapie seien erforderlich.



Prof. Dr. Caspar

In der anschließenden Podiumsdiskussion ging es vor allem um junge und in Ausbildung befindliche Psychotherapeuten. Die Referenten waren sich größtenteils einig, dass angehende Psychotherapeuten so früh wie möglich mit Patienten arbeiten sollten, um praktische Erfahrungen zu sammeln. Das bringe mehr, als ständig nur über Büchern zu brüten. Sie plädierten dafür, Psychotherapiepraxen an den Hochschulen einzurichten, damit Studenten vor Ort Kontakt zu Patienten hätten und früh ihren eigenen Stil finden könnten. Die dabei erhaltenen Rückmeldungen trügen erheblich zur späteren Professionalisierung bei.

Gespräch der Sozialministerin Katrin Altpeter mit den Präsidenten der Heilberufekammern

Nach einem Brief der Präsidenten der Heilberufekammern an den neuen Ministerpräsidenten Kretschmann hat Sozialministerin Katrin Altpeter die Präsidenten der Ärzte-, Zahnärzte-, Apotheker- und Psychotherapeutenkammer zu einem Gespräch über die aktuelle Gesundheits- und

Sozialpolitik eingeladen. Neben der anstehenden Aktualisierung der Gebührenordnungen nahm die Bedarfsplanung im geplanten Versorgungsstrukturgesetz breiten Raum im Gespräch ein. Begrüßt wurde die stärkere regionale Ausrichtung. Hierzu betonten die Präsidenten der Ärzte- und

der Psychotherapeutenkammer, Dr. Clever und Dr. Munz, dass beide Kammern in die Landesausschüsse einbezogen werden sollten. Die Ministerin interessierte sich zur Frage der Etablierung einer Pflegekammer für die Vor- und Nachteile einer Kammerbildung für diese Berufsgruppe.

Das Gespräch fand in einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre statt. Es wurde vereinbart, dass spezielle Fragen in einzelnen fachspezifischen Gesprächen vertieft werden sollen.



Gespräch der Sozialministerin Altpeter mit den Präsidenten der Heilberufekammern: Dr. Lenke (LZK); Sozialministerin Altpeter; Dr. Munz (LPK); Dr. Hanke (LAK), Dr. Clever (LÄK) (© LÄK, Dr. O. Erens)

Zukunft der Psychotherapeuten in Institutionen/Kliniken – Veranstaltung in Bad Waldsee

Der Vorstand der LPK BW sowie der Ausschuss Psychotherapie in Institutionen hatte am 8. Juni 2011 zu einer halbtägigen Veranstaltung für angestellte Psychotherapeuten in den Städtischen Rehabilitationskliniken in Bad Waldsee eingeladen, die mit über 50 Teilnehmern gut besucht war. Thema war die „Zukunft der Psychotherapeuten in Institutionen“ mit Fokus auf der Struktur- und Prozessqualität stationärer Versorgung und Rahmenbedingungen psychologisch-psychotherapeutischer Arbeit. Die Veranstaltung wurde von Dieter Schmucker und Dr. Roland Straub hervorragend organisiert. Dr. Rüdiger Nübling, Referatsleiter Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit der LPK BW, eröffnete die Veranstaltung mit einem Impulsreferat mit dem Thema „Psychotherapeutische Versorgung in Einrichtungen – ist das Psychotherapeutengesetz in den Kliniken

angekommen?“ Ausgehend von der Epidemiologie psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und den Kosten psychischer Erkrankungen wurde auf der Grundlage einschlägiger Studien zur Effektivität und Wirksamkeit von Psychotherapie das volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Verhältnis hochgerechnet. Demgegenüber wurde kritisch betrachtet, dass in vielen klinischen Arbeitsbereichen der angestellten Psychotherapeuten die KollegInnen immer noch nicht entsprechend ihrer fachlichen Kompetenz auch Leitungsverantwortung einnehmen können. Nübling forderte eine deutliche Steigerung des Stellenwertes von PP und KJP in Kliniken und Krankenhäusern, aber auch in anderen Institutionen, z. B. Beratungsstellen. Dort würden noch lange nicht alle Stellen von approbierten Psychotherapeuten geleitet. Es schloss sich eine sehr engagierte und lange Diskussion an. Den

Vortrag finden Sie unter www.lpk-bw.de → Fachportal → Fachbeiträge → Vorträge aus der LPK → [nuebling_pt_versorgung_bad_waldsee_08062011.pdf](#).

In einem zweiten Impulsreferat ging Dr. Roland Straub auf die Entgeltssystematik (OPS) ein, u. a. zur Frage, wie die Kompetenzen und Leistungen der PP/KJP in den psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäusern derzeit genutzt werden. R. Straub ist Mitglied der Krankenhauskommission der BPtK, die sich fortlaufend mit der Weiterentwicklung und besseren Verankerung der psychotherapeutischen Leistungen von PP und KJP im OPS befasst und dazu konkrete Änderungsvorschläge erarbeitet und einbringt.

Einen ausführlicheren Bericht finden Sie auf der Kammerhomepage sowie im nächsten Newsletter.

Haushaltsabschluss 2010 sowie Haushaltsplan 2011 der LPK BW kann eingesehen werden

Der Jahresabschluss 2010 (nach §28 Abs. 3 der LPK-Hauptsatzung) sowie der Haushaltsplan 2011 (Hauptsatzung §27, Abs. 3) wird für interessierte Mitglieder in

der Zeit von 1. bis 30. November 2011 in der Geschäftsstelle der Kammer, Jägerstr. 40 in 70174 Stuttgart ausgelegt. Falls Sie diese Dokumente einsehen möchten, bit-

ten wir Sie um vorherige telefonische Terminvereinbarung.

Termine

Vertreterversammlungen der LPK-BW

Die nächsten Termine für die Vertreterversammlungen der LPK BW wurden wie folgt festgelegt: Freitag/Samstag, den 21./22.10.2011 sowie Samstag, den 24.03.2012.

Kinder psychisch kranker Eltern – zwischen Belastung und Widerstandskraft

Fachtagung der LPK BW
Samstag, 26.11.2011
Geno-Haus Stuttgart

Geschäftsstelle

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

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

Die PTK Bayern im Gespräch mit Gesundheitsstaatssekretärin Melanie Huml

Kammerpräsident Nikolaus Melcop, Vizepräsident Peter Lehndorfer und Geschäftsführer Alexander Hillers trafen sich am 13.7.2011 im Bayerischen Landtag zu einem fachlichen Austausch mit Melanie Huml, Staatssekretärin im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, zusammen mit weiteren leitenden Beamten des Ministeriums. Auf Vermittlung der PTK Bayern nahm auch Birgit Haller, Vertreterin der Fachschaft Psychologie der LMU München, teil. Die Schwerpunkte des Gesprächs waren die Auswirkungen der Bedarfsplanung nach dem derzeitigen Stand des geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, die Vergütungssituation niedergelassener und angestellter Kolleg/inn/en, die Situation von Kolleg/inn/en in Kliniken, Mitwirkungsrechte bei der Krankenhausplanung, die Studien- und die Ausbildungsreform sowie die Situation der PiA. Huml verwies in Bezug auf die unzureichenden

Zahlen der Bedarfsplanung darauf, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Verhältniszahlen neu zu berechnen habe. Sie unterstützte weiterhin den Einsatz der Kammer für den Master als alleinige Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zur/ zum PP und KJP. Überrascht zeigte sie sich über die mangelhafte Vergütungssituation der PiA in Kliniken. Weitere Themen wie die Versorgung im stationären Bereich rundeten das konstruktive Gespräch ab. Die dringende Bitte von Birgit Haller, an der LMU München die Anzahl der Masterstudienplätze mit Schwerpunkt Klinische Psychologie zu erhöhen, konnte direkt weitergege-



Vizepräsident Peter Lehndorfer (links), Kammerpräsident Nikolaus Melcop und Studentenvertreterin Birgit Haller (rechts) nach dem Gespräch mit Melanie Huml im Bayerischen Landtag. (Foto: Alexander Hillers)

ben werden: Nach dem Austausch fanden die Gesprächsteilnehmer im Landtag Gelegenheit, mit Wissenschaftsminister Dr. Wolfgang Heubisch zu sprechen, der versprach, sich für eine Lösung des Problems einzusetzen.

Anzahl der Masterstudienplätze in Fach Psychologie in München deutlich ausgeweitet

Die Proteste der Studierenden an der LMU München und der Einsatz der PTK Bayern haben sich gelohnt: Die Universität hat Ende Juli 2011 ihre offiziellen Zulassungszahlen veröffentlicht. Danach sind für den Masterstudiengang Psychologie jetzt insgesamt 90 statt 54 Studienplätze vorgesehen, 60 für die Klinische Psycho-

logie. Im Rahmen eines Treffens, das Ende März 2011 in der Geschäftsstelle stattfand, hat Kammerpräsident Nikolaus Melcop mehreren Fachschaftsvertretern Psychologie sowie der Geschäftsführerin der Studierendenvertretung der LMU volle Unterstützung zugesagt. Anlass war die ursprüngliche Kapazitätsberechnung der LMU, die nur 54

Masterplätze in Psychologie berechnete, davon nur 36 in Klinischer Psychologie. Die Kammer vermittelte Gespräche mit Gesundheitspolitikern des Bayerischen Landtags und überstellte Hintergrundinformationen und empirische Daten zum Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen in Bayern.

Informationsveranstaltungen der PTK Bayern für Mitglieder: Großes Interesse in Augsburg und München

Die diesjährige Reihe der Informationsveranstaltungen für Kammermitglieder wurde Anfang und Ende Juli mit den beiden Veranstaltungen in Augsburg und München abgeschlossen. In Augsburg nahmen rund 40 Kammermitglieder teil, in München über 100. Kammerpräsident Nikolaus Melcop informierte über mögliche Risiken und Chancen durch das geplante Versorgungsstrukturgesetz und skizzierte die Forderungen der Psychotherapeut/inn/en und die dazu durchgeführte intensive Lobbyarbeit der Kammer. Auch wenn letztlich nicht alle Forderungen erfüllt würden, sei ein Engagement angesichts der harten Verteilungskämpfe trotzdem sehr wichtig.

Die Vizepräsidenten Bruno Waldvogel und Peter Lehndorfer informierten die Teilnehmer/innen insbesondere über die

Planungen zum Patientenrechtegesetz und Bundeskinderschutzgesetz und deren Bedeutung für Psychotherapeut/inn/en. Weitere Schwerpunkte der Infoveranstaltungen waren u. a. Neuapprobierenumfrage, Studien- und Ausbildungsreform, Psychiatrie, Angestellte, KV-Vertretung und Internet-Psychotherapie. Vonseiten der Kammermitglieder gab es – wie schon bei den Infoveranstaltungen zuvor in Würzburg und Nürnberg – vor allem viele Fragen zu den Themen Bedarfsplanung, Niederlassung und Weiterbildung, die ausführlich diskutiert und beantwortet

wurden. Melcop betonte abschließend die Notwendigkeit der wechselseitigen Ergänzung und eines guten Austausches zwischen Mitgliedern und Vorstand und bedankte sich für die rege Teilnahme.



Kammerpräsident Nikolaus Melcop erläuterte u. a. die Folgen der Bedarfsplanung, wie hier auf der Veranstaltung in München. Ansprechpartner für die Kammermitglieder waren auch die Vizepräsidenten Bruno Waldvogel und Peter Lehndorfer (Tisch hinten, v. l.) (Foto: Johannes Schuster)

„Migration und Psychotherapie“: Besonderheiten der psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung



Die Vizepräsidenten Peter Lehndorfer (links) und Bruno Waldvogel (3. v. r.) mit den Referent/inn/en der Veranstaltung.

Am 1. Juli 2011 fand in München die Fortbildungsveranstaltung „Migration und Psychotherapie“ statt. Die Veranstaltung

wurde von der PTK Bayern gemeinsam mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München und der Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und psychosoziale Beratung organisiert. In den Fachvorträgen und Workshops erhielten die Teilnehmer/innen einen Einblick in verschiedene Aspekte der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund und wurden dazu ermutigt, für diese Patient/inn/en verstärkt psychotherapeutische Behandlungen anzubieten.

In seiner Eröffnung betonte Vizepräsident Peter Lehndorfer, dass Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem Leben um etwa 20 Prozent häufiger an einer psychischen Störung, insbesondere an Depressionen und somatoformen Störungen, im Vergleich zu Einheimischen erkrankten. Es bestehe Bedarf hinsichtlich der Gestaltung der Informationen zum Gesundheitssystem, über Behandlungsmöglichkeiten, der interkulturellen Kompetenz von Gesundheitsberufen und Behörden, der Verfügbarkeit muttersprachlicher Psychotherapie im ambulanten und stationären Sektor und bezüglich spezifischer Behandlungsangebote. Die Vorträge der Referent/inn/en haben wir auf der Website der Kammer in unserer Nachricht vom 13.7.2011 zum Download vorbereitet.

Mitwirkung im Expertenkreis Psychiatrie und in der Arbeitsgruppe Demenz

Das Bayerische Gesundheitsministerium hat einen Expertenkreis Psychiatrie ins Leben gerufen, der am 21.3.2011 zu einer ersten Plenumsitzung zusammen kam. In diesem Expertenkreis ist die PTK Bayern durch Kammerpräsident Nikolaus Melcop vertreten. Bei der ersten Plenumsitzung des Expertenkreises kam es zur Bildung einer „Arbeitsgruppe Demenz“. In dieser AG werden in Unterarbeitsgruppen zu den Themen Prävention, Verbesserung der Koordination und Ausbau niedrigschwelliger

Beratungsangebote sowie Vorschläge zur Verbesserung der Fortbildungsangebote für Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegepersonal und andere an der Versorgung Demenzkranker beteiligte Berufsgruppen Beratungspapiere erstellt, die in den Expertenkreis eingebracht werden sollen. An der Erstellung der Papiere zum ersten und dritten Thema ist die Kammer durch eigene Vertreter direkt beteiligt. Als richtungweisend für präventive Maßnahmen wurden diese Bereiche formuliert: Aufklärung, Ent-

stigmatisierung, Differenzierung von Alter und Demenz; Forcierung von Verhältnisprävention; Empfehlungen für stufenweise Diagnostik; Empfehlungen zur allgemeinen Gesundheitsförderung. Zum dritten Thema wurde inzwischen ein Entwurf für eine Fortbildung „Demenzassoziierte Kompetenz“ erstellt, die drei Bausteine enthalten soll (Demenzkrankungen, Therapieoptionen, Umgang mit den erkrankten Menschen in Klinik und im ambulanten Bereich).

Treffen der Hochschullehrer/innen und Ausbildungsinstitute

Das Treffen der Hochschullehrer/innen fand am 19.5.2011 in der Kammergeschäftsstelle statt. Die Kammer wurde von Präsident Nikolaus Melcop, Vorstandsmitglied Heiner Vogel und Manfred Ruoff, Wissenschaftlicher Referent der PTK Bayern, vertreten. Auf der Agenda standen die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), die Entwicklung der Studiengänge, die zur Psychotherapieausbildung befähigen, die Forschung und Forschungsförderung sowie weitere Themen der Zusammenarbeit der Kammer mit den Hochschulen. Melcop bekräftigte, dass Ziel der Ausbildung nur ein einheitlicher Beruf mit der Bezeichnung „Psychothera-

peut/in“ sein könne. Prof. Angelika Weber, Vertreterin der Hochschullehrer/innen für die Delegiertenversammlung der PTK Bayern, erläuterte die Probleme, die sich in Bezug auf eine geplante Festlegung von Studieninhalten auf Hochschuleite ergeben. Eingehend diskutiert wurde die Frage der Zugangsberechtigung zur Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/en/in. Melcop wies hierzu auf die Notwendigkeit eines akademisch angemessenen Abschlusses mit unverzichtbarem wissenschaftlichem Niveau eigenständiger Anwendung wissenschaftlicher Inhalte (Master) als Eingangsvoraussetzung für die Ausbildung hin. Angelika

Weber wurde bei dem Treffen erneut in die Funktion der satzungsgemäßen Vertreterin der Hochschulen in der Delegiertenversammlung gewählt, Prof. Georg Jungnitzsch, Regensburg, als ihr Stellvertreter.

Am 1.6.2011 fand in der Kammergeschäftsstelle ein Treffen mit Vertretern der Ausbildungsinstitute statt. Die Kammer wurde hier von Vizepräsident Bruno Waldvogel vertreten. Themen waren ebenfalls der aktuelle Stand hinsichtlich der Zugangsstudiengänge zur Ausbildung und die Novellierung des PsychThG. Darüber hinaus diskutierten die Teilnehmer über die Themen „Zusatzqualifizierungen“ und „Weiterbildung“.

Meinungsaustausch der leitenden Psychotherapeut/inn/en in Kliniken mit Kammer

Am 5.7.2011 trafen sich in München die leitenden Psychotherapeut/inn/en und Psycholog/inn/en in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken mit Kammerpräsident Nikolaus Melcop, Vorstandsmitglied Heiner Vogel und Manfred Ruoff.

Themen des Treffens waren Erfahrungen und aktuelle Entwicklungen von Psychotherapeut/inn/en in Führungspositionen, Vergütungsfragen, die Situation der Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung (PiA) sowie die geplante Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG). Auf der Tagesordnung standen auch die Ergebnisse der Neuapprobientenumfrage

und die Erfahrungen der Kliniken mit Bachelorpraktikant/inn/en.

Was die Ausübung von leitenden Positionen angeht, wurde klar, dass Psychologische Psychotherapeut/inn/en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en Führungsfunktionen auf der Hierarchieebene von Stationen, Abteilungen und Fachdiensten einnehmen und ausüben können. Wie zwischenzeitlich von der Kammer auch mit dem Gesundheitsministerium geklärt wurde, stehen dem in Bayern prinzipiell keine rechtlichen Beschränkungen gegenüber. In Bezug auf die Vergütung wurde deutlich, dass eine abgeschlossene Psychotherapieausbildung in einzelnen

Einrichtungen inzwischen mit Höhervergütungen einhergeht, insgesamt jedoch sowohl das individuelle als auch das kollektive Engagement für eine angemessene Vergütung weiter intensiviert werden muss. Die PiA werden nach wie vor in einem sehr breiten Vergütungsspektrum beschäftigt. Nikolaus Melcop informierte über die aktuellen Entwicklungen hinsichtlich der Novellierung des PsychThG und die politischen Aktivitäten vonseiten der Kammer. In Bezug auf Bachelorabsolvent/inn/en bestand Einigkeit, dass Bewerber mit einem Bachelorabschluss ungeeignet für die Übernahme von psychotherapeutischen bzw. psychologischen Aufgaben sind.

Kurznachrichten

Kammerwahl 2011/2012: Wahlausschuss bestellt

Gemäß § 1 Abs. 1 der Wahlordnung hat der Vorstand für die Leitung und Durchführung der bevorstehenden Kammerwahlen Anfang Juni einen Wahlausschuss bestellt. Wahlleiter ist der Rechtsanwalt Achim Pröbß, Geschäftsführer in der Steuerberaterkammer Nürnberg. Sein Stellvertreter ist Rechtsanwalt Johannes Oettl. Wahlberechtigte Kammermitglieder sind Ellen Bruckmayer und ihr Stellvertreter Hermann Hennermann (Berufsgruppe PP) sowie Brigitte Kissinger und ihre Stellvertreterin Sigrid Böer-Müller (Berufsgruppe KJP).

Niederlassungsberatung

Am 23.7.2011 fand in München die Fortbildungsveranstaltung „Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung“ statt. Geschäftsführer Alexander Hillers vermittelte Grundkenntnisse zur Planung eines Niederlassungsvorhabens und Kriterien zur Einschätzung des persönlichen und wirtschaftlichen Umfeldes. Die Fortbildung schaffte die Grundlagen für individuelle und konkretisierte Beratungen durch Rechtsanwälte, Unternehmensberater, Steuerberater und Banken.

Suchtforum in Nürnberg: Mit 220 Teilnehmern ausgebucht

Das 10. Suchtforum, das nach der erfolgreichen Veranstaltung Mitte April in München am 15.7.2011 in Nürnberg stattfand, hatte den Titel „Vom Tüchtigen zum Süchtigen ... arbeitsmüde, erschöpft und ausgebrannt: Arbeiten, bis die Helfer kommen!“ Ziel des 10. Suchtforums war es, zum einen, die in den unterschiedlichen Gesundheitsberufen Tätigen über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu informieren, zum anderen, den Netzwerkgedanken in den Heilberufen zu stärken. Kammerdelegierter Rudi Bittner hob in seinem Schlusswort die Bedeutung von ausreichend Freizeit und sozialen Kontakten zur Vorbeugung von Burn-out-Erkrankungen hervor.

Kontakt zum Sprecher der Direktorenkonferenz der bayerischen Bezirkskrankenhäuser

Auf Initiative der PTK Bayern trafen sich Kammerpräsident Nikolaus Melcop und Vorstandsmitglied Heiner Vogel am 7.7.2011 mit Prof. Wolfgang Schreiber, Ärztlicher Direktor des Bezirksklinikums Mainkofen und Dr. Detmar Witt, leitender Arzt der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie des Klinikums. Besprochen wurden u. a. die Situation der PIA, die Stellung der Psychotherapeut/inn/en in den Kliniken der bayerischen Bezirke sowie die Psychotherapie-Ausbildungsreform. Eine weitere vertiefte Zusammenarbeit ist von den Beteiligten geplant.

Sexueller Kindesmissbrauch

Zu einer Folgeveranstaltung des von der Bayerischen Landesregierung im letzten Jahr eingesetzten „Forums zur Aufarbeitung der Gewalt- und Sexualdelikte an Kindern und Jugendlichen in Bayern“ (wir berichteten) lud die bayerische Justizministerin Dr. Beate Merk am 20.7.2011 in München ein. Sie informierte über erste Konsequenzen des Ministerrates. Vizepräsident Waldvogel trug die Empfehlungen der von der Bundesregierung ernannten Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, zur Therapie der von sexuellem Missbrauch Betroffenen vor. Er bat Justizministerin Merk, diese Empfehlungen der Bundesbeauftragten zu unterstützen und verwies darauf, dass das geplante GKV-Versorgungsstrukturgesetz diesen Empfehlungen diametral entgegen laufe. Die Justizministerin bat um die Zusendung weiterer Informationen, die ihr nachfolgend zugeleitet wurden.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert bzw. an denen sie teilgenommen hat: 12. Sitzung des Landesgesundheitsrates am 6.6.2011; Verwaltungsrat Versorgungswerk am 8.6.2011; Treffen mit den Vertretern der Unab-

hängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) am 28.6.2011; Sommerempfang der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse am 29.6.2011; Tagung „Teilhabe von Menschen mit Behinderung am politischen und öffentlichen Leben“ am 30.6.2011; 2. Sitzung des Beirats für die Erstellung des 3. Berichts der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern am 30.6.2011; Fachgespräch der Landtagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen zur Krankenhausplanung in Bayern am 8.7.2011; Bayerischer Krebskongress und Parlamentarischer Abend des Verbands freier Berufe am 11.7.2011; BAS-Tagung „Urbane Lebensstile und Substanzkonsum“ am 13.7.2011; Runder Tisch „Präventionspakt Bayern“ am 14.7.2011; Arbeitskreis „Integrierende Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ am 18.7.2011; „Sommergespräch 2011“ der Bayerischen Landesärztekammer am 22.7.2011; Gespräch mit Dr. Enger (Vorstand KVB) am 2.8.2011; Arbeitsgruppe „Integrierende Versorgung“ des Expertenkreises Psychiatrie am 3.8.2011.

