

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

4/2012

13. Dezember 2012 (S. 299-408)

- Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs
- Verletzung der sexuellen Abstinenz in Psychotherapien
- Welche Kräfte man für „schwere“ Störungen gut gebrauchen kann
- Psychotherapieausbildung im Geiste der Wissenschaft
- Dolmetschen in der Psychotherapie

Bundesweite Studie zur Situation angestellter PsychotherapeutInnen – Ihre Mitwirkung ist gefragt!

Weitere Informationen siehe Seite 342

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ob sexueller Missbrauch zunimmt, ist nicht gesichert, aber zumindest wird er mittlerweile öffentlich stärker wahrgenommen. Die Regierung hat deshalb u. a. die Stelle eines „Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs“ eingerichtet. Für 2013 hat dieser nun eine Aufklärungskampagne mit Plakaten und Spots geplant. Die BPTK ist beteiligt und unterstützt die Kampagne. Zu Beginn dieses Heftes schreibt deshalb ihr Präsident **Rainer Richter** zur „**Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs**“. Er weist u. a. auf den erheblichen Bedarf an meist zeitnaher psychotherapeutischer Expertise und Behandlung.

Die Missbrauchserfahrung mischt sich vielfältig ein, verzweigt sich in innere und äußere Lebensvorgänge der Betroffenen. Es bedarf gut ausgebildeter Psychotherapeut(inn)en, um dem angemessen zu begegnen. Eine Behandlung, die nur hier und da den „Zustand kontrolliert“ und Psychopharmaka verordnet, reicht nicht hin. Psychotherapeutische Fähigkeit und Erfahrung sind *auch* gefordert, weil die Betroffenen oft mit einem Vorbehalt gegenüber Hilfsangeboten kommen. Der notwendige „geschützte Raum“ ist daher oft selbst erst einmal Referenzpunkt des psychotherapeutischen Geschehens. Psychotherapeut(inn)en werden – mitunter auf subtile Weise – wiederholt auf die Einhaltung verschiedener Aspekte des Abstinenzgebotes überprüft. Wenn es gut geht, kann sich größeres Vertrauen entwickeln – eine Bedingung für weitere Fortschritte.

Aus den Anforderungen an die Psychotherapie in diesem Bereich greift **Monika Becker-Fischer** ein wichtiges Problemfeld heraus: Die „**Verletzung der sexuellen Abstinenz in Psychotherapien**“. Sie diskutiert Forschungsergebnisse, Gründe, Möglichkeiten der Prävention und der Bearbeitung. Auf diesem Gebiet, das auch die Ausbildung betrifft, können wir für unseren Berufsstand schon Einiges tun.

Manche Kostenträger meinen, wir würden zu wenig „schwere Störungen“ behandeln.

Als wäre schon klar, was schwer ist, und als könnte man die eine Schwere gegen die andere bevorzugen. In seinem Artikel „**Von Angst bis Zwang – Welche Kräfte man für „schwere“ Störungen gut gebrauchen kann**“ betrachtet **Michael B. Buchholz** Schwere als eine Metapher für etwas, das in Konversation entsteht, und löst sich dabei von einer starren Hinwendung auf formale Diagnosen. Er greift aus der psychotherapeutischen Gesamtsituation heraus, was die Seele in der Gestaltung des Dialogs mitteilt und in welcher verwickelten Situationen Psychotherapeut(inn)en sich dabei wiederfinden. Dem geht er an wörtlichen Therapiesequenzen praxisnah nach. Am Ende der Lektüre könnte es sein, dass das Schwere für manche von Ihnen etwas „leichter“ wird.

Die Artikel zeigen, vielleicht auch für Laien nachvollziehbar, in welchem Ausmaß es notwendig ist, im psychotherapeutischen Arbeiten auf eine Befähigung zur reflektierenden Arbeit *in und mit sich selbst* im nicht rückgängig zu machenden Moment der jeweiligen Begegnung zurückgreifen zu können. **Eva Jaeggi** unterstreicht in ihrem Artikel „**Psychotherapieausbildung im Geiste der Wissenschaft**“ diese Notwendigkeit. Ihre kritischen Überlegungen beziehen sich auf das Ideal der theoretischen Selbstreflexion in einer Wissenschaft, das sie an den psychologischen Fachbereichen nicht verwirklicht sieht. Sie mahnt für einen universitären Bildungsprozess die Entwicklung dieser Fähigkeit an, die zukünftige Psychotherapeut(inn)en darin befördert, unterschiedliche Verfahren und Ansätze auf ihre Herkunft hin zu überprüfen. Das ermöglicht auch eine bessere Reflexion der *eigenen* Konzepte und Ansätze und deren Konstruktcharakter. Dafür möchte sie auch Wissenschaftler(innen) anderer Disziplinen einbeziehen.

Wenn die Politik damit liebäugelt, die Ausbildung zur Psychotherapie in doch erheblichem Ausmaß an die Universität oder gar an die bestehenden psychologischen Fachbereiche zu versetzen, müssten diese den *Geist der Wissenschaft* – und anderes – erst entwickeln. Das kann aber auch un-

abhängig davon gefordert werden. Pure Wissensvermittlung und -anhäufung bleiben ohne reflektierenden Zugang „blutleerer Inhalt“, wie der Philosoph Christoph Türcke (SZ, 1.8.2012) kürzlich gezeitet hat.

In „**Dolmetschen in der Psychotherapie**“ machen **Veronika Wolf** und **Ibrahim Özkan** an Umfrageergebnissen den problematischen Einsatz von Verwandten als Übersetzer und den Fortbildungsbedarf für die bisher selten eingesetzten Dolmetscher deutlich.

In der Rubrik „**Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln**“ veröffentlichen wir zur Frage „Coaching: Beratung oder Psychotherapie?“ u. a. die Zuschriften von **Günther Mohr** und **Christoph Burkhardt**. Hier finden Sie auch **Zusendungen von Leser(inne)n** zu der im letzten Heft neu eröffneten Diskussion zum Thema „Psychotherapie und Religion/Spiritualität“.

Nina Rehbach diskutiert zum Thema ADHS in der Rubrik „**Aktuelles aus der Forschung**“ Untersuchungsergebnisse zu den Fragen, ob und von wem die Diagnose übermäßig vergeben wird und ob intellektuelle Fähigkeiten bei Jugendlichen mit einer früheren ADHS-Diagnose korrelieren.

Ich hoffe, dass Sie mit der Lektüre dieser PTJ-Ausgabe *Ihren Geist* der Wissenschaft und der Psychotherapie für das neue Jahr kräftig inspirieren.



Ulrich Wirth (Hamburg)
Mitglied des Redaktionsbeirats

Inhalt

Editorial	299
----------------------------	-----

Originalia

Rainer Richter

Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs	302
---	-----

Die Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ haben eine Vielzahl unterschiedlicher Aktivitäten ausgelöst. Der Artikel stellt die 2013 startende Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“ sowie für die Psychotherapeuten-schaft bedeutsame Empfehlungen und Aktivitäten vor.