Bevorstehende Veranstaltungen

Das „systemische“ Paradigma in der klinischen Psychologie/Psychiatrie: Gemeinsame Veranstaltung mit der LMU München, Isar Amper Klinikum München Ost und Münchener Institut für Traumatherapie. Termin: 14.10.2011, 9.00 bis 18.00 Uhr in München.

Nähere Informationen und das Programm zu dieser Veranstaltung sowie die Möglichkeit zur Online-Anmeldung finden Sie zeitnah auf unserer Homepage: www.ptk-bayern.de

Vorstand der Kammer:

Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel, Gerda B. Gradl, Heiner Vogel, Benedikt Waldherr.

Geschäftsstelle

St.-Paul-Str. 9, 80336 München
Post: Postfach 151506, 80049 München
Tel. 089 / 51 55 55-0, Fax -25
Mo – Do 9.00 – 15.30, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de, www.ptk-bayern.de

Universitäre Ausbildung zur/zum KJP an der Freien Universität Berlin

Im letzten Online-Rundbrief haben wir bereits über die Psychotherapieambulanz an der Freien Universität Berlin berichtet. Zukünftig ist an der Freien Universität auch die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-psychotherapeuten (KJP) mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie möglich. Wir sprachen mit den beiden Leiterinnen dieses Ausbildungsgangs: Frau Professor Renneberg, auf deren Initiative schon die Psychotherapeutische Ambulanz eingerichtet wurde, und Frau Dr. Salbach-Andrae, die aufgrund ihrer jahrelangen Tätigkeit in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters an der Charité Berlin weitreichende Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen einbringt.

Warum haben Sie sich dafür eingesetzt, diesen Ausbildungsgang an der Freien Universität anzubieten?

Renneberg: Seit Langem gibt es einen Mangel an KJP. Viele behandlungsbedürftige junge Patientinnen/Patienten finden keinen Therapieplatz oder müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen.

Salbach-Andrae: Dabei sind Probleme in Kindheit und Jugend häufig Prädiktoren für psychische Probleme im Erwachsenenalter. Frühzeitige Diagnose und Behandlung können die Manifestation von Störungen in späteren Lebensjahren verhindern.

Sie sind das erste Ausbildungsinstitut für KJP mit universitärer Anbindung in Berlin. Wie wirkt sich die Nähe zur Universität auf die Inhalte der Ausbildung aus?

Renneberg: Wir möchten praktische Ausbildung und psychologische Forschung



Prof. Dr. Babette Renneberg

verbinden. Daher begrüßen wir insbesondere Kandidatinnen und Kandidaten, die sich auch in der Forschung zu klinisch-psychotherapeutischen Fragestellungen im Kindes- und Jugendalter engagieren. Im Vergleich zum Erwachsenenalter ist die Forschungslage für das Kindes- und Jugendalter noch deutlich verbesserungswürdig. Unsere langfristigen Ziele greifen dieses Zusammenwirken von Praxis und Forschung auf: Wir wünschen uns mehr psychotherapeutische Praxen mit gut ausgebildeten KJP, und wir erhoffen uns gleichzeitig durch die Implementierung der Ausbildungsambulanz einen An Schub für Forschungsprojekte.

An anderen Universitäten gibt es schon Ausbildungsinstitute für KJP? Stehen Sie mit diesen Instituten in Kontakt?

Salbach-Andrae: An anderen Universitäten, zum Beispiel in Potsdam, Köln, Frankfurt, Ulm und Freiburg, laufen diese



Dr. Harriet Salbach-Andrae

Ausbildungsgänge schon sehr erfolgreich. Gemeinsamkeiten gibt es bei der Auswahl der Dozentinnen und Dozenten, die alle ausgewiesene Experten in ihren Fachgebieten sind.

Wann beginnt die Ausbildung und ab wann kann man sich anmelden?

Renneberg: Nachdem wir die staatliche Anerkennung durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo Berlin) bekommen haben, soll es zügig weitergehen. Anmeldungen nehmen wir ab sofort entgegen, die Ausbildung wird dann voraussichtlich im Februar 2012 beginnen. Für den ersten grundständigen Ausbildungsgang können wir 18 Plätze anbieten.

Welche Qualifikationen sollten die Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten mitbringen?

Renneberg: Zugangsvoraussetzung für die grundständige Ausbildung ist ein Diplom- oder Master in Psychologie (M. Sc.),

Pädagogik oder Sonderpädagogik. Für Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten planen wir außerdem die Möglichkeit einer Zusatzqualifikation zur/zum KJP.

Salbach-Andrae: Wir wünschen uns Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten mit Interesse an Praxis und Forschung.

Wer möchte, kann hier mit ihrem/seinem Forschungsprojekt auch promovieren. Unsere Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten werden universitäre Einrichtungen wie Mensa und Bibliotheken nutzen können. Unser Ziel ist, dass sie sich in dem universitären Umfeld wohl fühlen.

Liebe Frau Prof. Renneberg, liebe Frau Dr. Salbach-Andrae, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

Das Gespräch führte Brigitte Reysen-Kostudis (Redaktionsteam).

Weitere Infos zum Ausbildungsgang unter: www.fu-berlin.de/zgfu.

Die AOLG-Initiative zur Vermeidung der Diskrepanz von Berufs- und Sozialrecht im Bereich der Psychotherapie

Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesbehörden (AOLG) hat auf ihrer 26. Tagung am 18./19.11.2010 das Bundesgesundheitsministerium (BMG) aufgefordert, bei der Reform des PsychThG die bisherige Diskrepanz von Berufs- und Sozialrecht zu vermeiden. Mitglieder der AOLG sind die Leiterinnen/Leiter der Selbstverwaltungen im Gesundheitswesen aller Länder.

Diskrepanz: Berufs- und Sozialrecht

Die Diskrepanz ergibt sich aus der höchst richterlichen Gesetzesauslegung, die zwischen der Eignung eines Psychotherapieverfahrens als Schwerpunkt in der Ausbildung („vertiefte Ausbildung“) und seiner kassenärztlich relevanten Eignung zur Krankenbehandlung unterscheidet (BSG-Urteile vom 29.10.2009):

Demnach kann ein Psychotherapieverfahren zum Ausbildungsschwerpunkt werden, wenn es wissenschaftlich anerkannt ist und seine Wirksamkeit sowie Anwendungsbreite in der Praxis bewiesen hat. Dazu ist im Zweifelsfall eine gutachterliche Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nach § 11 PsychThG (WBP) erforderlich (Berufsausbildungsrecht = „Berufsrecht“). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) ist es dann dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als dem obersten Beschlussgremium der Selbstverwaltung überlassen, nach eigenem Ermessen darüber zu entscheiden, ob dieses Psychotherapieverfahren als für die Krankenbehandlung geeignet gelten und für die Sozialversicherten als kassenärztliche Leistung („kassenärztliches Richtlinienverfahren“) finanziert werden kann (sozialrechtliches Berufszugangsrecht = „Sozialrecht“).

Seit Inkrafttreten des PsychThG hat der G-BA keinem einzigen „neuen“ Psychotherapieverfahren die Eignung zur Krankenbehandlung zugesprochen, sodass es bei den vordem bereits anerkannten Richtlinienverfahren Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie geblieben ist. Eine vertiefte Ausbildung in einem anderen als diesen beiden Richtlinienverfahren ist praktisch nicht möglich, und es gibt keine Chance für Nicht-Richtlinienverfahren, in der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten offiziell eingesetzt zu werden.

Gegenwärtig sind von der Diskrepanz zwischen Berufs- und Sozialrecht die Gesprächspsychotherapie und die Systemische Therapie betroffen. Beide Verfahren sind zur vertieften Ausbildung zugelassen, aber vom G-BA nicht als Richtlinienpsychotherapie anerkannt. Perspektivisch ist diese Situation aber auch für andere Psychotherapieverfahren nicht auszuschließen (absehbar gegenwärtig für die Gestalttherapie).

Folgen der Diskrepanz

Beredtes Beispiel für die realen Folgen der beschriebenen Diskrepanz zwischen Berufs- und Sozialrecht ist die Ausbildungssituation in der Gesprächspsychotherapie:

Die Gesprächspsychotherapie wurde von dem für die fachliche Begutachtung von Psychotherapieverfahren zuständigen WBP als wissenschaftlich begründet anerkannt und im Jahre 2002 den zuständigen Länderbehörden die Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie empfohlen. Noch

im gleichen Jahr hat sich der Gesundheitsberufe-Ausschuss der AOLG auf die bundesweite Zulassung einer solchen vertieften Ausbildung verständigt. Infolgedessen und in der Erwartung, dass die Aufnahme in den kassenärztlichen Richtlinienkatalog rasch erfolgen wird, hat beispielsweise das Institut für Psychotherapie als staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten der Universität Hamburg einen Ausbildungsgang mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie etabliert.

Im Jahre 2008 hat der G-BA der Gesprächspsychotherapie mit Bezug auf eigene, in Fachkreisen inhaltlich und methodisch höchst umstrittene Gutachten die Anerkennung als kassenärztliches Richtlinienverfahren (erneut) versagt. Das hatte u. a. zur Folge, dass die an der Universität Hamburg mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie begonnenen Ausbildungsgänge für die Phase der praktischen Ausbildung in große Schwierigkeiten gerieten: Die für die Ausbildung erforderlichen supervidierten Therapien wurden nicht kassenfinanziert, die Ausbildungsteilnehmerinnen/-teilnehmer waren auf „Privatpatienten“ und Sonderkonditionen angewiesen und konnten somit auch keine für die spätere Versorgungspraxis typischen Erfahrungen sammeln. Zugleich war ihre berufliche Perspektive unklar. Es ist nicht verwunderlich, dass mehr als die Hälfte der 45 Ausbildungsteilnehmerinnen/-teilnehmer zwecks Aufrechterhaltung ihrer Berufsausbildungsperspektive in die Ausbildung in einem der psychotherapeutischen Richtlinienverfahren wechselte.

Weil die schwerpunktbezogene Ausbildung in einem Nicht-Richtlinienverfahren

praktisch nicht möglich ist und weil es arztrechtlich selbstverständlich ist, dass das Sozialrecht dem Berufsrecht folgt (jedenfalls soweit es um den Berufsstatus geht), hat die AOLG das BMG in ihrer 26. Tagung auch aufgefordert, auf den G-BA dahingehend einzuwirken, dass er die Gesprächspsychotherapie und die Systemische Therapie für die vertragsärztliche Leistungserbringung zulässt. Weil das BMG allerdings insoweit gegenüber dem G-BA kein Weisungsrecht hat, ist das nicht als Lösungsperspektive zu sehen, sondern als Ausdruck einer einheitlichen Kritik der AOLG-Mitglieder an der Entscheidung des G-BA und an der Rechtsprechung des BSG zu verstehen.

Stellungnahmen der Fachverbände und der BPTk

Der AOLG-Beschluss beruht auf Informationen, die im Herbst 2010 von den die Gesprächspsychotherapie und die Systemische Psychotherapie vertretenden Fachverbänden ergangen sind und die von der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM), dem Ausbildungsverbund Verhaltenstherapie in der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT), der Arbeitsgemeinschaft „Ausbildungsinstitute und VPP für wissenschaftlich begründete Psychotherapieausbildung“ (AVP) sowie dem Verbund „Universitäre Ausbildung für Psychotherapie“ (unith) mit getragen wurden. Er steht in Einklang mit den vom 16. Deutschen Psychotherapeutentag am 08.05.2010 beschlossenen Grundsätzen einer Ausbildungsreform und folgt der von der BPTk seit Jahren vertretenen Rechtsauffassung.

Die BPTk hat ihn bisher jedoch nicht in ihren am 08.12.2010 dem BMG überge-

benen Forderungskatalog zur Novellierung des PsychThG aufgenommen. Sie erklärte dazu, dass die Berücksichtigung des **AOLG-Beschlusses** die dringend notwendige Reform des Gesetzes erheblich verzögern könnte und dass die AOLG-Initiative den Plänen einer (von der Profession mehrheitlich abgelehnten) universitären Direktausbildung im Fachbereich Psychotherapie Vorschub leiste. Beide Argumente können in Fachkreisen nicht nachvollzogen werden. Insbesondere ist der AOLG-Beschluss völlig unabhängig davon, ob es bei der postgradualen Ausbildung bleibt oder ob sich Überlegungen zu einer universitären Direktausbildung durchsetzen. In beiden Fällen kommt es für die Ausbildung und für die Berufsausübung auf die Anerkennung der Schwerpunktverfahren als Kassenleistung an.

In den letzten Monaten wurde die BPTk u. a. von 19 Psychotherapieverbänden in einer Resolution vom 05.03.2011 aufgefordert, die Initiative der Länder aufzugreifen und ihre dem BMG übermittelten Novellierungsvorschläge im Sinne des AOLG-Beschlusses zu ergänzen. Diese Forderung haben zwischen Dezember 2010 und Februar 2011 auch sieben (dazu gehört die Berliner Kammer) von elf Landeskammern an die BPTk herangetragen. Entsprechende weitere Bemühungen gibt es u. a. auch seitens der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) und der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), die ihre Tätigkeit nach der 2010 zunächst beschlossenen Auflösung nun im Interesse und mit dem Ziel der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie engagiert und aktiv fortsetzt.

Konsequenzen der AOLG-Initiative

Eine Korrektur der Bestimmungen des PsychThG im Sinne der AOLG-Initiative soll – wie ausgeführt – die derzeit bestehende Diskrepanz zwischen Berufs- und Sozialrecht aufheben. Damit konkretisiert sie den Grundsatz, dass das Sozialrecht die Status begründenden Ausbildungsregelungen des Berufsrechts zugrunde legt. Das bedeutet zugleich die Übernahme einer Maxime des Vertragsarztrechts auch in das Psychotherapeutenrecht: „Sozialrecht folgt dem Berufsrecht“.

Für die Ausbildung künftiger Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten folgt daraus, dass die Interessenten eine Ausbildung in allen staatlich zugelassenen Ausbildungsverfahren frei wählen können – und zwar unabhängig davon, ob die Ausbildung postgradual oder als Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung konzipiert ist. Somit bedeutet die AOLG-Initiative für den Berufsstand der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten eine Angleichung an das Arztrecht, ohne die Unterschiedlichkeit der jeweiligen Ausbildungswege zu tangieren.

Ausführliche Fassung des hier gekürzt wiedergegebenen Artikels unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de.

Autorin: Univ.-Prof. a. D. Dr. habil. nat. Inge Frohburg; ehemals Lehrstuhl für Psychotherapie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin; Anschrift: Ehrenfelsstr. 41, 10318 Berlin; inge.frohburg@hu-berlin.de

Redaktion

Inge Brombacher, Christiane Erner-Schwab, Marga Henkel-Gessat, Dorothee Hillenbrand, Pilar Isaac-Candeias, Dr. Beate Locher, Ute Meybohm, Brigitte Reysen-Kostudis, Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen.

Geschäftsstelle:

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

Jetzt anmelden für curriculare Fortbildungen (Start 2012):

- Psychotherapie mit Älteren
- Eltern-, Säuglings- und Kleinkind-Psychotherapie

Details:
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de.

Kammerrundbrief jetzt online

Unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de finden Sie auf der Startseite den Button „Abo Rundbrief“. Interessenten können sich selbst kostenlos in die Abo-Liste eintragen und auch wieder löschen. Der Online-Rundbrief wird alle zwei Monate automatisch an die angegebene E-Mail-Adresse verschickt.

Versorgungsgesetz und Vorstandswahlen bildeten die Schwerpunkte auf der 24. Kammerversammlung der PKHB

Am 24. Mai 2011 fand die 24. Kammerversammlung der Bremer Psychotherapeutenkammer statt. Auf der Tagesordnung stand neben der Neuwahl des Kammervorstandes ein wichtiges berufspolitisches Thema: Das vom Bundesgesundheitsministerium geplante Versorgungsgesetz. Mithilfe einer Powerpointpräsentation erläuterte Präsident Karl Heinz Schrömgens die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation in Bremen, wie sie sich in den letzten Jahren entwickelt hat und welche Veränderungen drohen, wenn die vorliegenden Eckpunkte des Ministeriums im Gesetz umgesetzt werden würden.

Trotz nomineller Überversorgung in Bremen und Bremerhaven wurden in einer Befragung durch den Kammervorstand 2009 durchschnittliche Wartezeiten auf ein Erstgespräch von fünf Wochen und auf einen Therapieplatz von 13 Wochen festgestellt. Bei Umsetzung der Gesetzesplanungen drohe ein dramatischer Abbau von mehr als 100 Kassenzulassungen für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, was eine massive Verschlechterung der Versorgungssituation psychisch kranker Menschen zur Folge hätte.



Präsident Karl Heinz Schrömgens

Um eine solche Entwicklung zu verhindern, wurde mit den Fach- und Berufsverbänden in Bremen eine Lobbyarbeit abgestimmt. Den gesundheitspolitischen Akteuren in Bremen wurde bereits ein 9-Punkte-Papier zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen vorgelegt, das mit der Bundeskammer koordiniert ist. Frühzeitig wurden die Bedenken der PKHB auch der Gesundheitsministerin, vertreten durch Herrn Staatsrat Dr. Hermann Schulte-Sasse, im persönlichen Gespräch von Vertretern des Kammervorstandes zu Gehör gebracht. Darüber hinaus wurden gemeinsam mit Vertretern der Berufsverbände Gespräche mit den gesundheitspolitischen Sprechern aller Fraktionen in der Bremer Bürgerschaft geführt. Weitere Aktivitäten sind notwendig und bereits in Planung.

Zum Abschluss dieses Punktes wurde ohne Gegenstimme und bei nur vier Enthaltungen eine Resolution verabschiedet, die die Öffentlichkeit über die Gefahren des geplanten Gesetzes entsprechend den vorliegenden Eckpunkten informiert und Veränderungen fordert. Die regionale Tageszeitung „Weserkurier“ berichtete in den Wochen darauf ausführlich über die Befürchtungen der Kammer.

Vor den Wahlen wurde der Jahresabschluss 2010 vorgelegt. Dieser deckt sich im Wesentlichen mit den vorher geplanten und beschlossenen Haushaltsansätzen. Der Finanzausschuss bescheinigte dem Vorstand eine zufriedenstellende und sparsame Haushaltsführung. Bei der Kassenprüfung wurde nichts beanstandet. Auf Antrag des Finanzausschusses wurde der Vorstand entlastet.

Vor dem Wahlakt verabschiedete Herr Schrömgens die ausscheidenden Vorstandsmitglieder Dr. Christine Block, Frank Bodenstein und die bereits im Januar ausgeschiedene Hilke Schröder mit einem Präsent und einem Blumenstrauß. Frank Bodenstein bedankte sich beim Präsidenten für die gute Zusammenarbeit seit Gründung der Kammer.



Für das Präsidentenamt lag ausschließlich die Kandidatur von Herrn Schrömgens vor. Dieser gab Auskunft zu seiner Person, seinen Gründen für eine Wiederkandidatur und seiner Sicht der anstehenden politischen Aufgaben. Bei der Kandidatenbefragung ergriff als erster Dr. Karsten Münch das Wort und fasste ein Schreiben zusammen, das vorher an alle Mitglieder der DGPT und der VAKJP gegangen war. Beide Landesvorstände hatten beschlossen, Herrn Schrömgens bei der Wahl nicht zu unterstützen, und hatten ihre Mitglieder aufgerufen, möglichst zahlreich zu erscheinen und bei seiner Kandidatur mit „Nein“ zu stimmen. Sie schätzten zwar sein großes Engagement, seinen Arbeitseinsatz und seine Kompetenz, machten ihn aber für die wiederholt aufgetretenen Spannungen im Kammervorstand verantwortlich, die im Laufe der Jahre zum Rückzug mehrerer analytischer Vorstandsmitglieder geführt hätten. Es gäbe zwar keinen Ge-

genkandidaten, aber die psychoanalytischen Verbände forderten auf, mit „Nein“ zu stimmen, um eine Wiederwahl zu verhindern.

Diese Stellungnahme löste eine heftige Debatte aus. In vielen Beiträgen wurden Empörung und Verwunderung, aber auch Enttäuschung über das Vorgehen der analytischen Verbände sowie über den Brief dieser Verbände an ihre Mitglieder zum Ausdruck gebracht. Mehrfach wurde die Forderung formuliert, doch einen Gegenkandidaten zu benennen. Dazu kam es aber nicht. In verschiedenen Beiträgen wurde auch versucht, die Situation im Rahmen der Vorstandsarbeit differenzierter darzustellen. Schließlich wurde die Aussprache, die nichts mit einer Kandidatenbefragung zu tun hatte, durch einen Geschäftsordnungsantrag beendet. Karl Heinz Schrömgens wurde im 1. Wahlgang mit absoluter Mehrheit erneut zum Kammerpräsidenten gewählt.

Zum stellvertretenden Präsidenten wurde anschließend der bisherige Beisitzer Hans Schindler mit deutlicher Mehrheit bestimmt. Die Wahl eines Beisitzers/einer Beisitzerin, die ausschließlich als KJP tätig ist, konnte nicht erfolgen, da kein Kandidat/keine Kandidatin zur Verfügung stand. Für weitere Beisitzerposten kandidierten Dr. Sylvia Helbig-Lang und Axel Janzen. Beide wurden im ersten Wahlgang mit absoluter Mehrheit gewählt. Während Herr Schrömgens und Herr Schindler als niedergelassene Vertragspsychotherapeuten ihren Beruf ausüben, sind Frau Dr. Helbig-Lang – als Wissenschaftlerin und Psychotherapeutin am Institut für Psychologie der Uni – und Herr Janzen – als Abteilungsleiter in der Justizvollzugsanstalt – angestellt tätig.

Im Anschluss kam es noch zur Wahl der Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag. Als Delegierte wurden Herr Janzen, Frau Schröder und Herr Schröm-

gens, als Stellvertreterinnen Frau Bataller, Frau Collmann und Frau Block gewählt.

In einem Glückwunschsreiben der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Ingelore Rosenkötter, an den alten und neuen Präsidenten hieß es: „Ich freue mich auf eine weitere enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen, so wie wir sie in den letzten Jahren gepflegt haben.“



Axel Janzen, Dr. Sylvia Helbig-Lang, Karl Heinz Schrömgens, Hans Schindler

Senatsneubildung löste Überraschung aus

Mit dieser Ressortaufteilung bei der Neubildung des Senats nach der Bürgerschaftswahl am 22. Mai hatte niemand gerechnet. Erwartet worden war schon, dass die Grünen nach ihrem deutlichen Stimmenzuwachs einen weiteren Senatorenposten erhalten würden. Dass die SPD aber das Sozialressort, zu dem seit vielen Jahren auch der Bereich Gesundheit gehört, abtreten würde, überraschte. Im Ergebnis verlor Ingelore Rosenkötter, die dieses schwierige Senatsamt in den letzten Jahren erfolgreich geleitet hatte,

ihre Mitgliedschaft im Senat, obwohl sie auf Platz 2 der SPD-Liste kandidiert und die meisten Personenstimmen nach Bürgermeister Böhmsen erhalten hatte. Das Ressort Gesundheit wurde nun der Bildungs- und Wissenschaftssenatorin Renate Jürgens-Pieper zugeschlagen. Der bisherige Gesundheitsstaatsrat Dr. Hermann Schulte-Sasse schied auf eigenen Wunsch ebenfalls aus seiner Verantwortung aus. Für Kontinuität auf der politischen Ebene sorgt der bisher für Soziales zuständige Staatsrat Dr. Joachim Schuster, der nun

als Staatsrat für Gesundheit unter Jürgens-Pieper seine Arbeit aufnimmt. In seinem Schreiben an Ingelore Rosenkötter und Hermann Schulte-Sasse bedankte sich Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit in den zurückliegenden Jahren. Er gratulierte Frau Jürgens-Pieper zu ihrer Wiederwahl als Senatorin und verband die Glückwünsche mit der Hoffnung, alsbald drängende Fragen der Versorgung psychisch kranker Menschen im persönlichen Gespräch erörtern zu können.