Monika Becker-Fischer

Verletzung der sexuellen Abstinenz in Psychotherapien	304
--	-----

Der Artikel befasst sich mit der schwierigen Problematik des sexuellen Missbrauchs in Psychotherapien und stellt Untersuchungsergebnisse u. a. zu Prävalenz und Folgeschäden vor. Präventionsmöglichkeiten und Hinweise für die Führung von Folgetherapien werden aus diesen Erkenntnissen abgeleitet.

Michael B. Buchholz

Von Angst bis Zwang – Welche Kräfte man für „schwere“ Störungen gut gebrauchen kann	308
--	-----

Details der psychotherapeutischen Konversation zu beobachten, kann das therapeutische Geschehen wertvoll bereichern und zugleich Möglichkeiten eröffnen, sich aus Verstrickungen zu befreien. Der Artikel stellt einige charakteristische Muster psychotherapeutischer Konversation vor und leitet hieraus hilfreiche Regeln ab.

Eva Jaeggi

Psychotherapieausbildung im Geiste der Wissenschaft	319
--	-----

Wenn man eine Ausbildung zum Psychotherapeuten „im Geiste der Wissenschaft“ ernst nimmt, ist die Frage nach einer integrierten versus schulenspezifischen Ausbildung im Sinne der bisher geführten Diskussion nicht mehr relevant. Es sind vielmehr Fragestellungen der Wissenschaftstheorie, der Wissenschaftsgeschichte und der Linguistik bezogen auf die Psychotherapie, die „von selbst“ dafür sorgen, dass der Integrationsgedanke lebendig bleibt.

Veronika Wolf & Ibrahim Özkan

Dolmetschen in der Psychotherapie – Ergebnisse einer Umfrage	325
---	-----

Der Artikel stellt die Ergebnisse einer Umfrage in Niedersachsen vor: Bedarfe und Versorgungssituation, Hürden bei der Arbeit mit Dolmetschenden und mögliche Einflüsse auf den Psychotherapieprozess.

Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln

Zuschriften von Günther Mohr, Christoph Burkhardt und Michael Stiels-Glenn

Zu „Coaching: Beratung oder Psychotherapie? Eröffnung einer Diskussion“. Mit Beiträgen von J. Hargens und T. Moser, Psychotherapeutenjournal 2/2012	328
--	-----

Zuschriften von Wolfgang Siegel, Bernd Horn, Ursula Mayr und Michael Utsch

Zu „Psychotherapie und Religion/Spiritualität – Eröffnung einer Diskussion“. Mit Beiträgen von B. Grom, M. Richard & H. Freund, J. Hardt & A. Springer, Psychotherapeutenjournal 3/2012, sowie von K. Jeschke, Psychotherapeutenjournal 2/2012	332
---	-----

Aktuelles aus der Forschung

Nina Rehbach

Aktuelle Studien zum Thema Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	336
---	-----

Buchrezension

Sara Jahnke

Bründel, H. (2011). Sexuelle Gewalt in schulischen Institutionen – Hintergrund, Analysen, Prävention.

Frankfurt a. M.: Verlag für Polizeiwissenschaft 341

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundesweite Studie zur Situation angestellter PsychotherapeutInnen – Ihre Mitwirkung ist gefragt 342

Bundespsychotherapeutenkammer 343

Baden-Württemberg 349

Bayern 353

Berlin 359

Bremen 363

Hamburg 368

Hessen 372

Niedersachsen 378

Nordrhein-Westfalen 382

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer 386

Rheinland-Pfalz 392

Saarland 396

Schleswig-Holstein 400

Leserbriefe 404

Artikelverzeichnis 2012 405

Impressum Psychotherapeutenjournal 407

Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages A1

Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages A9

Hinweise:

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

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

- Baden-Württemberg: Satzungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Rheinland-Pfalz: Satzungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs

Rainer Richter

2010 wurde der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ eingerichtet und in der Folge auch die psychotherapeutische Versorgung von Opfern sexualisierter Gewalt problematisiert. Der große psychotherapeutische Versorgungsbedarf der Opfer und die eklatanten Mängel in der psychotherapeutischen Versorgung wurden in den Abschlussberichten des Runden Tisches (2011) und der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christiane Bergmann (2011), eindrücklich dokumentiert.

Die Empfehlungen des Runden Tisches haben eine Vielzahl unterschiedlicher Aktivitäten ausgelöst. Für die Psychotherapeuten-schaft sind dabei insbesondere „Rahmenempfehlungen zur Verbesserung der Information und zur Sicherstellung eines zeitnahen Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung“ bedeutsam, an denen die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) maßgeblich mitgewirkt hat. Daneben bietet die 2013 startende Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“ die Möglichkeit, sich für einen besseren Schutz von Kindern vor sexuellem Missbrauch einzusetzen (siehe Kasten 1). Innovative Wege der Fortbildung zum Umgang mit Missbrauchsoffern erprobt ein bundesweites E-Learning-Programm, das im Kontext des Runden Tisches entwickelt wurde (siehe Kasten 2).

Rahmenempfehlungen für eine bessere Gesundheitsversorgung

Die Auswirkungen sexuellen Missbrauchs können vielfältig sein. Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), aber auch andere psychische Störungen wie z. B. Depressionen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, sexuelle Störungen,

Suchtverhalten oder Angststörungen können in der Folge auftreten. Bei Betroffenen, die sich an die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufklärung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) gewendet hatten und die von psychischen Erkrankungen berichteten, waren im Durchschnitt 4,2 unterschiedliche klinische Diagnosen festgestellt worden (UBSKM, 2011).

Der Runde Tisch fordert vor diesem Hintergrund eine bessere Versorgung von Missbrauchsoffern, bessere Informationen über geeignete Therapieangebote und deren Vernetzung, die bessere Erreichbarkeit von Hilfsangeboten sowie die Sicherstellung eines zeitnahen Zugangs. Zur Realisierung dieser Forderungen haben Bundesärztekammer, BPTK, Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Veranlassung des Bundesministeriums für Gesundheit gemeinsame Rahmenempfehlungen erarbeitet, die von der Homepage der BPTK (www.bptk.de) heruntergeladen werden können.

Transparente Informationen über ein differenziertes Angebot

Zahlreiche Einrichtungen und Personen bieten Beratung, Betreuung und Behandlung für Opfer sexuellen Missbrauchs. Die Rahmenempfehlungen formulieren Anforderungen, wie über diese differenzierte Angebotspalette informiert werden sollte, die von allgemeinen Auskünften über Beratungsangebote und Selbsthilfe bis zu therapeutischen Angeboten reicht. Gestufte Angebotsstrukturen werden dabei der individuellen Problemlage der Betroffenen am ehesten gerecht. Nicht in allen Fällen ist gleich eine Krankenbehandlung indiziert. Oftmals benötigen Opfer sexuellen Missbrauchs oder ihre Angehörigen zunächst qualifizierte fachliche Informationen und Beratungen.