Forensik-Richtlinie um Supervision ergänzt

Auf der Vorstandssitzung am 15.06.11 befasste sich der Kammervorstand mit einer notwendigen Ergänzung der Forensik-Richtlinie. Da bisher die Qualifikationsanforderungen an Supervisoren im Rahmen der Richtlinie nicht hinreichend geklärt waren, beschloss der Vorstand unter § 3 Abs. III folgende Ergänzung vorzunehmen:

„Soweit im Rahmen dieser Fortbildungsrichtlinie Gutachten unter Supervision erstellt werden, so ist diese bei einem Supervisor zu nehmen, der folgende Qualifikationsvoraussetzungen zu erfüllen hat:

- mindestens 5-jährige Berufstätigkeit als Psychologischer Psychotherapeut bzw.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Arzt;

- mindestens 3 Jahre Tätigkeit als Forensischer Sachverständiger im Sinne dieser Richtlinie.“

Aus Abs. III wird Abs. IV.

Interview mit Frank Bodenstein

Frank, du gehörtest schon zum Gründungsvorstand der PKHB. Was hat Dich bewegt, nach elf Jahren Vorstandsarbeit nicht erneut zu kandidieren?

Ausschließlich private Gründe wie familiäre Verpflichtungen, die sich ergeben haben, weil z. B. meine Eltern im hohen Alter immer gebrechlicher werden. Mir war immer der Aufbau dieser Kammer ein zentrales Anliegen. Ich komme ja aus einer Zeit, in der wir Psychotherapeuten im sogenannten Delegationsverfahren gearbeitet haben, in dem wir im Status einer Hilfskraft von der Gunst ärztlicher Delegation abhängig waren. Der Kammeraufbau symbolisierte für mich daher eine Wertschätzung unseres Berufsstandes und zunehmende Gleichstellung mit den Ärzten, die inzwischen zu Kollegen geworden sind. Da die Psychotherapeutenkammer jetzt in Bremen etabliert ist und überregional auch von weitaus größeren Kammern sehr anerkannt ist, kann ich beruhigt die Kammerarbeit loslassen. Letztendlich müssen langsam auch mal Jüngere ran und die Kammerarbeit fortsetzen.

Wenn Du Bilanz ziehst, worin siehst Du die wichtigsten Erfolge der Bremer Kammer?

Es sind unzählige viele kleine Erfolge, die inzwischen dazu geführt haben, dass die

Psychotherapeutenkammer in der Bremer Gesundheitslandschaft ein anerkannter und häufig angefragter Gesprächspartner erstaunlich vieler Akteure geworden ist. Sogar weit über Bremen hinaus wird die Stimme der kleinen PKHB deutlich gehört und ernst genommen.

Obwohl von Kammermitgliedern vielleicht wenig wahrgenommen, ist aus meiner Sicht einer der größten Erfolge der Aufbau des Psychotherapeutenversorgungswerks, den die PKHB zusammen mit der niedersächsischen Kammer schon ab 2004 aktiv mitgestaltet hat. U. a. aus einer Berliner Umfrage wissen wir, dass die Psychologischen Psychotherapeuten und KJP'ler im Gegensatz zu den ärztlichen Psychotherapeuten meist viel zu wenig für ihre Altersvorsorge tun und daher viele unserer Kollegen fröhlich einer Altersarmut entgegen steuern. Ich empfinde es als Riesenerfolg, dass die jüngeren Kollegen jetzt von Beginn ihrer Berufstätigkeit an mit der Pflichtmitgliedschaft im inzwischen auf immerhin 5.000 Mitglieder angewachsenen Psychotherapeutenversorgungswerk eine vernünftige Altersvorsorge aufbauen werden.

Was machte für Dich den Gewinn aus bzw. gab es Zeiten, in denen Du Dein Engagement bereut hast?

Obwohl Geldfragen in der Kollegenschaft meist tabuisiert sind, sind wir ja doch Kleinunternehmer und sollten (auch) betriebswirtschaftlich denken. Unter einer kaufmännisch-betriebswirtschaftlichen Betrachtung der aufgewendeten Zeit für die Kammerarbeit bei den niedrigen Entschädigungen ist Kammerarbeit natürlich ein Minusgeschäft. Der Gewinn ist für mich kein finanzieller, sondern ein psychischer. Ich empfinde mich der Macht und Willkür eines Gesundheitsmarktes und einer Gesundheitspolitik nicht mehr ohnmächtig ausgeliefert, sondern habe das Gefühl, auch als kleines Rädchen in einem effizienten Getriebe eines Berufsverbandes und/oder einer Kammer die Bedingungen meiner Berufstätigkeit selbst (mit)bestimmen zu können. Das ist gut für die eigene Psychohygiene. Bereut habe ich meine Mitarbeit daher nie.

Wie sieht Deine Zukunft aus? Hast Du Dich ganz aus der Berufspolitik verabschiedet?

Nein, das könnte ich aus o. g. Gründen gar nicht. Ich engagiere mich weiter im Landesvorstand des DPTV und im Psychotherapeutenversorgungswerk, in dem ich ja noch als Mitglied des Verwaltungsrates gewählt bin. Das macht mir viel Spaß.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Axel Janzen, Hans Schindler, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle:

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

Geschäftszeiten:

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



Die neuen Vorstandsmitglieder stellen sich vor

Seit dem 13. April 2011 ist der neue Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg im Amt. Nach den ersten Vorstandssitzungen und einer Klausurtagung hat uns die tägliche Arbeit und die Politik schnell eingenommen. Die erste Delegiertenversammlung und der erste Kammerstag dieser Wahlperiode, über die wir ebenfalls auf diesen Seiten berichten, mussten vorbereitet werden. Schnelles Handeln und Stellungnahmen forderten die gesundheitspolitischen Entwicklungen wie das GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Prof. Dr. Rainer Richter, Gabriela Küll und Bettina Nock als wieder gewählte Vorstandsmitglieder sind Ihnen bereits bekannt. Deshalb wollen wir hier die neu gewählten Vorstandsmitglieder vorstellen.



Dipl.-Psych. Heike Peper

Als Psychologische Psychotherapeutin bin ich seit 2000 niedergelassen in einer Praxisgemeinschaft mit drei weiteren Kolleginnen in Altona. Ich arbeite tiefenpsychologisch fundiert, habe außerdem eine Ausbildung in Gestalttherapie und in traumatherapeutischen Verfahren. Als Dozentin und Supervisorin bin ich zudem in der Aus- und Fortbildung tätig.

Zur Berufspolitik kam ich Ende der 90er-Jahre im Vorfeld der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes und engagierte mich seitdem in der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung. Seit 2007 bin ich Vorsitzende der DPTV-Landesgruppe Hamburg. Mit der Kammerarbeit bin ich als Mitglied der Delegiertenversammlung

und des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung seit zwei Wahlperioden vertraut. Als Bundesdelegierte habe ich die Hamburger Kammer auf den Deutschen Psychotherapeutentagen vertreten und werde dies auch in den nächsten vier Jahren tun. Warum engagiere ich mich in der Kammer? Ganz einfach: um etwas zu bewegen. In den gesundheitspolitischen Diskussionen der vergangenen Jahre und in den aktuellen Auseinandersetzungen um das Versorgungsstrukturgesetz zeigt sich, dass die Psychotherapeutenkammern auf Bundes- und Landesebene zunehmend als Akteurinnen in der Gesundheitspolitik und der Öffentlichkeit Gehör finden. Die fachliche Expertise der Kammer wird anerkannt und genutzt, z. B. in Form fachlicher Stellungnahmen, in der Mitarbeit in Fachgremien oder als Kooperationspartnerin in Veranstaltungen und Projekten. Das ist gut so, und da sollten wir „dranbleiben“. Denn die Kammer kann und sollte sich als Interessenvertretung der PP und KJP in Abstimmung mit den Verbänden für die Entwicklung einer bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung in den verschiedenen Sektoren, in denen die Kammermitglieder tätig sind, einsetzen. Gerade jetzt, angesichts einer drohenden Verschlechterung der Versorgung durch das Versorgungsstrukturgesetz, ist es wichtig und notwendig, dass die Kammer mit fundierten fachlichen, ethischen und ökonomischen Argumenten für die Psychotherapie Stellung bezieht und sich aktiv in die Diskussion einmischt. Im Kammervorstand möchte ich deshalb an einer Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit mitarbeiten. Weiterhin wünsche ich mir, dass wir die Vernetzung und Kooperation mit anderen Organisationen im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich ausbauen. Da ich auch Mitglied in der Vertreterversammlung und im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV-Hamburg bin, hoffe ich, zu einer besseren Kommunikation

und Kooperation zwischen Kammer und KV beitragen zu können.

Die Weiterentwicklung der Psychotherapie sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung sind weitere Bereiche, in denen ich mich engagieren möchte. Und schließlich liegt mir die Unterstützung unseres Nachwuchses, also der KollegInnen in Ausbildung wie auch der neu Approbierten, sehr am Herzen.



Dipl.-Psych. Torsten Michels

Mein beruflicher Werdegang ist einerseits durch elf Jahre stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Angestelltentätigkeit und andererseits durch meine humanistische, psychoanalytische und tiefenpsychologische Ausbildungen, die Arbeit in der eigenen Praxis und mein berufspolitisches Engagement geprägt. Meine Klinikzeit zeichnete sich durch eine hohe Anerkennung der verschiedenen Berufsgruppen, der Verfahren und der theoretischen Grundlagen aus. Schlagwortartig konnte man sagen: analytisch denken, systemisch verstehen und verhaltenstherapeutisch handeln.

Berufspolitisch bin ich im Vorstand des bvvp-Hamburg tätig sowie Mitglied in der DPG, DGPT und seit Januar 2011 Stellvertreter im Beratenden Fachausschuss der KV-Hamburg. Ich war Mitglied der ersten konstituierenden Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg und langjährig im Rechnungsprüfungsausschuss aktiv. Seit April diesen Jahres gehöre ich dem Kammervorstand an und werde

die Hamburger Kammer in den nächsten zwei Jahren auch auf den Deutschen Psychotherapeutentagen vertreten. Mein berufspolitisches Engagement leitet sich im Wesentlichen vom Gedanken der Ausgewogenheit, der Verteilungsgerechtigkeit und der Vielfalt der Versorgungslandschaft ab, die für die unterschiedlichen Patienten nötig ist und nur gegeben sein kann, wenn alle Positionen durch entsprechende Interessenvertreter repräsentiert sind.

Mit Sorge betrachte ich, wenn machtpolitische Erwägungen und konkurrierende Sichtweisen in den Vordergrund rücken und Inhalte und das Gemeinsame verdrängen. Man mag sagen, so ist das eben in der Politik. Ich sehe das besonders vor dem Hintergrund unseres Berufsstandes anders. Wenn es uns nicht gelingt, nach Konsens zu suchen und die unterschiedlichen Erkenntnis- und Verstehenshorizonte anzuerkennen, sondern auszugrenzen, werden Gräben vertieft und ein Dissens geschaffen, der unserem Berufsstand schadet. Mir ist sehr daran gelegen, Brücken zu bauen, was von psychoanalytischer Seite manchmal versäumt wurde. Ich denke, dass uns Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mehr verbindet als trennt, auch wenn es manchmal erscheint, als kämen wir von unterschiedlichen Planeten.

Betrachten wir die Situation der Versorgung psychisch kranker Menschen im Gesundheitswesen und die Folgen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes wie sie z. B. in der Pressemitteilung der BPTK vom 3. August 2011 kommentiert worden sind, dann ist es notwendiger denn je, unser Anliegen der besseren Versorgung, eines respektvollen Umgangs mit allen psychisch Kranken und die Notwendigkeit sowie Sinnhaftigkeit unseres Tuns gemeinsam stark nach außen zu vertreten. Die Realität der aktuellen Politik hat uns eingeholt und führt die Notwendigkeit einer guten Kooperation mit allen an der Versorgung Beteiligten hart vor Augen.

Zur Arbeit in der Kammer gehört für mich deshalb ganz wesentlich die Nachwuchsarbeit, die sowohl die Ausbildung als auch die berufspolitische Arbeit betrifft. Ich halte es für enorm wichtig, die jungen Kollegin-

nen und Kollegen zu integrieren und für das berufspolitische Engagement zu motivieren.

Bericht von der 41. Delegiertenversammlung und dem 9. Kammertag

Die 41. Delegiertenversammlung war durch die Neubesetzung der Ausschüsse im Wesentlichen von deren Wahlen dominiert. Im Vorfeld der Besetzung war es zu Spannungen gekommen, die doch mit guten Lösungen geschlichtet werden konnten. Dies zeigte sich in der entspannten und sehr kreativen Atmosphäre der Delegiertenversammlung und des Kammertages.

Nach der Eröffnung der Versammlung durch den Präsidenten der Kammer Prof. Dr. Rainer Richter erläuterte er aufgrund der Aktualität des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes den Referentenentwurf und die sich daraus möglicherweise ergebenden Konsequenzen. In Hamburg hatte der Vorstand Gespräche mit den Hamburger MdBs zu diesen Themen gesucht, die als fruchtbar eingestuft wurden. Es entwickelte sich eine kurze, rege Diskussion zur bereits bestehenden Fehlversorgung, die sich durch das Gesetz noch verschärfen und die Versorgungslage psychisch kranker Menschen noch deutlich verschlechtern könnte.

Im Anschluss wurden folgende Kolleginnen und Kollegen in die Ausschüsse gewählt: Für den Schlichtungsausschuss Angela Niedfeld-Kortmann, Christine Ramert, Silke Eggerichs-Petersen und Wolfgang Lutter. Für den Rechnungsprüfungsausschuss Monika Scholz, Janine Wesiak und Claus Gieseke. Für den Haushaltsausschuss Saskia Fahrenkrug, Gerda Krause, Sandra Potenberg und Manfred Burmeister. Für den Fort- und Weiterbildungsausschuss Marie-Luise Langenbach, Hertha Richter-Appelt, Gabriele Amelung, Helene Timmermann, Dorothee Wienand-Kranz, Till Florschütz und Thomas Bonnekamp. Wir gratulieren und danken den Gewählten für ihr Engagement.

Der Kammertag diente der Diskussion des Arbeitsprogramms und der Schwer-

punkte der Kammerarbeit für die nächste Legislaturperiode. Dazu waren drei Kurzreferate vorbereitet worden, die sich auf Fernbehandlungen/Internetgestützte PT und neue Versorgungsansätze, auf die veränderten Rahmenbedingungen der KJP durch vermehrte Ganztagsbeschulung und die Angebote der Kammer für ihre Mitglieder bezogen. Nach dem Mittagessen in offener Atmosphäre und den Kurzreferaten wurden diese Themen in drei Arbeitsgruppen vertieft. Ziel war es, konkrete Arbeitsaufträge für den Vorstand zu entwickeln.

Die AG „Fernbehandlung“ präsentierte den Auftrag, eine Ergänzung für die Berufsordnung zu schaffen, die persönliche Beziehungsgestaltung als Basis jeder psychotherapeutischen Behandlung festschreibt, also ausschließliche Fernbehandlung zum Schutz des Patienten ausschließt. Die AG „PT und Schule“ formulierte den Arbeitsauftrag, eine AG KJP zur Weiterentwicklung und konkreten Ausarbeitung des Modellprojektes „PT in der Schule“ einzurichten und die bereits bestehenden Modelle der Kooperation zwischen Schule und KJP zu sichten und einzubeziehen. Die AG „Die Kammer sind WIR“ entwickelte ein weites Feuerwerk an Aufträgen, die helfen sollen, die Identifikation der Kammermitglieder mit der Kammer zu verbessern. Es gab dazu viele Vorschläge, z. B. die Öffentlichkeitsarbeit zu verbessern, die Mitglieder nach ihren Wünschen an die Kammer zu befragen, eine Zukunftswerkstatt einzurichten, sich mehr und konkreter für die PiAs einzusetzen und die Kammer allgemein zu einer Stätte der Begegnung zu entwickeln, in der der Dialog zwischen den Mitgliedern gefördert wird.

Der Vorstand hat zugesichert, sich der Aufträge anzunehmen und die DV über die Entwicklung zu informieren. So endete der Kammertag in einer sehr lebhaften und angeregten Stimmung, in der neben den offiziellen Tagesordnungspunkten viele neue und informelle Begegnungen stattgefunden hatten, die die Kammerarbeit dieser Legislatur beleben und die Zusammenarbeit über die verschiedenen Verbändegrenzen, Fachkunden und Therapieschulen ergänzen könnten. (Torsten Michels)

Wer zu spät oder gar nicht kommt, den ...

Das Ausfallhonorar – ein weiterhin leidiges Thema

Ein Großteil der in der Beschwerdekommision der PTK-Hamburg bearbeiteten Patientenbeschwerden bezieht sich weiterhin auf das strittige Thema der Ausfallhonorare in der ambulanten Psychotherapie. Ich möchte dies zum Anlass nehmen, auf die sich in den vergangenen Jahren herauskristallisierten Grundzüge der gängigen Praxis in der Gestaltung und Erhebung von Ausfallhonoraren einzugehen. Die rechtlichen und praktischen Aspekte der Ausfallhonorarregelung wurden mittlerweile in verschiedenen Veröffentlichungen ausführlich dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass es immer wieder Divergenzen in der juristischen Interpretation und der Rechtsprechung zu Ausfallhonoraren gibt.

a) Zwischen Patient und Psychotherapeut besteht ein Behandlungsvertrag, der rechtlich als sog. Dienstvertrag nach § 611 BGB zu sehen ist – auch wenn er nicht förmlich, also schriftlich fixiert wurde. Dieser Behandlungsvertrag gilt in dem Moment als abgeschlossen, in dem ein Patient sich in psychotherapeutische Behandlung begibt, also den Psychotherapeuten aufsucht. Gemäß diesem Vertrag ist der Psychotherapeut verpflichtet, eine Behandlungsleistung zu erbringen; und der Patient ist verpflichtet, das dafür vereinbarte Honorar zu zahlen. Grundsätzlich kann dieser Vertrag jederzeit durch den Patienten (bzw. bei Kindern und Jugendlichen durch den/die Sorgeberechtigte/n) gekündigt werden.

b) Psychotherapeuten arbeiten als sog. „Bestellpraxen“, d. h., psychotherapeutische Behandlungen werden i. d. R. über einen längeren Zeitraum an für den Patienten reservierten (und selbstverständlich mit ihm abgesprochenen) Terminen durchgeführt. Dies ist sowohl im Interesse des Patienten (zur Vermeidung ärgerlicher Wartezeiten) als auch des Psychotherapeuten (zur Wahrung eines geordneten Praxisablaufs).

c) Kann eine Behandlung(seinheit) nun nicht – wie vereinbart – stattfinden, weil der Patient den vereinbarten Termin nicht eingehalten hat, kann der Psychotherapeut

nach § 615 BGB das vereinbarte Honorar trotzdem verlangen, da der Patient mit der Annahme der angebotenen Leistung in sog. Verzug gekommen ist und der Behandler dadurch einen Verdienstausfall hat. (Um die „kalendermäßige Bestimmung“ eines Termins und damit die Frage, ob ein Annahmeverzug stattgefunden hat und dem Psychotherapeuten ein Vergütungsanspruch zusteht oder nicht, gibt es voneinander abweichende Urteile.)

d) Grundsätzlich ist es aber in der Psychotherapeutischen Praxis – im Gegensatz zu manchen ärztlichen Praxen – so, dass der Patient **weiß**, dass der Termin mit einer festgelegten Behandlungszeit nur für ihn reserviert wurde und damit auch eine pünktliche Termineinhaltung vereinbart war. Dadurch gilt die Terminbestimmung als verbindlich, was den Psychotherapeuten berechtigt, im Falle des Annahmeverzuges durch den Patienten ein Ausfallhonorar geltend zu machen. Dies gilt auch für (telefonisch vereinbarte) Erstgespräche. Die Praxis zeigt allerdings, dass der Anspruch auf Ausfallhonorar in diesen Fällen nur schwer durchsetzbar ist bzw. das Verhältnis von (finanziellem) Aufwand zum Ertrag meist zum Nachteil des Therapeuten ist.

e) Psychotherapeuten können i. d. R. aufgrund ihrer Termingestaltung nicht spontan einen anderen Patienten anstelle des nicht erschienenen Patienten einbestellen und behandeln. *Aber:* Ein Anspruch auf Ausfallhonorar ist immer dann obsolet, wenn

1. der Psychotherapeut einen anderen Patienten für den abgesagten Termin einbestellen konnte (Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich um Ersatz zu bemühen! – möglichst dokumentieren!) oder
2. er nachweislich anderen Dienstverpflichtungen nachkommen konnte oder
3. der Patient den Behandlungsvertrag noch vor dem Termin in einer Erklärung außerordentlich kündigt (§ 627 BGB).

f) Daraus ergibt sich nun die Frage der Frist, bis wann die Absage eines Patienten vor dem vereinbarten Terminzeitpunkt ein-

gegangen sein muss, um den Anspruch auf ein Ausfallhonorar zu rechtfertigen. Die div. Rechtsprechungen gehen zwar von unterschiedlichen Zeiträumen aus; aber in den vergangenen Jahren hat sich ein akzeptierter Zeitraum zwischen 24 bis 48 Std., bezogen auf Werktage (sinnvollerweise sollte man die Absagefrist für Montagstermine auf Freitag bis z. B. 12 oder 15 Uhr festlegen) etabliert. Längere Fristen oder auch die sog. „Klavierlehrerregelung“ (= Bindung des Patienten an die Urlaubszeiten des Therapeuten) werden von der Kammer als Berufsverstoß gesehen.

g) Zur Höhe des Ausfallhonorars: Das Ausfallhonorar darf in keinem Fall höher sein als das vereinbarte Leistungshonorar. Üblich ist, 10-30% unter dem Leistungshonorar zu bleiben, da Therapeuten bei Terminausfällen manchmal zeitanteilig noch andere Dienstaufgaben (Bürotätigkeiten, Antragsberichte erstellen, Organisatorisches) verrichten können.

h) Bestand bisher der Anspruch auf Ausfallhonorar unabhängig vom Grund für das Terminversäumnis bzw. die kurzfristige Terminabsage eines Patienten, ergibt sich durch neuere Rechtsprechung die Frage der Unterscheidung zwischen dem verschuldeten oder nichtverschuldeten Versäumnis eines Termins durch den Patienten. Um sich hier rechtlich abzusichern, könnte der Therapeut seinem Therapievertrag hinzufügen, dass die (vereinbarte) Ausfallhonorarregelung nicht gültig ist, wenn der Patient nachweist, dass er kein Verschulden am Versäumnis des Termins hat, oder dass dem Psychotherapeuten durch das Terminversäumnis/Terminabsage kein Schaden entstanden ist.

i) Auch wenn – rechtlich gesehen – nicht unbedingt eine (Ausfall-)Honorarvereinbarung notwendig ist, um einem Patienten das durch sein Terminversäumnis entstandene Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen, raten wir jedoch dringlich, mit jedem Patienten einen schriftlichen Therapievertrag mit einer entsprechenden Klausel bzgl. Terminversäumnissen und Absagefristen einzugehen. (*Bettina Nock*)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Eigentlich sollte sich an dieser Stelle der neue Vorstand präsentieren. Doch die konstituierende Delegiertenversammlung mit Neuwahl des Kammervor-



Hans Bauer

standes und der übrigen Gremien musste wegen eines Berechnungsfehlers bei der Sitzverteilung auf den 3. September verschoben werden (Sie wurden informiert). Somit werden diese Hessenseiten ein letztes Mal vom alten Vorstand gestaltet. Jürgen Hardt hat, da er sich in der letzten Ausgabe schon ausführlich verabschiedet hat, diese Kolumne an mich delegiert.

In der Gesundheitspolitik hält uns das „Versorgungsstrukturgesetz“ in Atem, das die ärztliche Versorgung verbessern soll: Zwar ist die Absicht der Bundesregierung zunächst nachvollziehbar, durch einen Abbau von Überversorgungskapazitäten zur Behebung von Unterversorgung freizusetzen. Doch warum findet die psychotherapeutische Versorgung in diesem Gesetz nicht in angemessener Weise einen Niederschlag? Die Bedarfsplanungszahlen für Psychotherapie wurden zu einem Zeitpunkt festgelegt, als nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes überhaupt noch keine Versorgungsstruktur entstanden war. Im Ergebnis bilden die Annahmen des Gesetzes die Notwendigkeiten in der Versorgung unzureichend ab: Formal gilt Hessen als überversorgt mit Psychotherapie, während die meisten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten absurderweise auf immer längere Wartezeiten verweisen müssen. Diese Definition von Überversorgung war in den

letzten Jahren ungefährlich, weil keine Konsequenzen daraus gezogen wurden. Nun könnte sie zu einer existenziellen Bedrohung der psychotherapeutischen Versorgung werden!

Der Modellversuch, den die Technikerkrankenkasse in den letzten Jahren durchführte, ist mittlerweile abgeschlossen. Im Ergebnis zeigte sich einerseits, dass mehr als 9 von 10 Patienten, die innerhalb des Modellversuches behandelt wurden, unter mittelgradigen bis schweren psychischen Störungen litten, und andererseits die psychotherapeutische Behandlung, mit der gearbeitet wurde, stark positive Effekte zeigte. Wenn wir hinzunehmen, dass seriöse volkswirtschaftliche Berechnungen davon ausgehen, dass jeder in Psychotherapie investierte Euro einen Rückfluss von zwei bis vier Euro zur Folge hat, sollte klar sein, dass es auch ökonomisch vernünftig ist, die psychotherapeutische Versorgung zu erhalten und auszubauen.

Viele Politiker, mit denen wir über die Mängel des Versorgungsstrukturgesetzes für uns Psychotherapeuten gesprochen haben, scheinen das auch längst verstanden zu haben. Umso enttäuschender ist es, dass bei den bisherigen Entwürfen immer noch keiner unserer Vorschläge Berücksichtigung findet.

Wir werden am Ball bleiben! Für die nächste Zeit plant die Kammer unter anderem Gespräche mit allen relevanten hessischen Bundestagsabgeordneten, Politikern im Land und anderen Akteuren, von denen wir annehmen können, dass sie Einfluss auf den Gesetzgebungsprozess nehmen können. Auch an Sie als Kolleginnen und Kollegen werden wir uns mit der Bitte wenden, in Ihrem Wahlkreis aktiv zu werden. Es bleibt zu hoffen, dass sich vernünftige Lösungen durchsetzen.

Ihr Hans Bauer
Vizepräsident

Bericht zur 12. Delegiertenversammlung/ 2. Wahlperiode

Am 28.06.11 fand im Vorfeld des Festakts zum 10-jährigen Bestehen der Psychotherapeutenkammer Hessen die 12. Delegiertenversammlung der 2. Wahlperiode statt. Wichtige Themen waren die Verabschiedung eines Nachtragshaushalts, die Verabschiedung einer Resolution zur Datensicherheit und zum Schutz der Patienten vor Diskriminierung sowie Rückblick und Resümee der Arbeit in der 2. Wahlperiode.

Verabschiedung Nachtragshaushalt

Aufgrund aktueller Anforderungen wurde eine Nachjustierung der Haushaltsplanung erforderlich. Der 2. Nachtragshaushalt wurde einstimmig mit einer Enthaltung beschlossen.

Resolution zur Datensicherheit und zum Schutz vor Diskriminierung

Zum Abschluss der Wahlperiode verabschiedete die Delegiertenversammlung einstimmig eine Resolution zur Datensicherheit und zum Schutz der Patienten vor Diskriminierung. Hiermit reagiert die Delegiertenversammlung auf die problematische Entwicklung der verstärkten Aufarbeitung und Bereitstellung vertraulicher Patientendaten durch die GKV. Die Erhebung von diagnostischen Daten sei zwar grundsätzlich sinnvoll, hierbei müssten aber datenschutzrechtliche Bestimmungen verbindlich eingehalten werden. Es müsse etwa gewährleistet sein, dass Daten aus dem Bereich der sozialrechtlich definierten K.d.ö.R. nur in ausreichend pseudonymisierter und aggregierter Form weitergegeben werden dürfen. Die Möglichkeit der Zusammenführung personenbezogener Daten zu Patienten- oder Behandlerprofilen müsse unterbleiben (den vollständigen Wortlaut findet Sie unter www.ptk-hessen.de/ptj).

Rückblick und Resümee der Arbeit in der 2. Wahlperiode

Verschiedene Listenführer der Psychotherapeutenkammer Hessen (Thomas Merz, Dr. Hildegard Felder, Elisabeth Schneider-Reinsch, Jörg Hein, Manfred Burkart, Karl-Wilhelm Höffler, Marion Schwarz und Martin Jonas) zogen ein Resümee zur zehnjährigen Zusammenarbeit in der Kammer. Gemeinsam war den Äußerungen, dass das Engagement in der Zusammenarbeit trotz der in den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren begründeten unterschiedlichen Positionen gewürdigt wurde. Die Verständigung und Übersetzung der verschiedenen Positionen sei im Verlauf der Zusammenarbeit immer besser gelungen, was, so die Prognose,

auch künftig der Fall sein dürfte; wenn es dabei zum einen oder anderen hitzigeren Argument komme, liege das in der Sache begründet – denn Psychotherapie sei eben auch eine „Herzenssache“. Am Ende der Delegiertenversammlung wurden den beiden Präsidenten als Dank für ihren Einsatz zwei persönliche Geschenke der Delegierten überreicht: Jürgen Hardt erhielt einen Olivenbaum, der langlebig, zäh, fruchtbar sowie als Symbol des Friedens in seinem Garten weiter wachsen und ihn an freundliche und widrige Kammerzeiten erinnern möge. Für Hans Bauer, dessen lebenslange Leidenschaft europaweite Motorradreisen sind, wählten die Delegierten zwei Motorradkoffer, damit er für seine kommenden Reisen etwas komfortabler „on the road“ sein kann. Diese persönli-

che Anerkennung über alle Fraktionen und politischen Differenzen hinweg war das sichtbarste Zeichen der inzwischen entstandenen guten Beziehungen unter den Delegierten der hessischen Kammer.

Frau Bußmeier-Lacey vom Hessischen Sozialministerium betonte, dass die Belange der Kammer im Ministerium gehört werden, und bedankte sich für die gute Zusammenarbeit. Auch Jürgen Hardt bedankte sich als Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen für die sehr gute Zusammenarbeit mit dem Ministerium. In seinem persönlichen Rückblick auf seine Tätigkeit in der Kammer zog er zudem abschließend eine positive Bilanz, die von der Delegiertenversammlung mit anhaltendem Beifall gewürdigt wurde. MO/KG

Festakt der Psychotherapeutenkammer Hessen zum 10-jährigen Bestehen



Gründungspräsident Jürgen Hardt, Vizepräsident Hans Bauer

Anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Kammer und zur Verabschiedung von Gründungspräsident Jürgen Hardt sowie des Vorstandes der Kammer fand am 28. Juni 2011 im Festsaal des Wiesbadener Rathaus ein Festakt statt.

Viele Gäste gratulierten...

Rund 120 langjährige Wegbegleiter der Kammer folgten der Einladung. So konnte Präsident Jürgen Hardt in seiner Eröffnung neben MdL Ernst-Ewald Roth auch die

Landeskammerpräsidenten Michael Krenz (Berlin), Alfred Kappauf (Rheinland-Pfalz), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg) und Karl Heinz Schrömgens (Bremen) begrüßen. Aus den Ländern Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz waren Vizepräsident und Vizepräsidentin Hermann Schürmann und Dr. Andrea Benecke ange-reist. Für das Hessische Sozialministerium war Helga Bußmeier-Lacey und für das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen dessen Leiter Christof Diefenbach zu Gast. Der Vizepräsident der hessischen Tierärztekammer Dr. Ingo Stammberger und der Vizepräsident der Zahnärztekammer und Präsident des Verbandes der Freien Berufe in Hessen, Dr. Gisbert Schulz-Freywald, zählten ebenso zu den geladenen Gästen und wurden von Präsident Jürgen Hardt begrüßt.

Die Psychotherapeutenkammer im Konzert der Heilberufekammern: eine wichtige Stimme!

Nach der Begrüßung folgte das Grußwort der Staatssekretärin im Hessischen Sozialministerium Petra Müller-Klepper. Die Staatssekretärin be-

tonte in ihrem Grußwort die Bedeutung der Psychotherapeuten in der Landschaft der Heilberufe, gerade auch angesichts der steigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen, und würdigte die erfolgreichen Anstrengungen der zehnjährigen Entwicklungen zum Aufbau der Psychotherapeutenkammer. Auch das dann folgende Grußwort des Wiesbadener Sozialdezernenten Arno Goßmann schlug eine Brücke zu den Jahren des Anfangs. Goßmann, zum Zeitpunkt der Kammergründung im Hessischen Sozialministerium für die Heilberufe zuständig, kann für sich in Anspruch nehmen, aktiv an der Kammergründung beteiligt gewesen zu sein. Der Präsident der Landesärztekammer Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach erläuterte in seinem Grußwort, wie aus seiner Sicht die gute Entwicklung der



Festgäste im Wiesbadener Rathaus

Psychotherapeutenkammer erfolgt ist und dass dieser Prozess von der Landesärztekammer wohlwollend unterstützt wurde. Heute bestehe ein partnerschaftliches, kooperatives, gar fraternitales Verhältnis der Kammern untereinander.

Hans Bauer, Vizepräsident der Kammer, resümierte als Akteur der ersten Stunde die Höhen und Tiefen des Kammernaufbaus. Beginnend bei dem ersten Schreibtisch, der aufgebaut wurde, bis hin zu der heute bestehenden Struktur für professionelles Arbeiten zur Bewältigung der Aufgaben der Kammer.

In seiner Festansprache betonte der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer Prof. Dr. Rainer Richter, dass Psychotherapie eine operative und eine symbolische Ebene bei der Heilung psychischer Störungen ansteuern müsse und dass die verschiedenen Verfahren diesbezüglich unterschiedliche Schwerpunkte haben. Er würdigte Jürgen Hardt besonders dafür, dass er als Präsident immer ein Augenmerk darauf hatte, dass Psychothera-

pie im gesundheitspolitischen Diskurs kein rein operatives Geschäft wird, sondern symbolisch-inhaltliche Dimensionen immer auch mit bedacht werden müssen.

Die Kammer als Gemeinschaftsprojekt vieler Kolleginnen und Kollegen

Präsident Jürgen Hardt dankte dem Vorstand und vor allem dem Vizepräsidenten Hans Bauer für die ausgezeichnete kollegiale Zusammenarbeit; nur aufgrund der sehr guten präsidialen Tandemarbeit mit Hans Bauer konnte die Psychotherapeutenkammer Hessen erfolgreich etabliert werden. Weiter betonte er, dass er die Kammer immer als Gemeinschaftswerk aufgefasst habe, das aktiv von den Mitgliedern, Ausschüssen, der Delegiertenversammlung, dem Vorstand und dem Präsidium gestaltet werde. Dem Vorstand dankte er für die engagierte und kompetente Bearbeitung vieler relevanter Themen in den letzten Jahren: Uta Cramer-Düncher (z. B. Aus- und Weiterbildung, psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall, interkulturelle Kompetenz und psychotherapeutische Versorgung von Migranten, Psychotherapie und Internet/Neue Medien), Thomas Merz (z. B. Psychotherapie in Institutionen, Weiterbildung, Psychotherapie im sozialen Kontext, PiAs, Gemeinsamer Beirat), Dr. Ulrich Müller (z. B. Sozialrecht, KJP, Psychotherapie und Internet/Neue Medien,



Staatssekretärin im Hessischen Sozialministerium Petra Müller-Klepper, Präsident Jürgen Hardt, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer Rainer Richter

Qualitätssicherung), Marion Schwarz (z. B. KJP, Forensik, häusliche Gewalt, Gemeinsamer Beirat) und Susanne Walz-Pawlita (z. B. Novellierung PsychThG, Bologna-Reform, PiAs, Beschwerde und Schlichtung). Eigenes Ansinnen sei gewesen, die beiden Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Öffentlichkeit zu etablieren und ihnen eine kraftvolle Stimme im Konzert der Heilberufe zu geben. Außerdem sei sein Anliegen gewesen, gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge bei berufs- und fachpolitischen Manövern immer mit zu bedenken. Mit lang anhaltendem Applaus würdigten die anwesenden Gäste die Worte und die Leistungen des scheidenden Gründungspräsidenten Jürgen Hardt für die Psychotherapeuten auf Landes- und auf Bundesebene sowie für die hessischen Heilberufe insgesamt.

Für ein gelungenes künstlerisches Rahmenprogramm sorgte das Improvisationstheater „Comedy Company“ mit Darbietungen auf höchstem Niveau.

KG/MO



Präsident der Landesärztekammer Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach und Präsident Jürgen Hardt

Vernetzung in der psychoonkologischen Versorgung in Hessen

Am 8. Juni 2011 fand in Frankfurt eine gemeinsame Fachtagung des Arbeitskreises Psychosoziale Onkologie Hessen (APH) und der Psychotherapeutenkammer Hessen statt. Hans Bauer, Vizepräsident der Kammer, betonte bei der Eröffnung der Tagung, dass die Bedeutung von Psychotherapie bei der Behandlung somatischer Erkrankungen in den letzten Jahren stark zugenommen hat, sodass Psychotherapie inzwischen regelmäßiger Bestandteil onkologischer Behandlungskonzepte sein müsste, ebenso wie Psychotherapeuten

Mitglieder interdisziplinärer Teams sein sollten. Alf von Kries (APH), PP und Leiter des psychoonkologischen Dienstes der HSK Wiesbaden, stellte Anliegen, Funktion und Arbeitsweise des Arbeitskreises vor. Thomas Merz, im Kammervorstand zuständig für „Psychotherapie in Institutionen“, umriss die Intention dieser Pilotveranstaltung: Seit Jahren würde vonseiten der Psychologen und Psychotherapeuten in Kliniken bemängelt, dass kaum Kontakt zu den niedergelassenen Psychotherapeuten und den ambulanten Versorgungsange-

boten bestünde, sodass es schwierig sei, Krebskranke nach stationärer Behandlung an ambulante Behandler weiter zu verweisen; das Bedürfnis nach einer besseren Vernetzung sei groß. Ziel der Tagung sei es daher, durch verbesserte Kommunikation, Kenntnis und Wissen über vorhandene Vernetzungen zu erweitern, was Referentinnen und Referenten aus Institutionen der psychoonkologischen Versorgung auch formulierten – für den stationären Bereich: Dr. Bianca Senf; den Reha-Bereich: Ulrike Völker (Reha-Klinik Bellevue); die Ad-

ministration in den Kliniken: Dr. Dr. Dirk Knüppel (kfm. Direktor HSK); die Krebsberatungsstelle: Hanna Bohnenkamp; die niedergelassenen Psychotherapeuten: Ilka Heunemann – und last but not least für

die Selbsthilfegruppen: Heidemarie Haase (FrauenSH). Über Good-practice-Modelle für eine regionale Kooperation berichteten Annetkatrein Menges-Beutel und Sabine Otto von der „Anneliese Pohl-Psychosozial-

ale Krebsberatungsstelle Marburg“, Alf von Kries und Dorothea Schönhals-Schlautd vom Psychoonkologischen Dienst der HSK, Wiesbaden (mehr unter www.ptk-hessen.de/ptj).

Tätigkeitsbericht des Vorstands – Juni bis September 2011

Podiumsdiskussion zur Eingruppierung/Leitungsfunktion von PP/KJP und PiA

Auf Einladung einer Fachgruppe von PP und KJP aus hessischen psychiatrischen Kliniken der Vitos GmbH fand am 18.7.11 in Marburg eine Podiumsdiskussion statt zur tariflichen Eingruppierung, zur Verantwortungsübernahme und -übertragung von PP/KJP und PiA in Kliniken. Es diskutierten (Moderation: Prof. Dr. Fritz Mattejat) auf Seiten der Vitos GmbH Hessen der Geschäftsführer Herr Belling und der kaufmännische Leiter Herr Schütz, Herr Diehlmann von ver.di, Herr Brandt, approbierter Kollege aus Haina, Frau Janbrowski, Kollegin in Ausbildung, sowie die Vorstandsmitglieder der LPPKJP Hessen, Susanne Walz-Pawlita und Thomas Merz. Der Geschäftsführer der Vitos GmbH machte deutlich, dass eine tarifliche Regelung längst überfällig sei, bisher seien aber die Verhandlungen zwischen der Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und dem Verband kommunaler Arbeitgeber (VKA) nicht zu einem Ergebnis gekommen. Für den Fall, dass auch im 2. Halbjahr 2011 keine Einigung zustande käme, kündigte er an, einen eigenen Vorschlag zur Vergütung für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten für Hessen vorzulegen. Was eine angemessene PiA-Vergütung angeht (sie wurde von Frau Janbrowski bei monatlich mindestens 1.000 € brutto angesetzt), sagte Herr Belling zu, sich damit erneut zu beschäftigen. Bei der Frage nach der Übernahme von Behandlungs- und Leitungsverantwortung erinnerte Thomas Merz, dass

schon 1998 bei den Beratungen über das Psychotherapeutengesetz seitens der Politik die Absicht bestanden habe, mit den PP und KJP zwei Ärzten gleichberechtigte Heilberufe zu schaffen. Bis heute sei in den Kliniken die sog. Facharztäquivalenz weder organisatorisch, weisungs-, noch tarifrechtlich umgesetzt. Er empfahl der einladenden Fachgruppe, mit der jeweiligen Klinikleitung Tätigkeitsbeschreibungen zu erarbeiten und bot dazu die Unterstützung des hessischen und des Bundes-PTI-Ausschusses an (mehr unter www.ptk-hessen.de/ptj).

Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Hessen zum Entwurf von Bündnis 90/GRÜNE für ein Hessisches Spielhallengesetz

Auf Anfrage des Innenausschusses des Hessischen Landtags hat die LPPKJP im Vorfeld einer Anhörung eine schriftliche Stellungnahme zum Entwurf von Bündnis 90/GRÜNE für ein Hessisches Spielhallengesetz veröffentlicht. Darin fordert die Kammer, dass Spielhallenpersonal Kenntnisse zur Prävention der Spielsucht, zum Umgang mit betroffenen Personen und Know-how, um Spielsucht zu erkennen, nachweisen muss. Hierbei geht es aber nicht darum, das Spielhallenpersonal zu „Suchttherapeuten light“ fortzubilden, sondern um Wissensvermittlung, was Anzeichen von Spielsucht sind und wie vorgegangen werden sollte. Die Fortbildungsanteile selbst sollten nur von approbierten Heilkundlern vermittelt werden. Die Teil-

nahme am Spiel muss zudem stärker geregelt werden, um das „Geschäftemachen“ mit Spielsucht einzugrenzen. Die Kammer meint: Bei Spielsucht müssen Anstrengungen unternommen werden, wie sie bei Alkoholsucht Standard sind. Gesellschaftliches Ignorieren unter dem Deckmantel der Berufsfreiheit begünstigt individuelles Leid und erhöht die Kosten für das Gemeinwesen.

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Bereits im Tätigkeitsbericht des Vorstandes, den alle Kammermitglieder erhalten haben, wurden viele Aktivitäten bezüglich des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes dargestellt. Zwischenzeitlich wurden Gespräche mit hessischen Bundestagsabgeordneten geführt. Nachdem im August der Regierungsentwurf beschlossen worden war, richtete Präsident Hardt ein Schreiben an Ministerpräsident Bouffier und Sozialminister Grüttner, in denen er bat, dass Hessen im Bundesrat die Vorschläge der Psychotherapeutenkammer unterstützt, die den Abbau von Versorgungskapazitäten verhindern sollen. Mit gleichem Ziel wurden die gesundheitspolitischen Sprecher der Landtagsfraktionen und die kommunalen Spitzenorganisationen (Hessischer Städtetag, Landkreistag und Städte- und Gemeindebund) über die Gefahren für die psychotherapeutische Versorgung informiert und um Unterstützung ersucht. Per Newsletter regte der Vorstand zudem eine Briefaktion der Mitglieder an hessische Bundestagsabgeordnete an.

Rubriken

Termine

- 12. November 2011, 9:00, 19. Deutscher Psychotherapeutentag, Büsing-Palais, Offenbach.

Ergänzende Angaben zu Beiträgen und Terminen unter:
www.ptk-hessen.de/ptj.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier
E-Mail: ptj@ptk-hessen.de
Hessenseiten des Psychotherapeutenjournal im Internet: www.ptk-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel 0611. 53168 0
Fax 0611. 53168 29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
Internet: www.ptk-hessen.de

Betriebe Hannovers beklagen mangelnde psychotherapeutische Versorgung

In einer Expertenrunde mit Pressekonferenz stellte die Fachgruppe Betriebliche Sozialberatung am 5. Juli 2011 in Hannover die Ergebnisse stichprobenartiger Erhebungen vor. Darin weist sie auf die desolante ambulante-psychotherapeutische Versorgungssituation in der Region Hannover hin, die sowohl für Erkrankte als auch für die Unternehmen so nicht hinnehmbar sei. Die beteiligten Betriebe sprachen sich daher für eine Initiative für eine bedarfsorientierte Planung zur ambulanten Psychotherapie aus.

Die Fachgruppe Betriebliche Sozialberatung hat sich im Jahr 1998 gegründet. Ihre Mitglieder stammen aus 13 großen Unternehmen der Region (s. u.) und luden am 5. Juli 2011 zu einem Presstalk in das historische Leibnizhaus in Hannover ein. Als Experten waren geladen:

- Frau Gertrud Corman-Bergau (Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen)
- Herr Dr. Axel Kobelt (Dt. Rentenversicherung Braunschweig Hannover)
- Frau Dagmar Pieper (üstra Verkehrsbetriebe AG, Mitglied der Fachgruppe Betriebl. Sozialberatung)
- Herr Jan Rickmann (Continental AG, ebenfalls Mitglied der genannten Fachgruppe).

Die Veranstaltung begann mit einer Vorstellung der Ergebnisse einer stichprobenartigen Erhebung aus den Jahren 2009/2010 (n=40), die die Fachgruppe in den vergangenen Monaten durchgeführt hatte. Frau Pieper fasste dabei zusammen, dass mehr als die Hälfte der befragten Mitarbeiter, die sich in diesem Zeitraum um eine ambulante Psychotherapie bemüht hatten, weitaus länger als zwei Monate auf ein Erstgespräch warten musste. Der da-

rauf folgende Therapiebeginn verzögerte sich um weitere Wochen und Monate. Für die Unternehmen bzw. den öffentlichen Dienst bedeute dies einen hohen Verlust an Arbeitsleistungen, für die Betroffenen selbst eine große Demotivation und erhöhte Chronifizierungsraten.

Herr Dr. Kobelt ergänzte, dass die langen AU-Zeiten zudem mit einer negativen Wiedereingliederungsprognose und damit einer wachsenden Zahl an Frühberentungen verbunden sei. Eine umfassendere ambulante-psychotherapeutische Vorbehandlung könne die Rehabilitationserfolge und -prognosen deutlich verbessern. Er wünsche sich zudem eine bessere Vernetzung mit den Betrieben und den Krankenkassen, um ggf. auch mittels integrierter Versorgungsmodelle eine Verbesserung für die Betroffenen zu erwirken.