Regionale Informationen

Informationen dürfen sich nicht auf allgemeine Hinweise über Zugänge zu einer Beratung oder Behandlung beschränken. Gerade in Bezug auf ambulante Psychotherapie werden von den Betroffenen Auskünfte über Leistungsanspruch, zugelassene Verfahren sowie Schritte des Antrags- und Genehmigungsverfahrens gesucht. Damit spezifische regionale Bedingungen wie z. B. das Vorhandensein spezialisierter Beratungsstellen, besonderer Ambulanzen oder die Verfügbarkeit freier Behandlungsplätze berücksichtigt werden können, müssen Informationen auch auf regionaler Ebene strukturiert werden.

Sicherstellung einer zeitnahen Behandlungsaufnahme

Die Forderungen des Runden Tisches nach einer zeitnahen psychotherapeutischen Behandlung sind wegen der inadäquaten Vorgaben in der Bedarfsplanung nicht erfüllbar. Vor allem im ländlichen Raum müssen Patienten bis zu einem halben Jahr auf eine Behandlung warten (BPTK, 2011). Die Rahmenempfehlungen weisen daher explizit darauf hin, dass eine Behandlung durch andere qualifizierte Psychotherapeuten auf dem Wege der Kostenerstattung ermöglicht werden muss, wenn eine unaufschiebbare Behandlung nicht rechtzeitig durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten durchgeführt werden kann.

Qualitätssicherung und Vernetzung

Die Rahmenempfehlungen regen darüber hinaus die Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit durch Einrichtung regionaler, spezialisierter Netzwerke von Behandelnden, die Nutzung bestehender spezifischer Qualitätszirkel und Interventionsgruppen und die Durchführung von berufsprüfungsbegleitenden

greifenden Fortbildungsveranstaltungen an. Zu den Netzwerken können auch Psychiatrische Institutsambulanzen sowie Hochschul- und Ausbildungsambulanzen gehören, sofern sie spezifische psychotherapeutische Behandlungsangebote vorhalten.

Zu den Qualifikationen der Behandelnden wird festgestellt, dass Psychotherapeuten grundsätzlich über die Qualifikationen zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen infolge sexuellen Missbrauchs verfügen. Bei schweren beziehungsweise komplexen Traumafolgestörungen kann eine Therapie durch spezialisierte Behandelnde indiziert sein. Die Heilberufekammern sollen dazu die Entwicklung von spezifischen Fortbildungs-Curricula prüfen und gegebenenfalls vorantreiben. Aufgrund der Komplexität der therapeutischen Beziehung und nicht selten auftretender Krisen bei der Behandlung von Menschen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen sollten von den beteiligten Behandelnden zudem Supervision und Intervision als Maßnahmen der Qualitätssicherung in Anspruch genommen werden.

Nach der Unterzeichnung der Rahmenempfehlungen ist es jetzt Aufgabe der Psychotherapeutenkammer, diese für ihre Beratungs- und Behandlungsangebote mit Leben zu füllen.



Prof. Dr. Rainer Richter

Präsident der
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
info@bptk.de

Kein Raum für Missbrauch

Im Januar 2013 startet auf Initiative des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, die Kam-



pagne „Kein Raum für Missbrauch“. Ziel ist die Prävention sexueller Gewalt in der Kindheit, indem die Gesellschaft für das Thema sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sensibilisiert und zum offenen Diskurs angeregt wird. Aus der Kampagne soll ein gesamtgesellschaftli-

ches Bündnis entstehen, das allen offensteht, die sich ihm anschließen möchten – jede und jeder kann mitmachen, Kampagnenmaterialien erwerben und verbreiten und dadurch die Kampagne unterstützen. Für die Kampagne wurde ein aussagekräftiges Symbol mit hohem Wiedererkennungswert entwickelt. Es soll ab Januar 2013 auf Plakaten, Flyern, als Anstecker und als Aufkleber präsent sein und langfristig zu einem selbstverständlichen Symbol mit hoher gesellschaftlicher Verbreitung werden. Weitere Informationen zur Unterstützung der Kampagne und zum Bezug von Kampagnenmaterial gibt es hier: www.beauftragter-missbrauch.de

E-Learning-Plattform

In verschiedenen Berufen gibt es einen großen Fortbildungsbedarf zur Prävention sexuellen Missbrauchs. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert daher die Entwicklung und Erprobung des an der Universität Ulm konzipierten E-Learning-Portals „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“. Das Programm bietet Ärzten, Psychotherapeuten, Lehrern und Erziehern die Möglichkeit, sich anhand interaktiver Fallbeispiele, Filmsequenzen und Texte weiter zu qualifizieren. Ob sich der Kurs als reines Online-Angebot bewährt oder eine Verknüpfung mit Präsenzkursen sinnvoll ist, soll eine begleitende Evaluationsstu-

die zeigen. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bringen durch ihre Ausbildung die fachlichen Voraussetzungen für die Behandlung von Opfern sexuellen Missbrauchs mit. Insbesondere bei rechtlichen Fragen, wie dem Umgang mit der Schweigepflicht bei Aufdeckung eines Missbrauchsfalls oder der Kooperation mit den Strafverfolgungsbehörden, kann es aber durchaus noch Informationsbedarf geben. Interessierte Psychotherapeuten können sich hier weiter über das E-Learning-Angebot informieren: <http://missbrauch.elearning-kinderschutz.de/>

Literatur

Bundespsychotherapeutenkammer (2011). *BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer*. Verfügbar unter: www.bptk.de/publikationen [18.10.2012]
Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnis-

sen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich (2011). *Abschlussbericht*. Verfügbar unter: www.rundertisch-kindesmissbrauch.de/downloads.htm [18.10.2012]
Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (2011). *Abschlussbericht*. Berlin: Geschäftsstelle der UBSKM.

Verletzung der sexuellen Abstinenz in Psychotherapien

Monika Becker-Fischer

Zusammenfassung: Sexueller Missbrauch in Psychotherapien ist nach wie vor ein schwieriges Problem für unseren Berufsstand. Fragen nach Prävalenz, Folgeschäden, gefährdeten Patientinnen und Patienten¹ sowie Psychotherapeuten werden auf Basis der internationalen Forschung und zweier eigener empirischer Studien untersucht. Präventionsmöglichkeiten und Hinweise für die Führung von Folgetherapien werden aus diesen Erkenntnissen abgeleitet.

Lange wurde die Thematik totgeschwiegen, verharmlost mit Kommentaren wie: die Patientin habe „es im Grunde ja gewollt“ (*blaming-the-victim-solution*) oder es handele sich um „bedauerliche Einzelfälle“. Sexuelle Beziehungen in der Psychotherapie wurden wie ein Liebesverhältnis zwischen zwei gleichermaßen verantwortlichen und unabhängigen Menschen betrachtet. Die Folgeschäden wurden bagatellisiert oder gar das Geschehen selbst in die Phantasie der „hysterischen“ Patientin verlegt.

Dies hat sich erfreulicherweise inzwischen geändert. Heute unterstützt die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) die Kampagne des Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs durch Engagement für die Aufklärung über Missbrauch im eigenen Berufsfeld. Dem soll auch der folgende Beitrag dienen.

Die Ergebnisse der internationalen Forschung und zweier eigener empirischer Untersuchungen werden skizziert und vor dem Hintergrund der umfangreichen Erfahrung, die ich seitdem in Beratungen und Folgetherapien nach derartigen Abstinenzverletzungen gemacht habe, Konsequenzen und Präventionsmöglichkeiten diskutiert.

Die erste Studie wurde vor über zehn Jahren vom Bundesministerium für Frauen und Jugend unterstützt, um eine wissen-

schaftliche Grundlage für die geplante Strafrechtsreform zu erarbeiten. Sie bestand in einer Fragebogenuntersuchung mit geschlossenen und vielen offenen Fragen sowie persönlichen Interviews. Da es sich um eine Pilotstudie im deutschen Raum handelte, wollten wir den Betroffenen die Möglichkeit geben, sich möglichst individuell zu äußern. 2006 wurde an der Universität zu Köln eine Wiederholungsstudie als Online-Befragung von Psychotherapeuten und Patienten durchgeführt, um festzustellen, ob in der Zwischenzeit – etwa aufgrund der Strafrechtsreform (1998) – erkennbare Veränderungen eingetreten waren. (Becker-Fischer & Fischer, 2008).

Worum geht es bei Missbrauch in psychotherapeutischen Beziehungen?

Seit der Antike kennen wir den hippokratischen Eid, seit Freud das Gebot, die Behandlung sei in der Abstinenz durchzuführen, das heißt, es gehe nicht um das reale Ausleben von Bedürfnissen, Wünschen, Phantasien, sondern darum, diese gemeinsam im psychotherapeutischen Prozess zu verstehen (Freud, 1915).

In der unbewussten Übertragungsbeziehung wird die verinnerlichte Eltern-Kind-Beziehung und das Bedürfnis nach Urvertrauen aktualisiert. Die implizite und

explizite Annahme, dass dieses Vertrauensverhältnis uneigennützig ist und nicht der unmittelbaren Befriedigung von Bedürfnissen der Psychotherapeuten dient, ist eine notwendige Bedingung jeder psychotherapeutischen Arbeit.

Nur unter dieser Voraussetzung können Patienten sich ihren Psychotherapeuten wirklich anvertrauen und ihre Schutz- und Abwehrmechanismen langsam aufgeben. Dadurch sind sie jedoch in der psychotherapeutischen Situation auch verwundbar und wehrlos, fast wie ein Kind.

Es ist Aufgabe der Psychotherapeuten, diesen geschützten Raum zu sichern und die Macht, die sie aufgrund ihrer beruflichen Funktion innehaben, nicht auszunutzen. Sie tragen Verantwortung dafür, dass die Grenzen gewahrt bleiben. Das heißt, dass selbstverständlich Patienten so verführerisch oder auch verletzend sein können und dürfen, wie es ihrer psychotherapeutischen Entwicklung entspricht. Selbst wenn sie Grenzverletzungen ausdrücklich bejahen oder provozieren, tragen sie keinerlei Verantwortung für deren Realisierung. Diese Wünsche müssen im psychotherapeutischen Prozess verstanden und bearbeitet werden.

Bei derartigen Abstinenzverletzungen wird die Macht, die Psychotherapeuten aufgrund ihrer beruflichen Funktion innehaben, das Vertrauen, das ihnen von ihren Patienten entgegengebracht wird, zu eigennützigen Zwecken ausgenutzt.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgängig beide Geschlechtsformen genannt. Es sind selbstverständlich Männer und Frauen gleichermaßen gemeint. Zu dem in den vorgestellten Studien gefundenen Verhältnis von männlichen und weiblichen Missbrauchenden und Patienten siehe S. 305.

Dabei lassen sich z. B. ökonomischer, narzisstischer und sexueller Missbrauch unterscheiden. In der Realität gehen die unterschiedlichen Formen meist ineinander über, die Übergänge sind fließend. Die Dynamiken unterscheiden sich jedoch nicht wesentlich und die Folgen subtilerer Grenzverwischungen sind keineswegs immer harmloser.

Prävalenz

Nach Schätzungen der amerikanischen Berufshaftpflichtversicherer komme es bei circa 20% der Psychotherapeuten mindestens einmal in ihrer beruflichen Karriere zu sexuellen Kontakten mit Patienten. Bei vielen handele es sich um Wiederholungstäter.

In anonymen Selbstbefragungen geben durchschnittlich 10% der Psychotherapeuten an, mindestens einmal in ihrer beruflichen Karriere sexuellen Kontakt zu einer ihrer Patientinnen oder einem ihrer Patienten aufgenommen zu haben, davon sind durchschnittlich 92% Psychotherapeuten und 8% Psychotherapeutinnen. Meinem Eindruck nach ist die Dunkelziffer missbrauchender Psychotherapeutinnen deutlich höher, da diese in der Regel weniger zu direkten sexuellen Grenzüberschreitungen neigen, sondern subtilere narzisstische Formen bevorzugen, die von den Betroffenen nur schwer als Missbrauch zu erkennen sind.

In unserer bereits erwähnten Online-Befragung handelte es sich in 71% der Fälle um Psychotherapeuten, in 19% um Psychotherapeutinnen, in 85% um Patientinnen und in 15% – also einem relativ hohen Anteil verglichen mit den Ergebnissen der bis zum damaligen Zeitpunkt vorliegenden Studien – um Patienten, bei denen es zu sexuellen Kontakten mit ihrem Psychotherapeuten bzw. Patienten gekommen ist. Dafür wird es verschiedene Gründe geben. Zum einen sind mehr Männer Internetnutzer, eine Online-Befragung gewährt größere Anonymität, ein verändertes männliches Rollenverständnis mag ebenfalls eine Rolle spielen.

Interessant sind die Ergebnisse einer landesweiten Studie (Pope et al., 1979) aus den USA über sexuelle Beziehungen in der psychotherapeutischen Ausbildung. Hier gaben

16% der weiblichen und 3% der männlichen Psychotherapeuten an, sexuelle Beziehungen mit ihrem früheren Lehrtherapeuten oder ihrer früheren Lehrtherapeutin gehabt zu haben; 19% der Psychotherapeuten und 16% der Psychotherapeutinnen berichteten von sexuellen Beziehungen zu ihren „eigenen“ Auszubildenden.

Persönlichkeit der Patienten

Depressionen (54%), Angst (37%), psychosomatische Beschwerden, Beziehungsprobleme, Selbstzweifel und sexuelle Schwierigkeiten waren die häufigsten Beschwerden, deretwegen die Patienten in unserer Untersuchung angaben, die psychotherapeutische Behandlung aufgenommen zu haben. Zahlreiche von ihnen befanden sich zudem in akuten Krisen, waren sozial isoliert und einsam, litten unter schweren körperlichen Erkrankungen oder es waren gerade Todesfälle vorgefallen.

Die Symptome oder Krisensituationen, die von ihnen beschrieben wurden, gleichen somit weitestgehend dem, weswegen sich Betroffene, insbesondere Frauen, generell in psychotherapeutische Behandlung begeben.