Auch Herr Rickmann bestätigte aus seiner Perspektive den Wunsch nach mehr kurzfristig verfügbaren niedrighwelligen psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten bzw. eines schnelleren und gezielteren Zugangs zu den Behandlungen.

Frau Corman-Bergau bestätigte in ihrem Redebeitrag die Einschätzung der Fachgruppe und benannte die Forderungen der Psychotherapeutenkammer nach einer bedarfsgerechteren Versorgungsplanung sowie einer gesetzlichen Regelung zur Erhöhung des Zeitkontingents im Bereich Jobsharing. Sie wies dann aber auch auf die bereits vorhandenen positiven und kreativen Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation hin. So stellte sie das integrierte Versorgungskonzept der TU Braunschweig, der BKK Salzgitter und der Salzgitter AG für Mitarbeiter mit psychischen Problemen beispielhaft vor. Sie bestätigte, dass die Psychotherapeutenkammer auch zukünftig sehr an einer

engen Zusammenarbeit mit den Betrieben interessiert sei.

Zum Abschluss der Veranstaltung wurde noch dem Publikum die Möglichkeit gegeben, Fragen an die Beteiligten zu richten. In der anschließenden Diskussion wurde von mehreren Anwesenden der Schulungsbedarf bei Arbeitgebern im Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitern herausgestellt. Hier sollte im Rahmen spezieller Führungskräfte trainings der vorsichtige und empathische, aber auch konfrontierende Umgang mit erkrankten Mitarbeitern eingeübt werden.

Insgesamt wurde bei der gut besuchten Veranstaltung deutlich, dass auch zukünftig alle Beteiligten – Betriebe, Krankenkassen, Behandler und Patienten – von einer engen und kreativen Zusammenarbeit profitieren könnten. Die Bereitschaft dazu zeigte sich am 5. Juli 2011 bereits in einem hohen Ausmaß.

Beteiligte Unternehmen:

- Bundespolizei
- Continental AG
- Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
- Enercity
- Landeshauptstadt Hannover
- Leibniz Universität Hannover
- Medizinische Hochschule Hannover
- Region Hannover
- Robert Bosch / Blaupunkt GmbH
- üstra Hannoversche Verkehrsbetriebe AG
- WABCO GmbH Hannover
- Siemens AG

*Lea Peplau
Presse- und Öffentlichkeitsreferentin*

Die politische Aktion zum Versorgungsstrukturgesetz – Resonanzen

Anlässlich des Referentenentwurfs zum Versorgungsstrukturgesetz unterstützte die PKN Anfang Juni 2011 eine umfangreiche Aktion der BPTK, mit deren Hilfe Politiker deutschlandweit auf die veraltete Bedarfsplanung Psychotherapie aufmerksam gemacht werden sollten. Zu diesem Zweck nahm die Kammer selbst Kontakt zu allen niedersächsischen Bundestagsmitgliedern auf und bat zudem ihre Mitglieder um Unterstützung in dieser Sache. Wir möchten die Gelegenheit nutzen und Ihnen im Folgenden von den Resonanzen dieser Aktion berichten.

Positiv überrascht waren wir von dem großen Interesse und Engagement, auf das wir bei vielen Kammermitgliedern stießen. Es wurde deutlich, dass insbesondere die bereits niedergelassenen Kollegen und viele Neuapprobierte spontan bereit waren, sich für eine Verbesserung der Patientenversorgung einzusetzen und Kontakt zu dem entsprechenden Personenkreis aufzunehmen. Einige Mitglieder erhielten Rückmeldungen von den Politikern, die sie in der Folge wiederum an uns weiterleiteten. Ergänzt durch die Rückmeldungen, die die Kammer selbst erhalten hat, ergibt sich daraus folgendes Bild:

Die **CDU** verwies auf die Sachverständigen-Anhörung im parlamentarischen Beratungsverfahren. Dort werde geprüft, ob

eine Nachjustierung der Verhältniszahlen (Einwohner pro Psychotherapeut) tatsächlich nötig sei. Sie benannte zudem die Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen als „Feinsteuerung“ der Versorgungssituation, sprach aber weiterhin auch von einem „nötigen Abbau von Überversorgung“.

Die **FDP** wies darauf hin, dass ein Gespräch zwischen der BPTK und den Gesundheitspolitikern ihrer Bundestagsfraktion stattgefunden habe. Die Inhalte würden gerade innerparteilich diskutiert.

In der Opposition sprach sich die **SPD** für eine an Morbidität und Erreichbarkeit orientierte Neuordnung der Versorgungssituation aus. Die Argumente der Kammer würden in den Beratungen zum parlamentarischen Verfahren „sehr ernstgenommen“. Erfreulicherweise fand auch ein Gespräch zwischen Vorstandsmitgliedern der PKN und Fr. Dr. C. Reimann von der SPD (Vorsitzende des Gesundheitsausschusses) statt, in dem die Kammer ihre Forderungen erneut bekräftigen konnte. Bei den **Grünen** zeigte sich insbesondere Fr. B. Bender (Gesundheitspolitische Sprecherin) an der psychotherapeutischen Versorgungssituation interessiert. Sie erkenne, dass die rechnerische Über- und Unterversorgung „keinen nachvollziehbaren Bezug zur tatsächlichen Versorgung“ aufweise.

Fr. Bender verwies zudem auf die Anfang Juli von den Grünen initiierte Kleine Anfrage zu eben diesem Problembereich (im Internet einzusehen unter Drucksachennummer 17/6414).

Insgesamt hoffen wir, dass es mit dieser Aktion gelungen ist, bei den zuständigen Politikern ein erstes Problembewusstsein für die mangelhafte psychotherapeutische Versorgungssituation zu wecken. Im September wird im Bundestag eine Sondersitzung für eine Anhörung zum Versorgungsstrukturgesetz stattfinden. Die PKN plant, im Vorfeld hierfür erneut Kontakt zu Politikern und Presse aufzunehmen, um diese dann dezidiert über die Wartezeitsituation in den einzelnen niedersächsischen Planungsbezirken zu informieren. Erfreulicherweise scheinen aktuell auch einige niedersächsische Betriebe bereit, sich für eine verbesserte psychotherapeutische Versorgung ihrer Mitarbeiter zu engagieren. Die maßgeblichen politischen Entscheidungen werden dann wohl jedoch erst zum Jahresende getroffen.

Wir möchten uns auf diesem Wege noch einmal herzlich für Ihr großes Interesse und Engagement bedanken und freuen uns über jede Rückmeldung.

Lea Peplau
Presse- und Öffentlichkeitsreferentin

Auswertung der Fragebogenstudie „Neuapprobierte“

Die Ergebnisse der von der LPK Hessen im Länderrat initiierten Umfrage unter den Neuapprobierten (Approbation nach dem 01.01.2009) liegen nun vor. Die bundesweite Auswertung findet in Hessen statt. Es beteiligten sich insgesamt 359 Neuapprobierte, in Niedersachsen lag die Zahl bei 74. Wir möchten Ihnen nun auf diesem Wege schon einige niedersachsenorientierte Ergebnisse mitteilen.

Es fiel uns zunächst erfreulich ins Auge, dass keiner der niedersächsischen Neuapprobierten ohne Arbeit ist (BRD: 2,8%). Es zeigt sich zudem eine insgesamt sehr hohe Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit, in

Niedersachsen bei 58,1% der Neuapprobierten (BRD 57,4%). Als Gründe hierfür wird vor allem die „Arbeit an sich“ genannt, aber auch freundliche Kollegen, ein angenehmes Arbeitsklima und die Möglichkeit zum selbständigen Arbeiten tragen zur Zufriedenheit bei. Beklagt wird im Gegenzug die schlechte Bezahlung von Klinikangestellten bzw. dass in Institutionen nur wenig psychotherapeutisches Arbeiten im eigentlichen Sinne stattfindet. Unzufrieden machen auch die Probleme bei der Niederlassung sowie die insgesamt hohe Arbeitsbelastung. Als überwiegend unzufrieden bezeichnen sich in Niedersachsen 10,8%, bundesweit 15,3% der Neuapprobierten.

Die Ergebnisauswertung bestätigte zudem erneut die lange Ausbildungszeit vom Beginn des Hochschulstudiums bis zum Erreichen der Approbation. Dabei fallen die Unterschiede zwischen den verschiedenen Vertiefungsverfahren geringer aus als zunächst erwartet: Eine VT-Ausbildung dauert in Niedersachsen im Durchschnitt 5,04 Jahre, eine kombinierte Ausbildung Tiefenpsychologie und Analyse 6,75 Jahre. Eine PP-Ausbildung nimmt 5,46 Jahre in Anspruch, eine KJP-Ausbildung 5,26 Jahre. Auf Bundesebene finden sich vergleichbare Zahlen.

Berufliche Veränderungswünsche bestehen vor allem in Richtung Niederlassung

in eigener Praxis mit Kassenzulassung, die erschwerenden Rahmenbedingungen (Bedarfsplanung, Kosten) werden deutlich beklagt. Die angestellten Neuapprobierten bemängeln v. a. die fehlende facharztäquivalente Bezahlung sowie die eingeschränkten Möglichkeiten, eine Leitungsfunktion zu erreichen. An dieser Stelle herrscht unter den Neuapprobierten offenbar auch

eine Verunsicherung bzgl. der Aufgaben der Kammer: Zwar setzen wir uns für eine neue Bedarfsplanung Psychotherapie ausdrücklich ein und betreiben hier auch politische Lobbyarbeit – neue Kassensitze zur Verfügung stellen können wir aber leider nicht. Genauso unterstützen wir die Forderung nach einer facharztäquivalenten Vergütung und der Möglichkeit von Lei-

tungsfunktionen für Psychotherapeuten in vollem Umfang, eine entsprechende gesetzliche Verankerung liegt aber leider nicht in unseren Händen. Weitere Ergebnisse der Fragebogenstudie finden Sie unter www.pknds.de

Lea Peplau
Presse- und Öffentlichkeitsreferentin

Kammerarbeit für Mitglieder im Angestelltenverhältnis

In den vergangenen Monaten wurde die PKN wiederholt mit Anfragen konfrontiert, warum auch angestellte und verbeamtete Psychotherapeuten in der Kammer zur Mitgliedschaft verpflichtet sind und welchen Nutzen sie aus dieser ziehen können: Die Pflichtmitgliedschaft wird durch das Kammergesetz für die Heilberufe (Heilkammergesetz – HKG) vorgeschrieben und tritt bereits dann in Kraft, wenn approbierte Psychotherapeuten in Arbeitsbereichen beschäftigt sind, in denen sie die Kenntnisse der Approbation einsetzen oder auch nur einsetzen könnten (demnach z. B. auch bei lehrenden, forschenden oder verwaltenden Tätigkeiten). Zu den Zielen der PKN gehört es u. a., sich für eine angemessene tarifliche Eingruppierung angestellter Psychotherapeuten äquivalent zum Facharzt einzusetzen. Wir wissen, dass sich diese Eingruppierung aktuell immer noch nach dem Grundberuf richtet und damit der realen Qualifikation und der ausgeübten Tätigkeit approbierter Psycho-

therapeuten nicht entspricht. Es ist zudem unser Wunsch, die Aufstiegsmöglichkeiten zu Leitungsfunktionen zu fördern und schließlich auch gesetzlich zu verankern. Ein weiteres wichtiges Thema auf unserer Agenda betrifft die finanzielle und rechtliche Situation der PIAs, die wir weiterhin als völlig unzureichend betrachten.

Gerade politische Entscheidungen und Veränderungen brauchen oft ihre Zeit. Unsere Berufsgruppe ist auch weiterhin häufig nicht direkt am Geschehen beteiligt und muss somit ständig daran arbeiten, die Notwendigkeit und Qualität unserer Profession im Denken zu verankern. Die PKN bereitet derzeit einen eigenen Themenbereich für Angestellte und Psychotherapie in Institutionen auf der Homepage vor, über den Sie sich zukünftig über aktuelle Entwicklungen und Angebote informieren können. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer wird zudem ein Anschreiben speziell für die Kammermitglieder

im Angestellten- oder Beamtenverhältnis versenden, um diese über die spezifische Arbeit der PKN in diesem Themenfeld und die neue Rubrik auf der Homepage der PKN weiterführend zu informieren.

Lea Peplau
Presse- und Öffentlichkeitsreferentin

Geschäftsstelle:

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten allgemein:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Sprechzeiten „Fragen zur Akkreditierung“:
Mi + Do 09.00 – 11.30 Uhr
E-Mail: info@pknds.de
„Fragen zur Akkreditierung“:
Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Bekanntmachung

Änderung des Vertrags über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung vom 22.12.2005, zuletzt geändert am 12.12.2006 (niedersächsisches ärzteblatt 3/2007, S. 77, Psychotherapeutenjournal 1/2007, S. 79, ZKN Mitteilungen 1/2007, S. 63)

1. In § 9 Satz 2 der Verbandsordnung werden nach den Wörtern „nach § 121a Abs. 2 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs,“ die Wörter „die Erteilung von Erlaubnissen nach § 5 Abs. 9b Satz 1 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung,“ eingefügt.
2. Die Änderung der Verbandsordnung tritt zum 01.01.2012 in Kraft.

Hannover, den 06.07.2011,

Dr. Martina Wenker
– Vorsitzende der Verbandsversammlung –

Die Veränderung betrifft die Ärztekammer Niedersachsen, den Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung, in dem die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen auch Mitglied ist. Die Änderungen beziehen sich auf den ärztlichen Bereich.

Ergebnis der TK-Studie: Psychotherapie in der ambulanten Versorgung ist nachhaltig wirksam

Psychotherapie ist nachhaltig wirksam. Das ist das Ergebnis einer Langzeitstudie, an der von 2005 bis 2009 rund 1.700 Patienten und knapp 400 Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe, Hessen und Südbaden teilnahmen. Die Studie, die von der Techniker Krankenkasse (TK) finanziert wurde, untersuchte die Erfolge ambulanter Psychotherapien unter Alltagsbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Psychotherapeutenkammer NRW unterstützte 2004 nach intensiven Diskussionen die TK-Initiative, „erstmalig den Versuch zu unternehmen, im ambulanten Bereich der Verpflichtung nach § 135 SGB V nachzukommen, Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität zu erproben“. Der Kern des Modellprojekts ist ein modernes Feedbacksystem, das die Patientenperspektive in den Mittelpunkt stellt und ein breites Spektrum an Kriterien berücksichtigt: Symptomveränderungen, interpersonelles Verhalten, eine störungsspezifische Bewertung, die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Evaluation des Projekts wurde auf Basis psychometrischer Erhebungen (inkl. 1-Jahres-Katamnese) und klinischer Befunde vorgenommen sowie auf Basis von Befragungen der beteiligten Patienten, Therapeuten und Gutachter.

Prof. Dr. Werner W. Wittmann von der Universität Mannheim, der zusammen mit Prof. Dr. Wolfgang Lutz von der Universität Trier die Evaluation durchführte, stellt im Interview die zentralen Ergebnisse der Langzeitstudie dar.

Was war der Anlass für das TK-Modellprojekt?

Es sollte in einer randomisierten Studie überprüft werden, ob der Einsatz von

psychometrischen Verfahren in Verbindung mit einem modifizierten Gutachterverfahren (TK-Modell) zu einer höheren Ergebnisqualität führt als das traditionelle Gutachterverfahren. Im TK-Modell wurde nur dann eine Begutachtung durchgeführt, wenn auf den psychometrischen Skalen keine klinische Auffälligkeit zu Therapiebeginn feststellbar war. In der Kontrollgruppe erfolgte der Zugang zur Therapie wie gewohnt. Im TK-Modell erhielten die Therapeuten die Fragebogenergebnisse darüber hinaus nach bestimmten Sitzungsintervallen zurückgemeldet. Auf diese Weise konnten sie ihr klinisches Urteil mit den psychometrischen Ergebnissen im Therapieverlauf immer wieder abgleichen und die Testprofile auch mit den Patienten besprechen. Die Kontrollgruppe erhielt keine Rückmeldung der Testergebnisse.

Wie wurde die Qualität der ambulanten Psychotherapien festgestellt? Welche psychometrischen Instrumente wurden eingesetzt?

Die Therapeuten füllten eine Basisdokumentation bei Therapiebeginn und bei Therapieende aus. Zur Beurteilung des gesundheitlichen Befindens wurden neben dem BSS und GAF auch Problemratings in Anlehnung an die Basisdokumentation Fachpsychotherapie (PsyBado) erhoben, darüber hinaus wurden auch Fragen zur Erwerbsfähigkeit und Medikation gestellt. Die Therapeuten der Interventionsgruppe erhielten im Gegensatz zu den Therapeuten der Kontrollgruppe darüber hinaus auch die ICDL-Diagnosechecklisten sowie das Berner Therapieziel Inventar BIT.

Die Patienten füllten das Brief Symptom Inventory BSI, das Inventar für interpersonale Probleme IIP, den SF12 sowie in Abhängigkeit von der jeweiligen Hauptdiagnose ein störungsspezifisches Instrument (wahlweise

bei depressiven Störungen, AKV bei Angsterkrankungen, SOMS bei somatoformen Störungen, HZI bei Zwangserkrankungen oder EDI bei Essstörungen) aus.

Um ein zusammenfassendes Bild vom aktuellen Status der Patienten zu erhalten, wurden die Einzelinformationen der Therapeuten- und Patientensichtweise jeweils zu multiplen Ergebniskriterien aggregiert. Zur standardisierten Erfolgsbewertung wurden Effektgrößen berechnet.

Zur Beurteilung der Prozessqualität wurde von den Patienten außerdem der Helping Alliance Questionnaire HAQ erhoben.

Welche Fragen bekamen Psychotherapeut und Patient wann gestellt?

Die Therapeutenratings wurden bei Therapiebeginn und bei Therapieende erhoben.

Die Patienten füllten ihre gesamte Testbatterie (BSI, IIP, SF12 und störungsspezifischer Test) bei Therapiebeginn, bei Therapieende sowie ein Jahr nach Therapieende (1-Jahres-Katamnese) aus. Die Patienten der Interventionsgruppe machten darüber hinaus Zwischenmessungen (so z. B. nach der 10., 20., 40. und 55. Sitzung).

Zu den Ergebnissen: Welche Patienten kommen zum niedergelassenen Psychotherapeuten? Welche Diagnosen werden gestellt? Wie schwer sind ihre psychischen Erkrankungen, auch im Vergleich mit stationären Diagnosen?

Der Altersdurchschnitt liegt bei 40,5 Jahren und der Frauenanteil bei 70%.

Mit einem Abiturientenanteil von etwa 42% zeigt sich eine Tendenz zu höheren Bildungsabschlüssen. Das Diagnosespek-

trum ist typisch für den ambulanten Bereich, es überwiegen bei den Hauptdiagnosen depressive Störungen, gefolgt von Angststörungen. Dabei liegt eine klinisch relevante Beeinträchtigung vor, d. h., es ist ein deutlicher Behandlungsbedarf bei den Patienten festzustellen. Auch im BDI liegt die Belastung zu Therapiebeginn mit 20 Punkten deutlich oberhalb der von den Testautoren angegebenen klinisch relevanten Grenze. Bei den depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen ist die Kategorie „mittelgradig“ (F32.1 bzw. F33.1) besonders häufig vertreten.

Vor einigen Jahren hat unsere Arbeitsgruppe eine größere Metaanalyse zur Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation durchgeführt. In mehreren Studien wurde auch die SCL-90-R erhoben. Für die psychosomatischen Kliniken konnten folgende SCL-90-R-Werte ermittelt werden. Danach betrug der Aufnahme-Mittelwert bei Aufnahmen in die Klinik über 32 Studien (insgesamt 6.460 Patienten, psychosomatische Rehabilitanden) zu Therapiebeginn 1,18.

Dies entspricht also so ziemlich genau der Größenordnung, die wir im inhaltlich vergleichbaren BSI, der eine Kurzform der SCL-90-R ist, im TK-Projekt gefunden haben, hier liegt der Rohwert bei 1,22 (Interventionsgruppe) bzw. 1,14 (Kontrollgruppe). Natürlich sind in der psychosomatischen Rehabilitation andere Voraussetzungen zu beachten, auch dort bilden aber Depressionen und Ängste zwei wichtige Hauptproblemgruppen.

Ein weiterer Punkt ist die relativ lange Krankengeschichte der ambulanten Psychotherapiepatienten. So liegt die Erstmanifestation der Erkrankung im Mittel bereits sieben Jahre zurück und die aktuelle Manifestation mehr als zwei Jahre. Im Durchschnitt müssen die Patienten mehr als sechs Wochen lang auf ihr Erstgespräch warten.

Ergaben sich Unterschiede durch das Qualitätsmonitoring: andere Diagnosen, mehr Diagnosen, unterschiedliche Zahl an Therapiesitzungen, unterschiedliche Längen der gesamten Behandlung?

Insgesamt werden in der Interventionsgruppe mehr Zweit-, Dritt- und Viertdiagnosen festgestellt als in der Kontrollgruppe. Dies ist möglicherweise auf die umfangreichere Diagnostik (ICDL-Checklisten, Therapiezielkatalog) zurückzuführen. In der Interventionsgruppe werden etwas mehr Therapiesitzungen als in der Kontrollgruppe abgerechnet, allerdings bewegt sich dies noch im Rahmen der Zahlen, die in großen Vergleichsstichproben, die nicht am Modellvorhaben teilnahmen, berichtet werden.

Wie erfolgreich behandeln niedergelassene Psychotherapeuten? Ist Psychotherapie wirksam?

Diese Frage kann eindeutig mit ja beantwortet werden! Die beobachteten Effektgrößen liegen aus Therapeuten- und Patientensicht beim Vergleich zwischen Therapieanfang und Ende über 1,00 und bewegen sich damit im oberen Bereich metaanalytischer Vergleichsuntersuchungen! Diese Effekte sind auch in der 1-Jahres-Katamnese stabil.

Wie bewerteten die Patienten die Möglichkeit, Fragen zum Therapieverlauf zu beantworten?

Die Patienten bewerten das Modellvorhaben fast durchgängig sehr positiv (mehr als 90%).

Wie bewerteten die Psychotherapeuten den Einsatz von psychometrischen Instrumenten und Fragebögen?

Die Therapeuten sind etwas zurückhaltender mit ihrer Bewertung, immerhin äußern sich etwa 3/4 als zufrieden.

Lohnt sich Psychotherapie auch ökonomisch?

Ja, eindeutig. Kosten-Nutzen-Berechnungen mit entsprechenden ökonomischen Gleichungen zeigen, dass sich jeder für die ambulante Psychotherapie investierte Euro gesamtgesellschaftlich gesehen dreifach auszahlt!

Hat sich das Gutachterverfahren bewährt oder ist es „zu bürokratisch“, wie die TK feststellt?



Prof. Dr. Werner W. Wittmann

Zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe haben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bei der Ergebnisqualität der durchgeführten Behandlungen gezeigt, d. h. die modifizierte Vorgehensweise zur Qualitätssicherung im TK-Modell ist dem traditionellen Verfahren weder unter- noch überlegen. Auf der einen Seite entfällt einiges an Aufwand für die traditionelle Begutachtung, auf der anderen Seite ist der Mehraufwand durch die standardisierte Diagnostik (in Verbindung mit der modifizierten Begutachtung) einzuwenden. Diese Frage kann von uns aus den uns vorliegenden Daten daher nicht beantwortet werden, sondern sollte von den Vertretern aller beteiligten Interessengruppen (Therapeuten, Patienten, Krankenkassen, Gutachter) gemeinsam diskutiert werden.

Festzuhalten bleibt, dass mit der TK-Studie wertvolle Daten für die Versorgungsforschung gewonnen wurden und angesichts der sehr guten Ergebnisqualität eine beeindruckende Dokumentation der Leistungsfähigkeit der ambulanten Psychotherapie vorliegt, die deren Bedeutung für das Versorgungssystem in Deutschland unterstreicht.