Auch aus den ausführlichen persönlichen Gesprächen, die wir mit den Betroffenen führten, konnten wir keine Spezifika herausfinden, die sie wesentlich von anderen Psychotherapiepatienten unterschieden. Dies entspricht den Befunden der internationalen Forschung (z. B. Moggi & Brodbeck, 1997).

Vergleichsweise hoch war allerdings der Anteil von Gewalterfahrungen: 44% berichteten von früheren sexualisierten Gewalterfahrungen, 33% von solchen in der Kindheit. Auch dieser Befund wird in der wissenschaftlichen Literatur bestätigt (z. B. Dish, 2001).

Folgeschäden

Insgesamt beschrieben die Befragten unserer Studien die Verstärkung von durchschnittlich zwei bis drei Symptomen, die

vor Behandlungsbeginn bestanden, darunter vor allem: Ängste, Beziehungsprobleme, depressive Verstimmungen, Isolation, Misstrauen, psychosomatische Beschwerden, Schuld- und Schamgefühle sowie Selbstzweifel. Darüber hinaus sind weitere zwei bis drei Symptome hinzugekommen, unter denen sie zuvor nicht litten. Diese können als spezifische Folge der Missbrauchserfahrung in der Psychotherapie betrachtet werden. Im Vordergrund standen: Ängste, Depressionen, Somatisierungen, Suizidalität, Misstrauen, Selbstwertzweifel und Schlafstörungen.

Um die Intensität der Belastung durch dieses Ereignis zu erfassen, wurden die Betroffenen gebeten, auf der *Impact of Event Scale* (Horowitz, 1979) anzugeben, wie sehr der Vorfall sie in den letzten sieben Tagen psychisch beschäftigt hat. Hier wird fokussiert auf die zwei basalen Traumafolgestörungen: intrusive Erinnerungen und Verleugnung/Vermeidung. Die Werte beider Skalen zeigen, dass die Belastung der Patienten noch zum Untersuchungszeitpunkt einer Vergleichsgruppe von Folteropfern, die im Behandlungszentrum für Folteropfer diesen Fragebogen beantworteten, erschreckend nahekommt.

Die Ergebnisse vermitteln einen Eindruck davon, wie traumatisch sich diese Erfahrung auswirkt. Das ist jedoch nicht verwunderlich. Da in der unbewussten Übertragungsbeziehung die verinnerlichte Eltern-Kind-Beziehung mit ihrem Urvertrauen aktualisiert wird, ist ihre implizite und explizite Voraussetzung, dass dieses Vertrauensverhältnis uneigennützig ist. Ein Bruch dieses Vertrauens in der psychotherapeutischen Beziehung wird von Patienten wie ein Bruch des kindlichen Urvertrauens erlebt und hat eine tiefgreifende Erschütterung ihres Vertrauens in sich und die soziale Welt zur Folge.

Ausbildung und Persönlichkeit der Psychotherapeuten

Es ist naheliegend zu vermuten, dass der wichtigste Grund dafür, dass es bei Psychotherapeuten zu Grenzüberschreitungen

gen kommt, in deren unzureichender Ausbildung bzw. Berufserfahrung liegt. Bereits das Alter spricht jedoch dafür, dass es sich in der Mehrzahl nicht um Berufsanfänger handelt. 60% waren zwischen 40 und 50 Jahre alt und nur 10% zwischen 30 und 34 Jahre. Die meisten verfügten über Approbation und Kassenzulassung und waren somit hinreichend ausgebildet. Auch hinsichtlich der Psychotherapieerichtung ließen sich in keiner Untersuchung Hinweise für Unterschiede finden (vgl. z. B. auch Pope et al., 1992).

Die Betroffenen unserer Untersuchung beschreiben die Mehrzahl ihrer Psychotherapeuten als relativ unscheinbar, gehemmt. Viele meinten, dass für ihre Psychotherapeuten „Arbeit das ganze Leben“ sei. Auffallend war die Widersprüchlichkeit, die in den Schilderungen der Patienten über die Ausstrahlung ihrer Psychotherapeuten zum Ausdruck kam: „freundliche, anteilnehmende Fassade versus eiskalt im Innern; hilflos hinter nahezu perfekter Fassade; egozentrisch versus aufopfernd; souverän versus bedürftig; doppelbödig, zerissen ...“.

Über die private Lebenssituation der missbrauchenden Psychotherapeuten waren die Betroffenen gut informiert. 50% waren ihren Angaben zufolge verheiratet. Von diesen wiederum vermittelte die Hälfte den Patienten den Eindruck einer problembelasteten Partnerschaft. 25% der Psychotherapeuten waren geschieden, 12% ledig.

Zusammenfassend zeichnen sich zwei Konstellationen von Psychotherapeuten ab, die gefährdet sind, sexuelle Beziehungen zu ihren Patienten aufzunehmen.

Psychotherapeuten, die sich in akuten Belastungssituationen bzw. Lebenskrisen befinden oder aufgrund einer unzureichenden Ausbildung überfordert sind. Lamb et al. (2003) führten Interviews mit Psychotherapeuten durch, die missbräuchliche Beziehungen zu Patienten, Studenten und Supervisanden hatten (84% Männer). Die Mehrzahl berichtete, dass die Belastungen in ihrer beruflichen Arbeit sowie persönliche Verletzlichkeiten eine Rolle gespielt hätten. Diese erste Gruppe ist von dem

Missbrauch, in den sie quasi hineingegerutscht sind, betroffen, sucht nach Lösungsmöglichkeiten und Hilfe.

Die andere Gruppe besteht aus Menschen mit schweren habituellen Persönlichkeitsstörungen. Sie stellen zahlenmäßig zwar eine relativ kleine Gruppe dar, die jedoch die meisten Geschädigten zu verantworten hat (80% schätzt Schoener, 1984), weil sie „Wiederholungstäter“ sind und oft sogar mehrere Patienten gleichzeitig missbrauchen. Die habituell missbrauchenden Psychotherapeuten sind routiniert, sowohl in ihren Verführungs- als auch in ihren Legitimationsstrategien, meist gut ausgebildet, in Fachkreisen angesehen, mit Lehrbefugnis und nicht selten in Ethikkommissionen vertreten. Sie sind nur selten einsichtsfähig und laut Schoener schwer zu rehabilitieren.

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Einzelfallstudie des Analytikers Smith (1984), der sowohl missbrauchende Psychotherapeuten als auch Opfer sexuellen Missbrauchs in Kindheit und Psychotherapie in Behandlung hatte. Er gelangt zu dem Eindruck, dass es sich bei dieser Gruppe von Psychotherapeuten um sogenannte „gespaltene Persönlichkeiten“ handle, bei denen, wie bei Dr. Jekyll und Mr. Hyde, die eine Seite der Persönlichkeit nichts von der anderen Seite wisse. Die gewöhnlich in der „Schattenseite“ abgespaltenen, im sexuellen Missbrauch jedoch agierten und „delegierten“ Anteile der Persönlichkeit betreffen die extreme eigene Bedürftigkeit mit den dazugehörigen destruktiven bis hin zu sadistischen Impulsen sowie Schuld- und Schamgefühle. Die andere, sozusagen offizielle Persönlichkeitsseite sei der sehr angesehene, lebenswürdige, in Fachkreisen anerkannte Psychotherapeut, der oft für strengste Ausbildungskriterien und berufsethische Richtlinien eintrete.

Verständlich wird diese Dynamik insbesondere auf traumatheoretischem Hintergrund: In den Übergriffen werden bei diesen Psychotherapeuten, meinem Eindruck nach, traumatische eigene Kindheitserfahrungen reinszeniert. Zahlreiche Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass Psychotherapeuten selbst in ihrer Kindheit

überdurchschnittlich häufig Traumata durch direkte oder sexualisierte Gewalt erlebt haben (vgl. z. B. Moggi et al., 1994). Bei uns vermute ich, dass transgenerationale Traumatisierungen durch NS-Vorfahren und Kriegserfahrungen hinzukommen. Diese Traumata konnten in der Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung offenbar nicht ausreichend bearbeitet werden. Zudem scheinen bei Männern traumatische Erfahrungen einer deutlich stärkeren Tabuisierung zu unterliegen und vornehmlich in Identifikation mit dem Aggressor abgewehrt zu werden. Diese eigenen Traumata rühren insbesondere traumatisierte Patienten an. Daher werden gerade in der Kindheit missbrauchte Patienten so häufig in der Psychotherapie noch einmal missbraucht. Potenzielle Grenzverwischungsbis hin zu Missbrauchstraditionen an Ausbildungsinstituten unterstützen diese Pathologie (vgl. u. a. Gartrell et al., 1986).

Prävention

Die eingangs erwähnte Abwehr des Themas durch Tabuisieren und Verharmlosen bei gleichzeitigem „geheimem“ Merken bzw. Wissen um das Geschehen hat sich inzwischen deutlich gelockert. Diesen Prozess unterstützen wir durch Ansprechen und Aufarbeitung der Thematik mit beruflich adäquaten Regelungen und respektvollem, empathischem Umgang mit Betroffenen.

Von präventiver Bedeutung ist weiterhin, dass in Ausbildungstherapien/Lehranalysen auch sehr scham- und schuldbesetzte infantile Gewalterfahrungen und transgenerationale Traumatisierungen aufgearbeitet werden können.

Selbstverständlich sollten Fragen der Abstinenz-/verletzung in die Ausbildungscurricula als notwendiger Bestandteil aufgenommen und ausführlich diskutiert werden.

Wenn Psychotherapeuten bei sich eine Gefährdung spüren, lautet die wesentliche Grundfrage: „Steht bei dem, was ich tue, die Hilfe für den Patienten und dessen Heilung im Vordergrund oder bin ich selbst gerade in Not, habe ich drängende per-

sönliche Bedürfnisse, die möglicherweise meine Beziehungsgestaltung bestimmen?“ Es gibt Listen von Warnsignalen für Psychotherapeuten, die hilfreich sein können (Becker-Fischer & Fischer, 2008).

In jedem Fall sollte umgehend Intervention oder Supervision gesucht werden. Generell sollte im kollegialen Austausch, in Supervision etc. offen auch über erotische Attraktionen gesprochen werden. Achtsamkeit gegenüber beruflicher Überforderung oder privaten Belastungen ist von besonderer präventiver Bedeutung. Hier sollten wir uns nicht scheuen, gegebenenfalls fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Folgetherapien und Beratungen

Abschließend kurz einige Hinweise für den Umgang mit Betroffenen, die mir aufgrund meiner Erfahrungen in Folgebehandlungen sehr wichtig sind:

Bis heute stoßen Betroffene bei der Suche nach psychotherapeutischer Hilfe auf Unverständnis oder Ablehnung. Sicher spielen dabei zwei Aspekte eine Rolle: Zum einen fällt es den Betroffenen verständlicherweise sehr schwer, nach dieser Erfahrung erneut Psychotherapeuten zu vertrauen, und es ist auch für uns nicht einfach, mit diesem Misstrauen umzugehen. Allerdings scheint in Kollegenkreisen noch recht viel Unkenntnis über die Thematik zu bestehen.

Priorität hat – wie bei jeder Traumatherapie – die Aufarbeitung der aktuellen missbräuchlichen Erfahrung. Vor dieser Aufarbeitung auf die prätraumatische Störung, die Anlass für die Ersttherapie war, zu rekurrieren, birgt große Gefahren. Sie wird fast immer wie eine Schuldzuweisung verstanden, verstärkt bereits bestehende Schuldgefühle sowie die Wendung unbewusster, dem Ersttherapeuten geltenden,

aggressiven Impulsen gegen die eigene Person und kann in suizidale Krisen führen. Eine harmlos gemeinte Frage wie: „Warum konnten Sie nicht einfach Nein sagen?“ kann bereits mit Abbruch der Psychotherapie beantwortet werden.

Wichtig ist, sachlich Stellung zu dem Vorfall zu beziehen und klar Verantwortlichkeiten zu klären. Mit Kritik am Ersttherapeuten ist Vorsicht geboten. Fast immer besteht die intensive positive Bindung an ihn sehr lange fort – unter Umständen sogar gleichzeitig mit juristischen Aktivitäten. Diese negativen Gefühle können erst bearbeitet werden, wenn die Beziehung zum Folgetherapeuten hinreichend gefestigt ist.

Informationsbroschüre: „Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie, Psychiatrie und psychologischer Beratung“, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, erhältlich über www.psychotraumatologie.de

Literatur

- Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (2008). *Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie – was tun? Orientierungshilfen für Therapeut und Klientin* (2. völlig neu bearb. Aufl.). Kröning: Asanger.
- Freud, S. (1915). Bemerkungen zur Übertragungsliebe. In S. Freud, *Schriften zur Behandlungstechnik*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Gartrell, N., Herman, J., Olarte, S. et al. (1986). Psychiatrist-patient sexual contact: Results of a national survey, I: Prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 143 (9), 1126-1131.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Moggi, F., Bossi, J. & Bachmann, K. M. (1994). Sexuelle Kontakte zwischen Pflegepersonal und Patientinnen in psychiatrischen Kliniken. In K. M. Bachmann & W. Böker (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie* (S. 73-90). Bern: Huber.

Pope, K. S. & Feldman-Summers, S. (1992). National survey of psychologists' sexual and physical abuse history and their evaluation of training and competence in these areas. *Professional Psychology*, 23, 353-361.

Pope, K. S., Levenson, H. & Schover, L. R. (1979). Sexual intimacy in psychology training: Results and implications of a national survey. *American Psychologist*, 34, 682-689.

Schoener, G. R. (Ed.) (1984). *Psychotherapists sexual involvement with clients: Intervention and prevention*. Minneapolis: Walk-In Counseling Center.

Smith, S. (1984). The sexually abused patient and the abusing therapist: A study in sadomasochistic relationships. *Psychoanalytic Psychology*, 1 (2), 89-98.



Dr. Phil. Dipl.-Psych. **Monika Becker-Fischer**, Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin (DPV), arbeitet in eigener Praxis mit Schwerpunkt Psychotraumatologie und ist Lehrtherapeutin und Dozentin an verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsinstituten. Sie ist Mitbegründerin und 1. Vorsitzende des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie (DIPT e. V.).