<http://www.tk.de/tk/050-publikationen/studien-und-umfragen/qualitaetsmonitoring-in-der-psychotherapie-mai-2011/341996>.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0

Versorgungswerk

der



Psychotherapeutenkammer Nordrhein-
Westfalen

PTV

Körperschaft des öffentlichen Rechts

2012 Erhöhung der Renten und Anwartschaften – Bericht über das Geschäftsjahr 2010

Karl Wilhelm Hofmann, Vorsitzender des Verwaltungsrates des PTV, berichtet:

Zum 01.07.2010 wurden die Mitglieder der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) aufgrund des mit der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTK NRW) und dem Versorgungswerk (PTV NRW) geschlossenen Verwaltungsabkommens sowie der gleichzeitig in Kraft getretenen Satzungsänderungen Mitglieder im PTV NRW. Dem Versorgungswerk sind 773 Gründungsmitglieder der OPK beigetreten. Bereits im Jahr 2009 wurde ein Staatsvertrag zwischen den Bundesländern NRW und Baden-Württemberg zur Einbeziehung der Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) in das Versorgungswerk geschlossen. Damals haben sich 852 Gründungsmitglieder der LPK BW für das Versorgungswerk entschieden.

Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung war im Geschäftsjahr 2010 geprägt durch eine Erholung an den Aktien- und eine Stabilisierung an den Rentenmärkten. Die Entwicklung des Vermögens des Versor-

gungswerks war im Berichtsjahr positiv. Die Kapitalanlagen sind gegenüber dem Vorjahr um 11,5 Mio. € gestiegen.

Zur Risikoversorge hat der Verwaltungsrat in den letzten Jahren eine sog. Zinsunterdeckungsreserve von derzeit 6 Mio. € und eine sog. Biometrierückstellung von 5 Mio. € aufgebaut sowie die Verlustrücklage mit 1,37 Mio. € auf 4% der Deckungsrückstellung erhöht. Die Zinsunterdeckungsreserve sichert die Erwirtschaftung des Rechnungszinses von 3,5% auch für den Fall, dass in einem Jahr ein Kapitalertrag in dieser Höhe nicht erwirtschaftet werden kann. Die Biometrierückstellung dient der Absicherung versicherungsmathematischer Trends wie der Längerlebigkeit.

Im Geschäftsjahr 2010 wurden Erträge von über 1.140 T € realisiert, welche überwiegend durch die festverzinslichen Wertpapiere erzielt wurden. Ein Rentenfonds wurde Anfang des Jahres umgeschichtet mit einem Erlös hieraus von über 161 T €. Die Nettoertragsrendite lag bei 3,77% und damit über dem Rechnungszins von 3,5%.

Die Verwaltungskosten konnten erneut gesenkt werden und betragen 4,69% (Vorjahr 4,73%).

Weitere Zahlen aus dem Jahresabschluss zum 31.12.2010 im Überblick:

- 4.462 anwartschaftsberechtigte Mitglieder
- 12,5 Mio. € Beitragseinnahmen
- 360 € durchschnittlicher Pflichtbeitrag (Vorjahr 340 €)
- 43 Mio. € Gesamtvermögen (Vorjahr 30 Mio. €)
- 56,3 T € Rentenleistungen (Vorjahr 16,7 T €).

Die Vertreterversammlung hat vor dem Hintergrund der guten Ergebnisse eine Erhöhung der Renten und Anwartschaften zum 01.01.2012 um 2% beschlossen.

Weitere aktuelle Informationen zum Versorgungswerk unter www.ptv-nrw.de.

Psychotherapeutischer Sachverstand für die Justiz – Sachverständigentätigkeit trifft auf großes Interesse

Der Bedarf an psychotherapeutischem Sachverstand bei Gerichten und anderen Auftraggebern ist groß. Die Unterstützung von PsychotherapeutInnen suchen Juristen etwa, wenn es um die Beurteilung von Schuldfähigkeit, Maßregelunterbringung oder um das Aussetzen einer Reststrafe zur Bewährung geht. Im Jugendstrafrecht ist unter Umständen die strafrechtliche Verantwortlichkeit oder die Reife zu beurteilen, im Strafvollstreckungsrecht die Möglichkeit von Vollzugslockerungen. Im Familienrecht ist das psychotherapeutische Fachwissen bei Entscheidungen über Sorgerecht, Umgang, Kindeswohl, Erziehungseignung, Pflegschaft, Adoption und Unterbringung gefragt, in der Kinder- und Jugendhilfe hingegen geht es um Fragen rund um die Eingliederungshilfen. Im Zivilrecht stützen sich Juristen auf Gutachten von PsychotherapeutInnen, um etwa Aussagen zur Testier- oder Geschäftsfähigkeit treffen zu können. Breit gefächert – entsprechend der vielen Versichertenarten – sind die Themen im Sozialrecht und im Verwaltungsrecht zu beurteilen, beispielsweise zur Fahreignung, zum Aufenthaltsrecht oder zur Wehrtauglichkeit. Hinzu kommen für alle Rechtsgebiete spezielle neuropsychologische Gutachten oder Gutachten zur Glaubhaftigkeit von Aussagen.

Auch die OPK wurde in den letzten Jahren immer wieder von Gerichten angefragt, qualifizierte psychotherapeutische Sachverständige zu empfehlen. Dies war jedoch bislang nicht möglich, da die Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts nur Qualifikationen bestätigen und nach außen vertreten kann, die sie auch überprüft hat und deren Einhaltung sie auch gewährleisten kann. Es fehlte eine Möglichkeit, die Lücke zwischen potenziellen Auftraggebern und an Sachverständi-

gentätigkeit interessierten Mitgliedern zu schließen.

Im April 2011 verabschiedete die Kammerversammlung der OPK eine „Richtlinie zur Eintragung in die Sachverständigenliste“, in der geregelt wird, welche Anforderungen OPK-Mitglieder erfüllen müssen, um sich als Sachverständige für ein oder mehrere Rechtsgebiete eintragen zu lassen. Wertvolle Vorarbeit wurde dazu von einer überregionalen Arbeitsgemeinschaft engagierter Kammern geleistet, in der die OPK mitgewirkt hat.

Eine große Herausforderung stellte die praktische Realisierung dieser Fortbildung dar, als Kammerversammlung und OPK-Vorstand in dem Ziel einig waren, keinen neuen Beruf „Rechtspsychotherapeut“ schaffen zu wollen, sondern den Mitgliedern zusätzlich zu ihren jeweiligen therapeutischen Arbeitsfeldern ein weiteres zu eröffnen. Die Fortbildung richtet sich daher ausschließlich an die Kammermitglieder, d. h. an approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, die in einem bestimmten Rechtsgebiet tätig werden wollen. Wie die Erfahrung zeigt, entspricht das den Möglichkeiten und Wünschen der Kolleginnen und Kollegen.

Um den offensichtlich vorhandenen Zusatzbedarf an psychotherapeutisch qualifizierten Sachverständigen zu decken und gleichzeitig den OPK-Mitgliedern den Einstieg in dieses interessante Tätigkeitsfeld zeitnah zu ermöglichen, hat die OPK nach rascher Arbeit bereits im Mai 2010 das erste Modul „Rechtliche Grundlagen der Sachverständigentätigkeit“ anbieten können. Diese kompakte Fortbildungswoche vermittelt grundlegendes, tätigkeits-

feldbezogenes und juristisches Wissen zur Sachverständigentätigkeit und gibt einen Überblick über die verschiedenen Rechtsgebiete, in denen eine spätere Tätigkeit als Sachverständiger möglich ist. Diese Inhalte sind – zusätzlich zum bereits vorhandenen heilkundlichen Wissen – nötig, um qualitativ hochwertige Gutachten verfassen zu können. Aufgrund der großen Nachfrage konnten im Oktober 2010, im Mai 2011 sowie im September 2011 weitere Grundlagenmodule mit jeweils 25 TeilnehmerInnen angeboten werden, die bereits Wochen vorher ausgebucht waren – daher sind auch in 2012 weitere Module geplant.

Interessierten PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen steht nach dem Besuch des einwöchigen Grundlagenmoduls die Spezialisierung auf eines oder mehrere Rechtsgebiete offen. Dazu wurden auf Grundlage der OPK-Richtlinie Fortbildungsmodule im

- Strafrecht
- Familienrecht und KJHG
- Sozialrecht
- Zivil- und Verwaltungsrecht
- sowie Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage

entworfen.

Seit November 2010 konnten bereits Spezialisierungsmodule in den Rechtsgebieten Familienrecht/KJHG, Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage sowie Strafrecht erfolgreich durchgeführt werden. Die Module Familienrecht und Sozialrecht, welche im November 2011 auf dem Plan stehen, sind bereits seit einiger Zeit ausgebucht. Daher hat die OPK im ersten Halbjahr 2012 weitere Module in den Fortbildungskalender

aufgenommen (Informationen zu den Terminen und Modulen finden Sie unter www.opk-info.de).

Bis heute haben bereits 100 TeilnehmerInnen das Grundlagenmodul erfolgreich absolviert. Über zwei Drittel davon haben darüber hinaus ein Spezialisierungsmodul besucht und beginnen nun mit der Gutachtererstellung, dem sogenannten praktischen Teil des Curriculums. Dieser Teil der Fortbildung ist ein besonderes Anliegen, da sich aus der nachgewiesenen Befähigung zur Erstellung von Gutachten ein wesentliches Qualitätsmerkmal ergibt. Zur Unterstützung bietet die OPK dazu Praxisseminare, sogenannte Fallbesprechungen, an, die von akkreditierten Mentoren geleitet werden. Im Moment findet einmal im Monat für die Rechtsgebiete Familienrecht und Strafrecht ein solches Seminar statt, zu dem die TeilnehmerInnen eigene Gutachten mitbringen, die dann mit den übrigen Anwesenden sowie der Leitung besprochen werden, um auf Fallstricke, Probleme und Herangehensweisen aufmerksam zu machen.

Die Besonderheit der Richtlinie der OPK besteht darin, dass pro Rechtsgebiet je drei Gutachten gegenüber der OPK-Fachkommission Sachverständigentätigkeit nachgewiesen werden müssen. Genügen die Gutachten den Qualitätskriterien, wel-

che die Fachkommission Sachverständigentätigkeit in Abstimmung mit dem Vorstand der OPK eigens für die Prüfung der Gutachten im praktischen Teil der Sachverständigenausbildung entworfen hat, erfolgt die Aufnahme in die Sachverständigenliste sowie die Ausstellung des Zertifikates „Sachverständiger OPK“ für das jeweilige Rechtsgebiet. Dadurch, dass für jedes einzelne Rechtsgebiet die entsprechende fachliche Vertiefung erbracht und praktisch nachgewiesen werden muss, ist der wichtige Praxisbezug gewährleistet. Der Umfang der erforderlichen Fortbildungseinheiten entspricht diesem Konzept.

Eine weitere Gewährleistung der Qualität des Titels ist die Tatsache, dass Approbierte schon durch die Berufsordnung per se die Verantwortung tragen, nur dann als Sachverständige tätig zu werden, wenn sie die entsprechenden Fachkenntnisse besitzen und sich zudem regelmäßig weiterbilden. Dies ist ein wesentlicher Unterschied, da sich bekanntlich jeder als Sachverständiger betätigen kann, der über Fachkenntnisse verfügt. Die Berufsordnung der OPK regelt das eindeutig (§ 27 Abs. 1 Berufsordnung OPK):

(1) Psychotherapeuten sollen sich nur als Gutachter betätigen, soweit ihre Fachkenntnisse und ihre berufliche Erfahrung ausreichen, um die zu beurteilende Fra-

gestellung qualifiziert beantworten zu können. Sie sind verpflichtet, sich über die für das Gutachten maßgeblichen wissenschaftlichen Standards zu informieren und ihr Gutachten entsprechend zu erstatten.

Dem korrespondiert eine Pflicht der Kammer, eine entsprechende Fortbildungsmöglichkeit zur Verfügung zu stellen, insbesondere, da speziell auf die Bedürfnisse Approbierter abgestellte Veranstaltungen selten angeboten werden. Die OPK unterstützt die Qualifizierung als Sachverständiger auch dadurch, dass Mentoren akkreditiert und vermittelt werden sowie ein Mustervertrag für die Mentorentätigkeit zur Verfügung gestellt wird.

Weiterhin informiert die Kammer alle in den fünf neuen Bundesländern ansässigen Gerichte über die von der OPK geführten Listen und empfiehlt auf Anfrage eingetragene Sachverständige.

Alle in der OPK damit befassten Personen und Gremien sind bemüht gewesen, eine qualitativ hochwertige Fortbildung zu konzipieren, die auch praktisch umsetzbar und leistbar ist. Der Zuspruch ermutigt uns, weiter an der Verbesserung zu arbeiten.

*M.A., M.S. (USA) A. Mrazek,
Präsidentin OPK/ A. Wendt*

Fortbildungen zur Sachverständigentätigkeit 2012

Spezialisierungsmodul Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage 24.01. – 27.01.2012

Neben theoretischen Grundlagen sowie methodischen und didaktischen Aspekten der Glaubhaftigkeitsbegutachtung sowie der aussagepsychologischen Begutachtung wird die Beurteilung der Aussagequalität und der Aussagevalidität im Mittelpunkt stehen. Spezielle Probleme, formale Standards sowie juristische Aspekte bei der Glaubhaftigkeitsbegutachtung bilden den Abschluss dieser 4-tägigen Veranstaltung.

Grundlagenmodul 14.05. – 18.05.2012

In diesem Modul werden wichtige juristische und gesetzliche Rahmenbedingungen dargelegt, Einführungen in die verschiedenen Rechtsgebiete gegeben sowie die Rolle der Gutachter vor Gericht diskutiert. Weiterhin werden Aspekte zur Erstellung von Gutachten aufgegriffen, häufige Fehlerquellen erläutert und das Auftreten vor Gericht geklärt. Die Rechtsgebiete werden als Co-Referate,

jeweils von juristischer und von psychotherapeutischer Seite vorgetragen. So entsteht ein interessantes Wechselspiel aus gerichtlicher Praxis und psychotherapeutischer Sichtweise und umgekehrt.



Spezialisierungsmodul Familienrecht 28.05. – 31.05.2012

Vom 28. bis 31. Mai 2012 findet, ebenfalls auf Schloss Machern, die bereits dritte Veranstaltung zum Familienrecht statt. In diesem Modul werden neben rechtlichen Aspekten des Familien- und

Sorgerechts eingehend psychologisch-psychotherapeutische Voraussetzungen für die Begutachtung im Familien- und Jugendbereich behandelt. Weiterhin werden Probleme und Fehlerquellen der familienrechtlichen Gutachtenerstellung im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen.

Informationen

Detaillierte Informationen zur Fortbildung sowie die Flyer und Anmeldeformulare der angekündigten Veranstaltungen finden Sie unter www.opk-info.de.

A. Wendt

Veranstaltungsankündigung

Diagnostik-Auffrischungsseminar 13.10.2011 – 15.10.2011

Vor dem Hintergrund der künftig strengeren Überprüfung der Kodiervorgaben durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bietet die OPK auf vielfachen Wunsch im Rahmen dieser Blockveranstaltung die Gelegenheit, vorhandenes Wissen über ICD 10, DSM IV und OPD aufzufrischen.

Praxisseminare Fallbesprechung

Im Rahmen der Fortbildung zum „Sachverständigen OPK“ bietet die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer in den Rechtsgebieten Familien- und Strafrecht Praxisseminare zur Falldiskussion an.

Diese beinhalten die theoretische Analyse forensisch-psychologischer Diagnostik und Urteilsbildung im Rahmen der Gutachtenerstellung, ausgehend von einem konkreten Fall. Dazu ist es notwendig, eigene Gutachten mit und in die Diskussion einzubringen.

Die Fallseminare umfassen eine Zeitdauer von zwei Zeitstunden und finden an festgesetzten Terminen statt. Die Gruppengröße ist auf max. 6 Teilnehmer begrenzt. Pro Fallseminar werden 5 Fortbildungspunkte vergeben. Diese können auf das Praxismodul des Curriculums zur Sachverständigentätigkeit angerechnet werden.

Einführung in die psychodynamische Gruppentherapie-Selbsterfahrungsgruppe 23.02.2012 – 26.02.2012

Bei dieser Methode handelt es sich um ein analytisch begründetes Verfahren. Die Gruppe wird als Ganzes behandelt, der Einzelne erlebt sich als Teil dieses Prozesses und reflektiert sich in seiner Beziehung zu anderen.

Durch stattfindende Regressionsprozesse werden Übertragungen und Widerstände aktiviert. Diese können auf dem Hintergrund lebensgeschichtlicher Entwicklung verstanden und bearbeitet werden.

Seitens der Gruppenleiter werden keine Themen vorgegeben. Im Mittelpunkt steht die möglichst freie Assoziation von Gedanken und Gefühlen. Ergänzt werden die Gesprächsrunden durch Maltherapie.

Das Ende bildet ein kurzer Überblick über die theoretischen Hintergründe der Methode, der es jedem Teilnehmer ermöglicht, das Erfahrene gut einzuordnen und die gewonnen Erkenntnisse für seine weitere private und berufliche Entwicklung zu nutzen.

Informationen

Detaillierte Informationen zu den angekündigten Veranstaltungen finden Sie unter www.opk-info.de.

A. Wendt

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
Homepage: www.opk-info.de
Mail: info@opk-info.de

Es ist wieder so weit: Neuwahlen zur Kammerversammlung stehen an

Die zweite Amtsperiode der Vertreterversammlung unserer Kammer geht nach fünf Jahren ihrem Ende zu. Deshalb sind Neuwahlen erforderlich, die im Januar 2012 stattfinden werden.

Die LandesPsychotherapeutenKammer ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts **in Selbstverwaltung**. Das bedeutet, dass nicht eine staatliche Einrichtung die für unsere beiden Berufe wichtigen Regelungen bestimmt, sondern ein Gremium, das von den Mitgliedern gewählt wird. Die Vertreterversammlung ist das oberste Organ der LPK, das alle Satzungen und den Haushaltsplan beschließt, den Vorstand wählt und die Richtlinien seines Handelns festlegt. Deshalb ist es besonders wichtig, dass in einem demokratischen Prozess eine möglichst repräsentative Vertretung des gesamten Berufsstandes erreicht wird.

Die Vertreterversammlung wird nach den Bestimmungen in der Wahlordnung vom 15.02.2006 durchgeführt. Sie finden den Text auch auf unserer Website www.lpk-rlp.de unter der Rubrik „Rechtliches/Satzungen/Wahlordnung“.

Die 25 Mitglieder der Vertreterversammlung werden in unmittelbarer, freier, gleicher und geheimer Wahl für die Dauer von fünf Jahren gewählt. Die Wahl findet als Briefwahl statt. Sie wird als Verhältniswahl nach Hare/Niemeyer auf Grund von Listenvorschlägen durchgeführt.

Dem Vorstand obliegt die Organisation der Wahlen, wozu unter anderem die Berufung des Wahlvorstandes gehört. Dies ist bereits erfolgt, der Wahlausschuss setzt sich aus folgenden Personen zusammen:

Wahlleiter:

Herr RA Ralf Luckhaupt, Mainz

BeisitzerIn:

■ Herr Dipl.-Psych. Karl Friedrich, Mainz

■ Frau Dipl.-Psych. Dr. Bettina Kaufmann-Grebe, Mainz.

Der Wahlausschuss wird sich zu seiner konstituierenden Sitzung am 28. September dieses Jahres, 18.00 Uhr, treffen. Die Sitzungen des Wahlausschusses sind öffentlich und finden immer in dem Sitzungsraum der Kammergeschäftsstelle, Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30, 55130 Mainz, Raum 1E 44, statt. Alle Sitzungstermine werden auf der Website der Kammer unter der Rubrik „Aktuelles“ veröffentlicht. Aus organisatorischen Gründen bitten wir die Mitglieder, die an der Sitzung teilnehmen wollen, sich per Fax oder Mail in der Geschäftsstelle anzumelden, damit ausreichende Sitzgelegenheiten vorhanden sind.

Der Wahlausschuss wird Sie in einem gesonderten Schreiben im Oktober über den genauen Ablauf der Wahl informieren. Für Fragen steht Ihnen der Wahlleiter unter der E-Mail-Adresse wahlleiter@lpk-rlp.de ab 20. September 2011 zur Verfügung.

Wahlberechtigt und wählbar sind alle Mitglieder der Kammer, die sich bis zum Tag der Aufstellung des Wählerverzeichnisses als Mitglieder der Kammer gemeldet haben. Ein Wahlberechtigter kann von seinem Wahlrecht nur Gebrauch machen, wenn er in das Wählerverzeichnis eingetragen ist. Das Wählerverzeichnis liegt ab dem 7. September 2011 bis zum 20. September 2011 in der Geschäftsstelle aus. Innerhalb der Auslegungsfrist haben Sie das Recht,

während der allgemeinen Öffnungszeiten das Wählerverzeichnis einzusehen, um die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Eintragung zu überprüfen.

Falls Sie das Wählerverzeichnis für unrichtig oder unvollständig halten, können Sie **innerhalb der Auslegungsfrist** schriftlich oder zur Niederschrift Einspruch bei der Kammer einlegen. Über den Einspruch entscheidet der Vorstand innerhalb von vierzehn Tagen. Die Entscheidung wird Ihnen schriftlich bekannt gegeben.

Wie erfahren Sie, wer für die Vertreterversammlung kandidiert?

Dem Vorstand ist es ein großes Anliegen, dass alle Mitglieder, die sich für das Ehrenamt zur Verfügung stellen wollen, auch die gleichen Chancen haben, sich bekannt zu machen und über ihre Ziele zu informieren. Gleichzeitig ist aber dem Datenschutz Rechnung zu tragen. Angesichts der Tatsache, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Mitgliedern der Weitergabe ihres Namens und ihrer Anschrift bereits gegenüber Patienten, Krankenkassen oder Kollegen widersprochen haben, sieht sich der Vorstand nicht berechtigt, den Listenvertretern die Adressen der Mitglieder zur Verfügung zu stellen. Deshalb hat er beschlossen, dass den Vertretern der zugelassenen Listen einmal die Möglichkeit geboten wird, die Wahlwerbung über die Kammer zu versenden. Hierzu muss die Werbung in ausreichender Zahl bis zum **14. Dezember 2011** bei der Geschäftsstelle eingegangen sein. Ab dem 19. Dezember 2011 wird dann **einmalig** die gesamte, bis dahin vorliegende Wahlwerbung aller Listen in **einer gemeinsamen Briefsendung** verschickt werden.

Wegen der zentralen Bedeutung der Vertreterversammlung in der politischen Gestaltungsarbeit der Kammer hoffen wir, dass sich viele Kolleginnen und Kollegen an der Wahl beteiligen und bereit erklären,

sich zukünftig ehrenamtlich in den Kammergremien zu engagieren. Nur wer wählt, hat die Möglichkeit, im gesetzlichen Rahmen mitzugestalten.

Die Kammer wird auf ihrer Homepage auch wieder eine FAQ-Liste veröffentlichen, über die die Antworten auf die häufigsten Fragen direkt abrufbar sind.

eGK, eHBA – aktueller Stand und Entwicklung

Der Startschuss fällt: Die Verträge mit der Firma medisign, die zur Zeit der einzige zertifizierte Diensteanbieter ist und auch die KollegInnen in NRW schon mit Heilberufsausweisen ausstattet, sind unterzeichnet, ebenso ist das Abkommen mit der BPTK unter Dach und Fach, sodass wir jetzt an die konkrete Umsetzung gehen können. Realistisch ist, dass Sie noch vor Ende des Jahres die Ausweise beantragen können und dann direkt von uns und medisign mit dem Prüf- und Ausgabeverfahren begonnen werden kann.

Um nicht immer alle, die vielleicht gar nicht an der Ausgabe interessiert sind, anschreiben zu müssen, haben wir in den letzten Wochen bereits eine Abfrage gestartet, wer den Ausweis beantragen möchte. Alle Interessierten sollten den Bogen so schnell wie möglich an uns zurücksenden. Dadurch können medisign ebenso wie die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle konkretere Zeit- und Arbeitspläne ausarbeiten, um möglichst reibungslose Abläufe sicherzustellen.

Mit dem eHBA können die zugelassenen und ermächtigten Mitglieder dann auch online mit der KV abrechnen.

Wer bereits eine smartcard erworben hat oder über KV-Safenet abrechnet, kann aber getrost auf die Weiterentwicklung des Heilberufsausweises warten und muss nicht sofort „umsteigen“.

Vorstellung der rheinland-pfälzischen PiA-Vertreterinnen ...

Als neue PiA-Landesvertreterinnen für Rheinland-Pfalz möchten wir die Gelegenheit nutzen, um uns vorzustellen. Wir sind Manuela Schaefer und Susann Krautwurst und befinden uns im fortgeschrittenen Stadium unserer Psychotherapeutenausbildung. Diese durchlaufen wir beide im Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie (Verhaltenstherapie) der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Hier haben wir auch die Funktion der Institutssprecher inne. Zweimal jährlich treffen sich die Institutssprecher aller Aus-

Die Landespsychotherapeutenkammer RLP initiierte 2008 eine erste PiA-Landeskonferenz, um uns PiA einen Austausch untereinander zu ermöglichen. Zu Beginn ging es vor allem darum, eine PiA-Interessenvertretung zu bilden und den Ist-Zustand PiA-spezifischer Probleme festzustellen. Wir bemühten uns darum, uns selbst besser zu organisieren, unsere Aufgaben zu definieren, uns stärker zu vernetzen und präsenter aufzutreten. Hierbei erfuhren wir immer wieder großen Rückhalt seitens der Landespsychotherapeutenkammer. Nach wie vor sind uns nicht von jedem Ausbildungsinstitut PiA-Sprecher bekannt, wodurch die Umsetzung weiträumiger Veränderungen erschwert ist. Da nur wir unsere Anliegen und Wünsche konkret kennen, können wir uns am besten dafür einsetzen. Deshalb ist es erforderlich, dass sich mehr Institutssprecher in der PiA-Landeskonferenz zusammenfinden und engagieren.

bedürfen positiver Neuerung. Gerade deshalb ist eine breitere Basis an Mitwirkenden notwendig, um diese und weitere Erfolge zukünftig in RLP ausdehnen zu können.



Manuela Schaefer

bildungsinstitute in RLP zur PiA-Landeskonferenz, auf der wir dieses Jahr im Mai als neue Vertreter gewählt wurden.



Susann Krautwurst

Derzeit bestehen einige Themenbereiche, in denen Handlungsbedarf vorherrscht. Auf Bundesebene haben wir gesehen, dass die Meinung der PiA ernst genommen wird und auch etwas bewirkt werden kann. Diese Erfahrung möchten wir gerne nutzen, um uns in Zukunft auf Landesebene mehr einzusetzen und unserer Meinung Gehör zu verschaffen. Neben der bereits erwähnten Verbesserung der prekären Situation der PiA während der Psy-

chotherapeutenausbildung ist es uns ein großes Anliegen, zu den aktuellen berufs-politischen Themen Stellung zu beziehen. Bei unseren Belangen erleben wir die LPK stets hinter uns stehend.

Wir freuen uns auf unsere neue, verantwortungsvolle Aufgabe, bedanken uns bei der LPK für die Unterstützung unserer

Interessen und hoffen auf weiterhin gute Zusammenarbeit.

*Manuela Schaefer und
Susann Krautwurst*

Seminarhinweis: Existenzgründung außerhalb der Kassenzulassung

Die LPK führt die Reihe ihrer Veranstaltungen in Kooperation mit der PTK NRW auch in diesem Jahr fort.

Am **22. Oktober 2011** findet ein **Seminar zur Existenzgründung** statt. Das Seminar richtet sich in erster Linie an KollegInnen, die außerhalb der Kassenzulassung in eigener Praxis tätig werden möchten oder mangels Zulassung werden müssen.

Der Fokus ist auf drei Aspekte gerichtet

- die Rechtslage in der GKV,

- die Situation in der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und
- die steuerrechtlichen Normen.

In Düsseldorf hat bereits eine ähnliche Veranstaltung stattgefunden, die wertvolle Hinweise auf die den Teilnehmern auf den Nägeln brennenden Fragen geliefert hat. Diese werden in die Konzeption des Seminars mit einfließen.

Die Veranstaltung findet im Bürgerhaus Finthen, Am Obstmarkt 24, 55126 Mainz

von 10.00 – 17.30 Uhr statt. Eine Einladung wurde bereits verschickt, wer diese nicht erhalten hat, kann sich das Programm auch auf unserer Website ansehen und ein Anmeldeformular herunterladen.

Für Kolleginnen, die im Rahmen einer KV-Zulassung ihre Tätigkeit aufnehmen, wird es in Zusammenarbeit mit der KV Rheinland-Pfalz ein hierauf abgestimmtes Seminarangebot geben, das noch nicht näher terminiert ist.

Sitzungen der Vertreterversammlung

Am **5. November 2011, 10 Uhr**, findet die vorletzte Sitzung der Vertreterversammlung in dieser Amtsperiode statt.

Die letzte Sitzung ist auf den **17. März 2012, 10 Uhr**, terminiert.

Wie immer ist Tagungsort der Raum 1E 42/43 in der Geschäftsstelle der LPK.

Die Sitzungen sind kammeröffentlich. Zur besseren Planung bitten wir die Mitglieder,

die an der Sitzung als Gäste teilnehmen wollen, sich per Mail, Fax oder Telefon in der Geschäftsstelle anzumelden.

10 Jahre Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz – Einladung zum Festakt in der Staatskanzlei

Das 10-jährige Bestehen und Wirken der Landespsychotherapeutenkammer RLP soll am 28. Januar 2012 mit einem feierlichen Festakt in der Staatskanzlei zu Mainz gewürdigt werden.

Unter der Schirmherrschaft unseres Ministerpräsidenten Kurt Beck und im Beisein zahlreicher Gäste aus der Politik und unserer Partner im Gesundheitswesen wollen wir die Anfänge und die Entwicklung unserer berufsständischen Körperschaft betrachten und eremessen.

Der Blick zurück und nach vorn soll aus kundiger Innen- und Außensicht geübt

werden, die bereits zugesagten oder angefragten Referenten werden auf ganz persönliche Weise ihre Akzente setzen und auch auf den würzenden Schuss Humor werden wir nicht verzichten.

Sie alle sind herzlich eingeladen, diesen Tag mit uns in besinnlich-angeregter und entspannt-vergnüglicher Atmosphäre zu begehen.

Eine persönliche Einladung mit allen weiteren Einzelheiten geht Ihnen noch rechtzeitig zu und wird ebenso auf der Homepage der Kammer veröffentlicht werden.

Geschäftsstelle:

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel 06131/5 70 38 13
Fax 06131/5 70 06 63
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
Telefonische Sprechzeiten:
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr
und zusätzlich
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Birgit Heinrich, Jürgen Kammler-Kaerlein, Susann Krautwurst, Manuela Schaefer.



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Vertreterversammlung verabschiedet Resolution



Die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes hat in ihrer Sitzung am 20. Juni in einer Resolution alle saarländischen Politiker aufgefordert zu verhindern, dass das Versorgungsgesetz zu einer Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker Menschen führt.

Bernhard Morsch – Präsident

Resolution gegen die Verschärfung der Unterversorgung psychisch Kranker

Seit April 2011 liegen die Eckpunkte des Versorgungsstrukturgesetzes vor. Ziel soll u. a. eine spürbare Verbesserung des Versorgungsalltags für die Patienten sein. Zentraler Inhalt des Gesetzes sind daher Änderungen der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bedarfsplanung. Geplant ist aber auch der Abbau von Praxen in Planungsbereichen mit Versorgungsgraden von 110 Prozent und mehr.

Unterschätzung des Behandlungsbedarfs

Der Gesetzgeber unterschätzte den tatsächlichen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf erheblich, als er die Niederlassungsmöglichkeiten im Jahr 1999 auf der Basis der damals bestehenden Praxen festlegte. Seither stieg die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen ständig. Jahr für Jahr nimmt die Zahl der Tage zu, an denen Arbeitnehmer aufgrund psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig sind. Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für Frühverrentungen in Deutschland und belasten schon jetzt Wirtschaft und Sozialversicherung mit Milliardenkosten, die niedriger sein könnten, wenn Patienten rechtzeitig behandelt werden könnten. Für psychisch kranke Menschen sind Verbesserungen der Versorgung daher dringend erforderlich. Die Patienten warten wochenlang auf ein Erstgespräch und monatelang auf die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung. Diese Mangelsituation herrscht in Deutschland flächendeckend, wobei sie in Abhängigkeit davon, ob ein Patient in städtischen oder ländlichen Regionen einen Behandlungsplatz sucht, unterschiedlich ausgeprägt ist. In Kernstädten können sich entsprechend der Vorgaben der Bedarfsplanung 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niederlassen, in ländlichen Regionen sollen hingegen 4,3 Psychotherapeuten 100.000 Einwohner versorgen.

Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker Menschen

Die niedrigen absoluten Verhältniszahlen führen dazu, dass gemessen in Versorgungsgraden 379 der 395 Planungsbereiche in der Bundesrepublik Deutschland

als überversorgt gelten. Werden die mit dem Versorgungsgesetz geplanten Instrumente zum Abbau von Überversorgung bei den geltenden Vorgaben der Bedarfsplanung umgesetzt, wären daher bundesweit 5.857 der insgesamt knapp 21.000 Praxissitze von Psychotherapeuten – also knapp 30 Prozent der aktuell verfügbaren Behandlungsangebote – vom Abbau bedroht. Auch die psychotherapeutische Unterversorgung im Saarland würde sich durch den Abbau von Praxissitzen weiter verschärfen. Die PKS fordert seit Jahren mehr Praxissitze für Psychotherapeuten. Das Ziel des Versorgungsstrukturgesetzes, zu einer spürbaren Verbesserung der Versorgung zu führen, würde so nicht nur verfehlt, sondern geradezu konterkariert.

Aktualisierung der Verhältniszahlen notwendig

Werden die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung auf Basis der heute zugelassenen Psychotherapeuten dem gestiegenen Bedarf entsprechend neu berechnet, würden die negativen Effekte der vorgeschlagenen Instrumente deutlich abgemildert. In vielen – vor allem ländlichen – Regionen könnten sich im Gegenzug sogar weitere Psychotherapeuten niederlassen. Die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes fordert alle saarländischen Politiker dringend auf zu verhindern, dass das Versorgungsgesetz zu einer Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker Menschen führt. Die Gefahr lässt sich abwenden, wenn alle politischen Kräfte darauf einwirken, dass im Gesetz der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für die „Arztgruppe“ Psychotherapeuten zum Stand 31.12.2011 neu ermittelt wird.

Vertreterversammlung PKS, 20. Juni 2011

2. Saarländischer Psychotherapeutentag

Wir freuen uns, dass es uns gelungen ist, Zusagen von renommierten ExpertInnen für die Hauptvorträge bzw. Workshops beim 2. Saarländischen Psychotherapeutentag (SPT) zu erhalten.

Der Flyer zum 2. SPT mit Anmeldeformular können Sie auf unserer Website downloaden: www.ptk-saar.de.

Vorträge und Workshops

„Psychische Gesundheit – eine schwindende Ressource in der Nonstop-Gesellschaft?“

Referentin: Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe
Gesellschaftliche und soziologische Schutz- und Risikofaktoren von psychischer Gesundheit

„Was brauchen Kinder, um psychisch gesund aufzuwachsen?“

Referentin: Dr. phil. Dipl.-Psych. Sabine Ahrens-Eipper

Neben aktuellen Forschungsergebnissen sollen Implikationen für die therapeutische Praxis den Fokus des Vortrages bilden.

„Psychische Gesundheit im Erwerbsleben – Beiträge der Psychotherapie zur Prävention“

Referent: Dr. phil. Dipl.-Psych. Stefan Leidig
Einführung in die Problematik psychischer Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt – Strategien zur Sicherung der Psychischen Gesundheit im Erwerbsleben

Weitere Workshops

„Wie die ticken ...“ Psychische Gesundheit von MigrantInnen – auf dem Weg zu einer kultur- und migrationssensiblen psychotherapeutischen Versorgung“

Referentin: Dipl.-Psych. Ingrid Scholz

„Selbstorganisation und Synergetik – die Neuordnung der therapeutischen Beziehung – Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung“

Referent: Dipl.-Psych. Michael Antes

Mitglieder der Prüfungskommission Klinische Neuropsychologie gewählt

Am 15.03.2010 hatte die Vertreterversammlung die Weiterbildungsordnung (WBO) mit der Klinischen Neuropsychologie als erstem Weiterbildungsbereich der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes verabschiedet; die WBO wurde mit Schreiben vom 29.06.2010 durch das zuständige Ministerium genehmigt und im FORUM 38, Juli 2010, veröffentlicht.

Nachdem die in der WBO geforderten Qualifikationsvoraussetzungen an Mitglieder des Prüfungsausschusses festgestellt waren, hat die Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 20.06.2011 folgende Kolleginnen und Kollegen – für die Dauer von fünf Jahren – zu Mitgliedern des Prüfungsausschusses Klinische Neuropsychologie bestimmt:



Dipl.-Psych. Stefanie Borchers



Dr. med. Ulrich Jobst



Prof. Dr. Georg Kerkhoff



Dipl.-Psych. Caroline Kuhn



Dipl.-Psych. Ursula Lamour



Dipl.-Psych., Dipl.-Päd.
Ludger Neumann-Zielke

Wie viel arbeiten Psychotherapeuten wirklich?

Unter dem Titel „Faule Therapeuten?“ erschien in der Saarbrücker Zeitung vom 21. Mai 2011 ein Artikel, in dem von „faulen Nebenerwerbs-Kassenärzten/-psychotherapeuten“ die Rede war. Gemeint waren zwar wohl nur die zehn bis 15 niedergelassenen PsychotherapeutInnen, die deutlich unter 50 Prozent des maximal möglichen Abrechnungsvolumens abrechnen, allerdings konnte sich dies der Leser unter der genannten reißerischen Überschrift kaum erschließen. Gegen diese für Psychologische PsychotherapeutInnen schädliche und rufschädigende Darstellung hat die PKS interveniert und eine eigene Darstellung in einem weiteren Artikel der Saarbrücker Zeitung platzieren können.

Die PKS bemüht sich seit einem Jahr gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS), die Ausschöpfung der in der KVS zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Kapazitäten vor allem durch die Abgabe von hälftigen Praxissitzen zu optimieren. Der ständig ansteigende Bedarf aufgrund der permanenten Zunahme psychischer Erkrankungen ist durch die jährlichen Reporte der großen Krankenkassen hinlänglich dokumentiert. Dennoch geht die KVS weiter beharrlich von der Annahme aus, die derzeitigen Kapazitäten seien ausreichend. Dabei geht der KVS-Vorsitzende, Dr. Hauptmann, in seiner Argumentation immer wieder von falschen Bezugsgrößen aus. Ein Psychotherapeut kann bis zu der festgelegten Begrenzung von ca. 31.000 Minuten eine Honorierung seiner psychotherapeutischen Leistungen durch die KVS erhalten. Der Durchschnittswert aller PsychotherapeutInnen liegt nach Aussage der KVS knapp über 60 Prozent. Es gäbe also noch erhebliche bisher nicht genutzte Kapazitäten. Der Ausschuss für ambulante Versorgung in der PKS hat sich die Mühe gemacht, einmal genau nachzurechnen, wie viel niedergelassene PsychotherapeutInnen tatsächlich arbeiten.

Wenn in einer „Durchschnittspraxis“ fünf Therapiestunden pro Arbeitstag geleistet werden, bedeutet dies bei einer Plausibilitätszeit von 70 Minuten pro Therapiestunde 350 Minuten täglich und bei elf Arbeits-

wochen pro Quartal und der Addition von je zehn Minuten Aufwand für die Ordinationsziffer bei durchschnittlich 40 Patienten insgesamt 19.650 Minuten honorierte Leistungen pro Quartal. Dies entspricht ca. 63 Prozent des maximalen Abrechnungsvolumens und einer Arbeitszeit von täglich sechs Stunden.

Hinzu kommen allerdings noch eine ganze Reihe nicht honorierter Leistungen. Hier von sind besonders zu nennen:

- Telefonzeiten: 0,5 bis 1 Std. täglich, d. h. 2,5 Std. pro Woche bzw. 27,5 Std. im Quartal,
- Zeit für Qualitätsmanagement, Team, Technik, Finanzen und Büro: 10 Std. im Quartal,
- Abrechnung mit KV und Information über Abrechnungsupdate: 2 Std. im Quartal,
- Fortbildungsverpflichtungen von mindestens 50 Punkten pro Jahr: 12,5 Std. plus ca. 3 Std. Reisezeit, d. h. 15,5 Std. im Quartal,
- unzureichende Honorierung der Berichte an den Gutachter (vom durchschnittlichen Arbeitsaufwand von 3 Std. pro Bericht wird nur eine Std. honoriert!): Für wöchentlich 25 Patienten fallen ca. 1,5 Berichte pro Jahr an, d. h. ca. 10 Berichte: 30 Std. im Quartal,
- Stunden, die in der KV-Abrechnung nicht sichtbar werden, aber vorgehalten und angeboten werden: Stundenausfälle (ca. 2 pro Woche, d. h. 22 Std. im Quartal) und mit Privatpatienten geleistete Stunden (ca. 3 pro Woche, d. h. 33 Std. im Quartal).

Obwohl alle Zahlen bewusst niedrig gerechnet sind und die Liste der nicht vergüteten Leistungen bei der verantwortungsvollen Führung einer psychotherapeutischen Praxis noch viel länger wäre, fällt für diese Leistungen eine Arbeitszeit von mehr als zwei Stunden täglich an – neben den sechs von der KVS honorierten Stunden. Ein/Eine von der KVS als zu wenig arbeitend bewertete „Durchschnitts-therapeutIn“ arbeitet also tatsächlich mehr als acht Stunden täglich – und das an fünf Tagen in der Woche mindestens 35 Jahre in einem Arbeitsleben!

Die Auslastung der niedergelassenen PsychotherapeutInnen ist inzwischen an und teilweise schon über den Grenzen angelangt. Mehr als acht Stunden tägliche Arbeitszeit sind schon aus Gründen der Qualitätssicherung und der persönlichen Verantwortung gegenüber den Patienten in einem psychotherapeutischen Beruf absolut nicht zumutbar. Besonders in einer Zeit, in der immer mehr Burn-out-Patienten in die psychotherapeutischen Praxen gespült werden, muss eine ausreichende Psychohygiene und Selbstfürsorge für PsychotherapeutInnen oberstes Gebot sein, wenn sie nicht auf den Patientenstuhl wechseln wollen. Würden alle PsychotherapeutInnen tatsächlich bis zum Optimum von 100 Prozent abrechnen, müssten sie tagtäglich elf bis zwölf Stunden arbeiten – und könnten damit immer noch höchstens die Hälfte des ärztlichen Maximalverdienstes erreichen, obwohl Psychotherapie nachweislich (siehe die neueste TK-Studie) eine sehr kostengünstige und nachhaltige Behandlungsmethode in unserem Gesundheitssystem ist.



Jochen Jentner – Vizepräsident PKS

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ Vorstand PKS

Präsident: Bernhard Morsch
Vizepräsident: Joachim Jentner
Beisitzer: Irmgard Jochum, Katja Klohs, Michael Schwindling

Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn Sie dieses Heft in Händen halten, wird die konstituierende Kammerversammlung den Vorstand neu gewählt haben. Seine Zusammensetzung ist zum Redaktionsschluss weder bekannt noch abschätzbar. Aus diesem Anlass lesen Sie hier einen kleinen Rückblick auf vier Jahre Vorstandsarbeit.

Wir haben einige uns wichtige Punkte aus den zahlreichen Aufgaben herausgegriffen, sodass Sie sich ein Bild davon machen können, was Pflicht und auch was Kür des Kammervorstandes sind.

Was unten nicht dargestellt wird: unser Engagement in der Kooperation mit anderen Heilberufekammern (IdH), in der Landes-

vereinigung für Gesundheitsförderung, Lobbyarbeit durch regelmäßige Präsenz im Landtag, Öffentlichkeitsarbeit durch Kontakte zu Medien und nicht zuletzt hartnäckige und erfolgreiche Verfolgung von Verstößen gegen den Titelmissbrauch und für unseren Titelschutz.

Herzlich Grüße vom Vorstand

Aktivitäten für angestellte KollegInnen

Etwa die Hälfte der Kammermitglieder ist abhängig beschäftigt. Viele abhängig Beschäftigte fragen sich (und uns), warum sie Mitglied in der Kammer sind, nehmen sie diese doch primär als Vertretung der niedergelassenen KollegInnen wahr. Aber die Kammer ist für alle Approbierten da: Zentrale Kammeraufgaben gelten gleichermaßen auch für abhängig Beschäftigte, wenngleich diese trotzdem nicht in gleichem Maße die alltägliche Arbeit der Kammer bestimmen. Im Bereich der berufsrechtlichen Aufsichtsfunktion wird dies leicht nachvollziehbar. Berufsrecht gilt selbstverständlich für alle Kammermitglieder. Fühlen sich PatientInnen schlecht behandelt, beschweren sich bei der Kammer nur diejenigen, die diese Behandlung bei niedergelassenen KollegInnen erfahren haben. Ergeht es ihnen im Rahmen einer institutionellen Behandlung schlecht, wenden sie sich hingegen meist an die Leitung der Institution.

Zentrale Anliegen abhängig beschäftigter Kammermitglieder beziehen sich häufig auf die Verbesserung ihrer Stellung in Institutionen. Leider ist auch über zehn Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz die Verankerung der neuen Heilberufe in den Institutionen noch völlig unzureichend. Nach wie vor fehlt in den öffentlichen Tarifwerken eine Eingruppierung der neuen Heilberufe und in vielen Gesetzestexten und Verordnungen

tauchen die neuen Heilberufe noch nicht auf. Leider hat die Kammer hier keine unmittelbaren Gestaltungsmöglichkeiten, hat aber trotzdem die Aufgabe, durch hartnäckige Interessenvertretung gegenüber Politik und Gewerkschaften Verbesserungen immer wieder anzustoßen. In der abgelaufenen Wahlperiode hat die Kammer durch eine gut besuchte Veranstaltung zusammen mit Verdi und mit Betriebsräten und durch zahlreiche Initiativen gegenüber dem Gesetzgeber (z. B. zum Landeskrankenhausgesetz oder zum Landespsychiatrieplan) diesen Umständen Rechnung getragen. Kurzfristige und spürbare Erfolge hat dies für das einzelne Mitglied leider noch nicht nach sich gezogen. Gleichwohl muss die Kammer auch in der kommenden Wahlperiode diese Bemühungen kontinuierlich fortsetzen, anders sind die dicken Bretter in der Politik nicht zu bohren. In diesem Bereich ist auch vieles auf Bundesebene zu regeln bzw. sind länderübergreifende Gemeinsamkeiten anzustreben. Der Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ der Bundespsychotherapeutenkammer leistet hier gute Arbeit und die Mitwirkung der PKS SH sollte auch in der kommenden Wahlperiode gewährleistet sein.