Dr. Phil. Dipl.-Psych. Monika Becker-Fischer

Deutsches Institut für Psychotraumatologie
Springen 26
53804 Much
befi@psychotraumatologie.de

Von Angst bis Zwang – Welche Kräfte man für „schwere“ Störungen gut gebrauchen kann

Michael B. Buchholz

Zusammenfassung: Wenn wir uns nicht nur auf formale Diagnosen nach ICD oder DSM oder auf komplexe Lebensgeschichten, sondern auch auf die Details der psychotherapeutischen Konversation einstellen, lassen sich manchmal Entdeckungen machen, die das therapeutische Leben wertvoll bereichern und zugleich Möglichkeiten eröffnen, um sich aus Verstrickungen zu befreien. Dazu werden einige charakteristische Muster und ein paar wenige, aus der Erfahrung des Autors hilfreiche, Regeln beschrieben.

Was eigentlich ist schwer?

Es lohnt, darauf zu achten, was ein Supervisand zwischen den Zeilen an Wissen über seinen Patienten mitbringt, was er darstellt, weil er es sich vorstellt – ohne es unmittelbar *sagen* zu können. Immer wissen wir mehr, als wir zu *sagen* wissen. Diesen Umstand machte Balint zum Prinzip der nach ihm benannten Gruppen. Insbesondere die „Grundstörung“ verstand Balint so, dass sie sich nicht *unmittelbar* mitteilen lasse, sondern eines vernehmenden Ohres bedürfe. Auch Winnicott (1965) beschrieb das „wahre Selbst“ als *incommunicado* und zugleich als „heilig und höchst bewahrenswert“. Das Seelische als solches sei nicht sagbar, finden auch andere. Für Luhmann (1984, 1997) schließen Gedanken aneinander an, niemals aber direkt an Kommunikation. Gedanken begleiten vielmehr wie Irrlichter die Kommunikation, tauchen auf und wieder ab, verlieren sich, erleuchten manches, was gesagt wird, während sie uns von anderem ablenken. Und nie schaffen wir es, sie alle zu sagen – denn unsere Gedanken sind einfach rasant viel schneller als alles, was wir sagen könnten. Kann die Seele sich je mitteilen?

Schiller formuliert schon 1795 sein bekanntes Distichon: „*Spricht* die Seele, so spricht ach! schon die *Seele* nicht mehr“

(mehr dazu bei Franzen, 1998). Denn die Seele ist im Augenblick einer Aussage schon kein Subjekt mehr, sondern wird deren Objekt. Swift, der parodistische Autor von *Gullivers Reisen*, lässt seinen Gulliver in ein Land kommen, in dem die Leute dieses Problem so lösen, dass sie statt der Worte die Gegenstände mit sich herumtragen, von denen sie handeln wollen. Das wird zum Staunen unhandlich und komisch, es macht schwer beladen.

So wird ganz nebenbei erklärlich, warum wir von „schweren“ Störungen sprechen; die Metaphorik der „Schwere“ will besagen, dass hier Menschen von der Entlastung des Symbolischen, die mit Kommunikation gegeben wäre, in bestimmten Bereichen keinen oder zu wenig Gebrauch machen können. Menschen, die das nicht können, erscheinen uns als „schwer“ gestört. Besonders dann, wenn sie diese Störung aggressiv bekämpfen, an sich selbst oder an anderen. Sie meinen, „zu wenig Liebe“ bekommen zu haben – und fordern sie aggressiv ein. Sie meinen, sich rechtfertigen zu müssen – und tun dies in langen Reden. Sie meinen, überlegen zu sein und setzen alles daran, den Psychotherapeuten sich klein und dumm fühlen zu lassen. Dann beginnen sie in herablassendem Ton ein Erstgespräch etwa mit der Bemerkung: „Sie wollen doch jetzt bestimmt von mir hören, dass ...“ und schon ist die erste

Projektion abgeschossen. Was wir als „schwer“ empfinden, entsteht in Konversation. „Schwere“ ist eine Metapher dafür.

Hier möchte ich Hinweise geben, wie mit solchen Menschen hilfreich gesprochen werden kann. Wir tun uns leichter, wenn wir nicht in diagnostischen Kategorien über Menschen denken, sondern uns auf die Details der Konversation einstellen. Sie machen uns gelegentlich das (psychotherapeutische) Leben schwer.

Die blockierte Entwicklung einer symbolischen Kommunikation braucht den anderen, damit ein dyadischer Bewusstseinszustand (Tronick, 2007) hergestellt werden kann, der Symbolisierung allmählich ermöglicht. Symbolische Kommunikation soll heißen, dass jemand mit Worten nicht nur Dinge der Welt mental repräsentiert und damit an ein bestimmtes Modell der Repräsentation fixiert wäre, das die Mentalisierungstheorie als Äquivalenzmodus bezeichnet. Symbolisch wird gerade der Schritt darüber hinaus: die Fähigkeit, eigene Repräsentationen denken zu können, also metarepräsentational operieren zu können.

Meist haben Menschen keine großen Schwierigkeiten, mehrstufige Metarepräsentationen zu verstehen. Wenn in einem Roman Emma besorgt ist und nicht möchte, dass Herr von Stein merkt, dass Martha überzeugt ist, dass er sie liebt, so verstehen wir meist schnell. Die eine fürchtet, dass der andere merkt, dass die Dritte liebt. Da haben wir drei Meta-Stufen in einem Satz genommen. Und wenn wir das verstehen, haben wir schon eine vierte Stufe der Metarepräsentationen genommen – oder ist es eigentlich die fünfte, weil wir merken, dass wir das merken? Es

entsteht eine Kaskade von Repräsentationen, die wir dann mit Metaphern wie der von der „Kaskade“ einfangen und uns mit solcher Metaphorik in den Stand versetzen, symbolische Höhen zu erklimmen – und diese auch noch kommunizieren können. Das können schwer gestörte Menschen aber dann, wenn es sich um weniger affektiv aufgeladene Themen oder Situationen handelt.

Wie projektive Identifizierung gemacht wird

Wir sprechen von einer projektiven Identifizierung, wenn ein Patient abgewehrte Aspekte einer Objektbeziehung in seinen Psychotherapeuten hinein verlagert. Loch (1993) sprach von einem intrusiven Aktionspotenzial, Kernberg, Dulz und Sachsse (2000) beschreiben, wie dem Psychotherapeuten etwa die Rolle eines „sadistischen Tyrannen“ zugewiesen wird, Sandler (1976) hatte überhaupt schon die Bereitschaft zur Rollenübernahme beschrieben. Wie sich aber eine solche metaphorische „Verlagerung“ abspielt, ist ganz unklar.