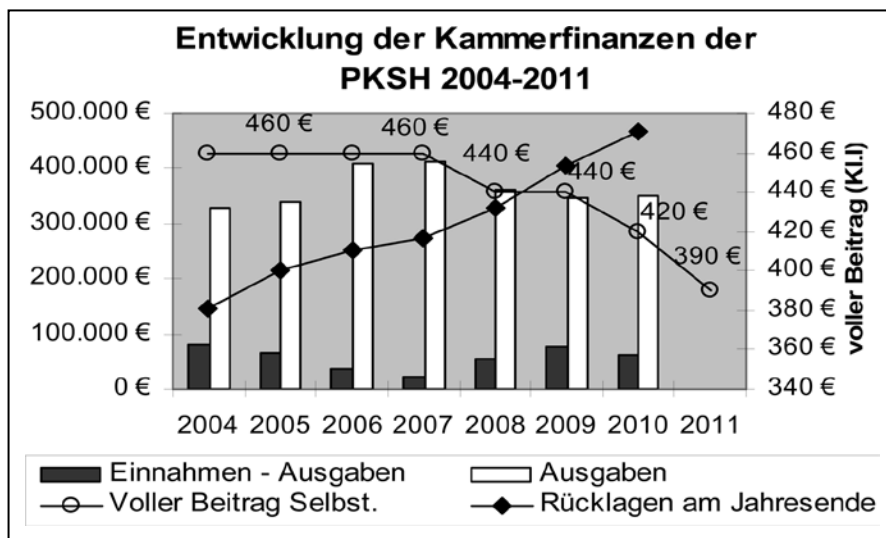
Berufsordnung/Beschwerdemanagement

Über die Umsetzung dieser zentralen, aber weniger erfreulichen Aufgabe der Kammer haben wir in der abgelaufenen Wahlperiode an dieser Stelle ausführlich und kon-

tinuierlich berichtet. Schaut man sich die Anzahl der Beschwerden an und führt man sich vor Augen, dass es meistens um vergleichsweise geringfügige Anlässe ging, darf man davon ausgehen, dass die Berufsordnung der PKS SH von den allermeisten KollegInnen mühelos und quasi selbstverständlich mit ihrer alltäglichen Praxis in Einklang gebracht wird. Leider gab es in jüngerer Zeit auch Beschwerden mit sehr gravierenden Vorwürfen, die – wenn sie sich bestätigen – sicher geeignet sind, dem Ansehen der Psychotherapeutenchaft ernsthaft Schaden zuzufügen. Es ist eine mutmaßlich im Interesse aller Mitglieder liegende Aufgabe der Kammer, solchen Schaden vom Berufsstand abzuwenden, und so wird sie sich auch in der kommenden Wahlperiode darum bemühen, diesen Aufgabenbereich so wahrzunehmen, dass die Berufsordnung einerseits geeignet ist, diese Aufgabe zu erfüllen, und gleichzeitig aber die Berufsausübung nicht über ein notwendiges Maß hinaus reglementiert.

4-Jahresbilanz zu Kammerfinanzen und Beiträgen

Bis 2007 wiesen die jährlichen Gesamtausgaben eine deutlich steigende Tendenz auf. Bei konstanten Beitragssätzen (voller Beitragssatz Selbständige: 460 €) hatte dies zuletzt zu immer geringeren jährlichen Einnahmeüberschüssen geführt.



Da der Vorstand nach der Kammerwahl 2007 gerade angetreten war mit der Zielsetzung, die Beiträge zu senken durch eine effizientere Gestaltung der Kammer bzw. Begrenzung der Kammeraktivitäten auf ihre eigentlichen, nicht zuletzt gesetzlich vorgegebenen Aufgaben sowie durch Reduktion der überhöht erscheinenden Entschädigungsregelungen, entwickelte der Vorstand konkrete Strategien zur Umsetzung.

Als entscheidender erster Schritt gelang es Ende 2007 in der Kammerversammlung mit knapper Mehrheit umfassende Änderungen der Entschädigungsordnung durchzusetzen, die in fast allen Bereichen eine Reduktion der Entschädigungen um ca. 25% vorsahen. Damit liegen die Entschädigungssätze seither im Vergleich mit den anderen Kammern eher im unteren Bereich, ohne jedoch aus dem Rahmen zu fallen. Darüber hinaus gelang es mit Unterstützung der Geschäftsstelle, vielfältige Tätigkeiten und Abläufe effizienter zu gestalten. Trotz wachsender Aufgaben und Mitgliederzahlen waren so keine Personalaufstockungen notwendig. Immer wieder prüfte der Vorstand für sich selbstkritisch die Frage, welche insbesondere zusätzlichen Aktivitäten wirklich in den Aufgabenbereich der Kammer (v. a. in Abgrenzung zu Berufs- oder Fachverbänden) gehören und wie diese dann ggf. möglichst effizient gestaltet werden könnten. Nur so gelang es, systemimmanenten Tendenzen zur stetigen Expansion weitgehend entgegenzuwirken. Selbstverständlich engagierte sich der Vorstand vielfältig und aktiv in den die letzten vier Jahre dominierenden berufspolitischen Themenbereichen (insbesondere Forschungsgut-

achten, Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und zukünftige Veränderungen in der Ausbildung, Versorgungsstrukturgesetz, ...) und betrieb insbesondere aktive Lobbyarbeit im Land (regelmäßige Kontakte zu Bundes- und Landespolitikern). Wir erleben uns aber auch durch sehr kompetente und umfassende Vor- und Zuarbeit der Bundeskammer in unserem Bemühen um eine effiziente Kammerarbeit stets gut unterstützt. Bei übergreifenden berufspolitischen Themen wäre es wirtschaftlich nach unserem Verständnis unsinnig und vielfach auch politisch weniger effektiv, wenn jede Landeskammer hier nur für sich arbeiten würde.

Durch all diese Maßnahmen war nicht nur eine dreimalige Beitragsreduktion (insgesamt um 70 € auf volle Beträge) möglich, sondern ab 2009 auch die Einführung gestaffelter, sozial gerechterer Beitragssätze für Mitglieder mit geringen oder sehr geringen Einkünften. Die Anzahl von Härtefallanträgen konnte damit von ca. 100 auf ca. fünf pro Jahr reduziert werden. Trotz der erheblichen Beitragsreduktionen stiegen die Rücklagen der Kammer von 272.000 € (2007) auf 465.000 € (2010) an, während die Ausgaben von 412.000 € (2007) auf 351.000 € (2010) reduziert werden konnten.

Vertretung der Interessen der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Der Vorstand hat sich – mit BPTK-Unterstützung – bei Bundespolitikern aktiv dafür

eingesetzt, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20% der allgemeinen Verhältniszahl der Leistungserbringer ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandelt. Dabei stand allerdings schnell fest, dass sich an der Stadt-Land-Relation der psychotherapeutischen Versorgungsdichte nichts ändern werde. Am 01.01.2009 traten die mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG) beschlossenen Änderungen der Mindestversorgungsanteile in der gemeinsamen Arztgruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und der Psychotherapeuten in Kraft.

Der Vorstand hat sich ebenfalls an der Diskussion zur Reform des Verfahrens in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG-Reformgesetz) beteiligt. Sie beinhaltet insbesondere Änderungen im Verfahrensrecht, auf die sich Psychotherapeuten vorbereiten mussten. Beispielsweise könnten Richter jetzt das Jugendamt anweisen, konkrete Hilfsangebote bereitzustellen. Darüber hinaus gibt es nun auch konkrete Vorschriften zum Ziel von Beratungen (z. B. einvernehmlich statt ergebnisoffen).

Der wohl weitreichendste Diskussionspunkt innerhalb der KJP waren die Zugangsvoraussetzungen zur künftigen Ausbildung. In Schleswig-Holstein wurde gemeinsam mit dem Ministerium eindeutig präferiert, einen Masterabschluss an Universität oder Fachhochschule als Zugangsvoraussetzung zu fordern.

Eines der Modelle innerhalb der Diskussion mit den Fachleuten beinhaltete die Ausbildung von einem einzigen Beruf des Psychotherapeuten mit einer Schwerpunktsetzung auf Kinder- und Jugendliche oder Erwachsene.

Akkreditierungen von Fortbildungsveranstaltungen

Ein Problem für die Akkreditierungen von Fortbildungsveranstaltungen ergab sich immer wieder aus dem Feld der Verfahren, die nicht als Richtlinienverfahren anerkannt sind. Im Gegensatz zu wissenschaftlich anerkannten Verfahren gibt es auch immer wieder neue Entwicklungen, die der Un-

terstützung wert sind, jedoch den Kriterien der zumindest „wissenschaftlichen Begründetheit“ nicht entsprechen. Dieses ergab bundesweit eine unterschiedliche Akkreditierungspraxis. Auf – von uns angestoßenen – jährlichen Treffen der Verantwortlichen aus den Landeskammern wurde mit unserer Teilnahme versucht, eine Vereinheitlichung der Bewertung zu erreichen.

Innerhalb der PKS H konnten ca. 150 Fortbildungen jährlich akkreditiert werden.

Anerkennung von Fortbildungen und Zertifikatsausstellungen

In den Zeitraum der Vorstandsarbeit fiel der Stichtag zur Erfüllung der Fortbildungspflicht der KV-zugelassenen Mitglieder. Dazu erteilten wir annähernd 400 Zertifikate. Nur ein einziges Kammermitglied hat bis heute die Fortbildungspflicht nicht erfüllen können. Insgesamt führt die Geschäftsstelle bisher 612 Fortbildungskonten.

Im Rahmen der Anpassung der Fortbildungsgordnung aufgrund der seit 2009 bestehenden Fortbildungsverpflichtung auch für angestellte Kammermitglieder (§137 SGB V) haben wir die Akkreditierungsbühe auf 20 € gesenkt.

Innerhalb des Ausschusses und im Vorstand wurde wiederholt eine Weiterbildungsordnung diskutiert. Zum jetzigen Zeitpunkt lehnt der Vorstand es weiterhin ab, mit zertifizierten Weiterbildungen die Approbation abzuwerten. Diese Haltung hat inzwischen auch eine Mehrheit auf dem DPT gefunden.

Novellierung Heilberufekammergesetz

An der Gesetzesnovellierung konnten wir unsere Interessen einbringen und erreichen, dass in den Vorstand der PKS H mindestens ein angestelltes und mindestens ein niedergelassenes Kammermitglied gewählt werden muss. Einbringen konnten wir auch die Kammermitgliedschaft der PiA von Ausbildungsbeginn an, die eine Wahlberechtigung und eine Wählbarkeit möglich macht. Damit unterliegen diese der Berufsordnung und können sich für ihre Interessen gezielt einsetzen.

Reform der Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz

Auf den verschiedenen Symposien haben wir uns aktiv beteiligt und zur Meinungsbildung beigetragen.

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

Auf bundesweiter Ebene fanden 2007 bis 2010 viele Konferenzen innerhalb eines Konsensusprozesses statt, die neue Standards und Leitlinien für den Einzelnotfall und den Katastrophenschutz erarbeiteten. Der Beauftragte der PKS H, Herr Dr. Jens Kowalski, nahm an diesem Prozess teil. Leider konnte die BPTK als einzige Beteiligte das Konsensusergebnis nicht unterschreiben. Auf Landesebene sind wir dennoch gut integriert in die Umsetzung. Unter anderem starteten wir einen Aufruf an die Kammermitglieder, sich bei Interesse an der Notfallhilfe zu beteiligen, dem einige gefolgt sind. Offen sind die Ausbildungsstandards für Notfallhelfer, die in den unterschiedlichen Trägerschaften der PSNV im Lande noch sehr differieren.

Onlineabrechnung, Heilberufsausweis (HBA) und Gesundheitskarte (eGK)

Niedergelassene KollegInnen konnten im „Nordlicht Aktuell 6/2011“ lesen, dass die KVSH die digitale Unterschrift zur Sammelerklärung bei der Quartalsabrechnung fördert. Geht PsychotherapeutInnen jetzt wegen des fehlenden HBA Geld verloren?

Dem ist nicht so. Siehe dazu eine aktuelle Mitteilung auf unserer Homepage unter: www.pksh.de/index.php/aktuelles/400/onlineabrechnung-hba-und-egk/.

Versorgungsstrukturgesetz

In der Diskussion um die Entstehung und Verabschiedung eines Versorgungsstrukturgesetzes hat die PKS H alle Bundestagsabgeordneten aus Schleswig-Holstein angeschrieben, um sie für die Thematik des drohenden Abbaus von Psychothe-

rapeutensitzen zu sensibilisieren. Seitens der Kammer wurde darauf verwiesen, dass das Problem seine Ursache in einer ungenügenden Bedarfsplanung aus dem Jahre 1999 hat, welche durch eine Neufestlegung des Versorgungsgrades zum 31.12.2011 beseitigt werden sollte. Angesichts mehrmonatiger Wartezeiten auf einen Platz für eine ambulante Psychotherapie trat die Kammer den Behauptungen mehrerer Krankenkassen nach einer Überversorgung vehement entgegen.

*Juliane Dürkop, Bernd Schäfer,
Detlef Deutschmann, Dorothee Katz,
Klaus Thomsen*

Ambulante psychosomatische Nachsorge

Die ambulante psychosomatische Nachsorge ist ein Angebot, Patienten beim Übergang von der stationären psychosomatischen Rehabilitation in den Alltag zu begleiten. Diese Nachsorge wird ausschließlich durch die Dt. Rentenversicherung (DRV) angeboten. Sie findet unter der Moderation eines erfahrenen Psychotherapeuten mit 8 bis 10 Teilnehmern wöchentlich zu festen Terminen zwischen 17:00 und 19:30 Uhr über einen Zeitraum von sechs Monaten statt. Die Gruppensitzungen dauern je 90 Minuten.

Die DRV-Nord sucht für dieses Angebot noch approbierte PsychotherapeutInnen.

Diese können sich bei Interesse an Frau Dr. Glaser-Möller (Tel.: 0451/485-1640 oder per E-Mail an nathalie.glaser-moeller@drv-nord.de) wenden. Informationen finden sich auch unter www.apns.de.

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2, 24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 9 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
Mail: info@pksh.de
Homepage: www.pksh.de

Leserbrief

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leserinnen und Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

L. Hartmann-Kottek: „Gestalttherapie heute“, *Psychotherapeutenjournal* 2/2011

Was wirklich wirkt

Lotte Hartmann-Kottek gibt eine fundierte Übersicht über die historischen Wurzeln der Gestalttherapie, ihre erkenntnistheoretischen Hintergründe und ihre methodische Vielfalt. Eingangs erwähnt sie, dass im März 2011 beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Anerkennungsantrag für die Gestalttherapie eingereicht wurde. Hierzu einige Anmerkungen:

Psychotherapeutinnen und -therapeuten in ambulanter Praxis wie auch im klinischen Setting interessiert, was wirklich wirkt. In Zeiten knapper finanzieller Ressourcen und reduzierter Zeit- und Personalbudgets geraten Unterschiede therapeutischer Verfahren zunehmend in den Hintergrund. In den Vordergrund rücken dagegen evidenzbasierte Therapiestandards, optimiertes Qualitätsmanagement und ökonomische Effizienz. Was therapeutisch wirkt, muss nicht zuletzt sozialmedizinisch messbar sein. Gestalttherapie und Rehabilitation – geht das zusammen?

Seit Jahrzehnten fristet die Gestalttherapie ein Leben im Untergrund. In vielen psychotherapeutischen Praxen und Beratungsstellen, wie auch in psychosomatischen Rehabilitations- und Akutkliniken, wird verdeckt gestalttherapeutisch gearbeitet. Erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten und etablierte Einrichtungen stellen ihre Arbeit nach außen als tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch fundiert dar, was

durchaus auch zutreffend ist. Im Wesentlichen wenden sie jedoch gestalttherapeutisches Know-how auf der Grundlage eines konsequent humanistischen Menschenbildes an. Dies tun sie seit Jahren mit Erfolg und großer Zufriedenheit bei ihren Klientinnen und Patienten. Doch wem nützt die Verschleierung? Wozu dieses Tabu weiter aufrecht erhalten?

Was wirklich wirkt, zeigt sich für die Betroffenen in der Erfahrung am eigenen Leibe und in ihren jeweiligen sozialen Bezügen. Was Therapeutinnen und Therapeuten nach vielen Jahren praktischer Tätigkeit ahnen, belegt jetzt die neurobiologische Forschung: Worauf es ankommt, sind neue und wiederholte Erfahrungen in respektvollen, empathischen Beziehungen. Nachhaltige Veränderungen sind dann möglich, wenn derartige Erfahrungen emotional berühren, sich körperlich verankern, reflektiert und wiederholt eingeübt werden. Gestalttherapie arbeitet genau so seit Jahrzehnten. Das „Faszinosum ihrer Wirksamkeit“ (Lotte Hartmann-Kottek) wird daher heute neurophysiologisch anschaulich erklärt. Die gleichrangige Bedeutung von körperlichem und emotionalen Erleben neben der Sicherheit gebenden therapeutischen Beziehung und der Einübung selbstfürsorglicher funktionaler Verhaltensmuster war bei der Behandlung traumatisierter Menschen schon früh evident. Dass es hierbei jedoch nicht um ein schematisches Nacheinander von Stabilisierung, Exposition und Integration biografischer Erfahrungen geht, findet

erst langsam Einzug in traumatherapeutische Konzepte. Dagegen ist schon von ihren Ursprüngen an die Integration von Ressourcen und Schwächen, von starken und verletzten Persönlichkeitsanteilen im Hier und Jetzt der ganzen Persönlichkeit ein Wesenskern gestalttherapeutischen Vorgehens.

Methoden, Haltungen und Theorien aus der Gestalttherapie zu verwenden, ohne diese als solche zu benennen, ist plagiatsverdächtig. Dessen ungeachtet bleiben sie jedoch auch so auf der Grundlage einer fundierten Ausbildung und langjähriger Selbsterfahrung der Therapeutinnen und Therapeuten weiterhin im Untergrund effektiv und bei Klientinnen und Patienten hoch geschätzt.

Ehrlicher und konsequenter ist es nun allerdings, wenn die Gestalttherapie als wirksames Therapieverfahren endlich ihre verdiente Anerkennung erhält.

*Dr. med. Bernhard Knupp
FA für Psychosomatische und
Innere Medizin
Leitender Abteilungsarzt
Integrative Gestalt- und
Traumatherapie
Hardtwaldklinik II
Fachklinik für psychogene
Erkrankungen
Hardtstraße 32
34596 Bad Zwesten
gestalt@hwk2.de*

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg

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

Bayern

St.-Paul-Straße 9
80336 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

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

Hamburg

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
Fr 9.00 – 14.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstraße 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland

Scheidterstr. 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

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 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kammerveranstaltungen

Datum	Titel	Ort	Informationen und Anmeldung
BPtK			
12.11.2011	19. Deutscher Psychotherapeutentag	Offenbach	www.bptk.de
PTK Bayern			
14.10.2011	Das „systemische“ Paradigma in der klinischen Psychologie/Psychiatrie	München	nähere Informationen in Kürze unter www.ptk-bayern.de
PTK Berlin			
03.11.2011	Approbation: was dann?	Berlin	www.psychotherapeutenkammer-berlin.de info@psychotherapeutenkammer-berlin.de Tel. 030 / 887140-0
05.11.2011	Forum für Persönlichkeitsstörungen: Schizoide Persönlichkeitsstörung	Berlin	www.Forum-F60.de forum@ivb-berlin.de
17.11.2011	Kammermitglieder stellen ihre Arbeit vor: Gestalttherapie	Berlin	www.psychotherapeutenkammer-berlin.de info@psychotherapeutenkammer-berlin.de Tel. 030 / 887140-0
ab Januar 2012	Curriculare Fortbildung zur Eltern-, Säuglings- und Kleinkindpsychotherapie (13-teilig)	Berlin	kontakt@familienzentrum-potsdam.de Fon: 0331 / 27 00 574 www.psychotherapeutenkammer-berlin.de
ab Januar 2012	Curriculare Fortbildung mit älteren Menschen (7-teilig)	Berlin	www.alternpsychotherapie.de www.psychotherapeutenkammer-berlin.de
17.03.2012	Landespsychotherapeutentag 2012	Berlin	www.psychotherapeutenkammer-berlin.de info@psychotherapeutenkammer-berlin.de Tel. 030 / 887140-0
PTK Hamburg			
26.10.2011	Allgemeine Mitgliederversammlung	Hamburg	www.ptk-hamburg.de info@ptk-hh.de Tel. 040 / 226 226-060
09.11.2011	43. Delegiertenversammlung	Hamburg	www.ptk-hamburg.de info@ptk-hh.de Tel. 040 / 226 226-060
PK Niedersachsen			
25.11.2011	Approbation – was nun?	Osnabrück	www.pknds.de/114.0.html
03.02.2012	Notfallpsychotherapie	Hannover	in Kürze unter www.pknds.de
PTK Nordrhein-Westfalen			
24.09.2011	Praxisabgabe und Praxisübernahme	Köln	www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.html
14.10. – 15.10.2011	Grundlagen der Sachverständigentätigkeit – Teil II: Begutachtung im Familien- und Strafrecht	Düsseldorf	<i>Die Veranstaltung ist bereits ausgebucht.</i>

22.10. – 23.10.2011	7. Jahreskongress Psychotherapie Wissenschaft-Praxis: „Psychotherapie bei sexuellen Störungen und sexuellen Gewalterfahrungen“	Bochum	www.unifortbildung-psychotherapie.de
04.11. – 05.11.2011	Grundlagen der Sachverständigentätigkeit – Teil II: Begutachtung im Familien- und Strafrecht	Düsseldorf	<i>Die Veranstaltung ist bereits ausgebucht.</i>
03.12.2011	Berufsrecht für angestellte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen	Essen	www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.html
LPK Rheinland-Pfalz			
24.09.2011	Fachtagung der LPK RLP – Psychotherapie: alles Beziehung – oder was?	Mainz	www.lpk-rlp.de Tel. 06131-5703813 Fax 06131-5700663 service@lpk-rlp.de
22.10.2011	Existenzgründungsseminar – Möglichkeiten der freiberuflichen Tätigkeit ohne Kassenzulassung	Mainz-Finthen	www.lpk-rlp.de Tel. 06131-5703813 Fax 06131-5700663 service@lpk-rlp.de
PTK Saarland			
26.11.2011	2. Saarländischer Psychotherapeutentag: „Psychische Gesundheit – Was hält uns gesund? Was macht uns krank?“	Völklingen	www.ptk-saar.de kontakt@ptk-saar.de Tel. 0681-9545556
PK Schleswig-Holstein			
04.11.2011	27. Kammerversammlung	Kiel	nähere Informationen zu gegebener Zeit unter www.pksh.de

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Landeskammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielens (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), N.N. (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
rehbach@ptk-bayern.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/91496-12; Fax: 06221/91496-20, annette.kerstein@medhochzwei-verlag.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Vogel Druck und Medienservice
97204 Höchberg

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Abonnementservice

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Frau Sabine Hornig, aboservice@medhochzwei-verlag.de, Tel. 06221/91496-15, Fax 06221/91496-20

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags 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.

Manuskripte

Redaktionsschluss für die Ausgabe 1/2012 ist der 16. Dezember 2011, für Ausgabe 2/2012 der 16. März 2012. 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 (mit Leerzeichen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
 - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
 - das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
 - das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie) und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.
- Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.



Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Baden-Württemberg

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



Psychotherapeutenkammer
HAMBURG

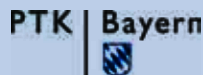
Hamburg

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
Fr 9.00 – 14.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de



Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de



Bayern

St.-Paul-Straße 9
80336 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de



Hessen

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de



Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 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 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de



Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen

Niedersachsen

Roscherstraße 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de



Saarland

Scheidterstraße 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 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 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 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