Schauen wir die Konversation zwischen einem männlichen Patienten und einer weiblichen Analytikerin im Detail an. Die Behandlung steht am Anfang, der Patient spricht über seine Freundin, die bisher eine Art Therapeutin für ihn gewesen sei. Hier muss man Aufmerksamkeit weniger auf Gesprächsinhalte, sondern auf die Gesprächsorganisation richten: Wer spricht wie nach wem? Wie wird die Pause gehandhabt? Wer übernimmt den nächsten Redezug?:¹

P: ja. (--) das hat sie ähm (--) aber das ich konnte ihr das irgendwie nicht (--) das war schon berechtigt also das war jetzt nicht übertrieben oder so und sie hat auch nicht (--) sie hats mir verboten wie es Frauen verbieten ((lacht)) das tut mir weh ich möcht das nicht ((lacht)) also ähm (15.0)

T: also die hat Angst dass sie sie verlieren könnte,

P: ja, (3.0) das äh (9.0) doch es ist irgendwie schon ja das hat sie (27.0)

Wir sehen, wie der Patient eine 15 Sekunden lange Pause macht; das ist in einem Gespräch „lange“. Zugleich endet seine Rede mit einem „Starter“, nämlich mit einem „also ähm“; wenn man dabei die Luft einzieht und dazu „also“ sagt, zeigt man unmissverständlich an, dass man weiter sprechen möchte. Dem widerspricht aber die lange Pause. Sie indiziert, dass der Patient das Rederecht (den „Turn“) abgibt. Hier kann die Psychotherapeutin, die sich obendrein noch gequält fühlen könnte von der langen Pause, es nur „falsch“ machen. Indem sie den Turn übernimmt und zu sprechen beginnt, reagiert sie auf die eine Hälfte der Aufforderung, die andere Hälfte wird verneint. Das ist ein charakteristischer „Slot“, an dem sich bald der Vorwurf erheben wird, dass die Psychotherapeutin dem Patienten ständig ins Wort falle (Streeck, 2001).

Die Psychotherapeutin übernimmt den Turn mit direktem Anschluss des letzten gesprochenen Worts. Sie spricht, als würde sie *seine* Worte fortsetzen. Dabei könnte sie glauben, einfühlsam verbalisiert zu haben, was der Patient selbst hat noch nicht sagen können. Sie könnte meinen, eine Dialoghilfe geleistet zu haben. Dies auch deshalb, weil der Patient erneut eine lange, 27 Sekunden dauernde Pause macht, die ebenfalls von dem gleichen widersprüchlichen Konversationsformat eingeleitet wurde: ein nicht beendeter Satz und zugleich die lange Pause.

Das gleiche Phänomen aus einem anderen Abschnitt derselben Stunde:

P: ja, das kann sein also das ist jetzt glaub ich noch zu kurz (---) um das sagen zu können aber (6.0)

T: aber trotzdem könnte diese (---) war ebenso mein Gedanke ob das nicht äh bei Anke ein bisschen ich will nicht sagen Angst macht aber doch nicht nur nicht nur Freude macht.

Wieder bringt der Patient seinen Satz nicht zu Ende, wieder lädt er mit längerer Pause zum Sprechen ein. Und wieder spricht die Psychotherapeutin, indem sie mit dem letzten Wort des Patienten, „aber“, fortfährt.

Eine solche „redezuginterne Pause“ (Schegloff, 2007) kommt in vielen Dialogen vor, erhält hier aber die beschriebene Ausgestaltung. Nur ein paar weitere dialogische Sequenzen dieser Art und wir sehen eine Eskalation in dieser Sitzung:

P: also ich versuche da keinerlei Rivalität rein zu bringen aber (---) äh ich nehme das schon wahr wenn das von ihm so zum Beispiel mal ein bisschen kommt also (---) ich hab glaube ich das letzte Mal erzählt von vor zehn Tagen das Wochenende (---) da wo die beiden sehr stark ausgerastet sind so (---) äh (4.0) da (--) hab ich schon so ein bisschen gedacht er will schon wissen was los ist oder er will irgendwie (6.0) ja gestern sind wir mit dem (--) gestern, vorgestern? gestern sind wir mit dem Auto äh zum Hockey gefahren weil die beiden jetzt auch mal gucken wollten und sind damit gefahren und (--) äh da hab ich saß ich vorne und hab den Arm um * (---) ähm Sitz gemacht und da kam von hinten so ein kleiner Klopfen also [()]

T: [(...)]

P: [(...)]

T: [(...)] gehn Sie weg von meiner Frau

P: nja, (2.0) äh also von ihm her sicherlich nicht bewusst sondern es war so von ihm her so ne Art spielen (---) das (3.0)

T: hm=hm,

Obwohl der Patient „keinerlei Rivalität“ habe „reinbringen“ wollen, ist diese doch plötzlich da: Wo die Klammern stehen, findet ein Kampf ums Rederecht statt, den man beim Abhören vom Band nicht verstehen konnte. Jeder setzt zum Sprechen an, aber nur sehr kurz, einer dringt in den Rederaum des Anderen ein und dann inszeniert sich die Rivalität, die vermieden werden sollte, in der Gesprächsorganisation. Der Raum der Rede, das ist der metaphorische Container, in den die Rivalität „rein“ gebracht wird.

¹ Einen herzlichen Dank an Frau Christine Reuter, Göttingen, für die Überlassung dieses Beispiels aus ihrer entstehenden Dissertation.

Die Äußerungsformate der Psychotherapeutin werden als „Quasizitate“ (Buchholz, 2003) bezeichnet: Sie spricht, als würde sie den Patienten zitieren, als formuliere sie für ihn, was er nur noch nicht sagen könne. Mit dieser hilfreichen Absicht übersieht sie, dass sie es nur falsch machen kann: Entweder sie folgt den Hinweisen, dass der Patient weiter sprechen möchte, oder aber, dass sie den Turn übernehmen soll – jedes Mal könnte der Patient ihr anschließend vorwerfen, dass sie ihn „nicht verstanden“ habe. Die Redeübergabe ist höchst ambivalent organisiert.

So wird es unvermeidlich die Psychotherapeutin, die in den Raum der Rede eindringt, die sich das Rederecht unrechtmäßig zu nehmen scheint, der man es deshalb wie in dem kleinen eskalierenden Redekampf entwinden muss und die die Schuld auf sich zu nehmen hat, denn sie hat ja „angefangen“ – so scheint es jedenfalls aus Sicht des Patienten. Gerade die hilfreiche Absicht trägt hier zum Zusammenprall bei.

Ich kenne solche Sitzungen aus eigener Erfahrung. Mir war hilfreich, als ich las, warum Freud die sog. „Grundregel“ eingeführt hatte: diese Idee, dass der Patient alles sagen solle, was ihm durch den Sinn gehe. Freud begründet diese Regel mit der folgenden Bemerkung: „Durch die Aufstellung dieser technischen Grundregel erreichen wir zunächst, daß sie zum Angriffspunkt des Widerstandes wird. Der Kranke sucht sich ihren Bestimmungen auf jede Art zu entwinden. Bald behauptet er, es fiele ihm nichts ein, bald, es dränge sich ihm so vieles auf, daß er nichts zu erfassen vermöge. Dann merken wir mit mißvergnügtem Erstaunen, daß er bald dieser, bald jener kritischen Einwendung nachgegeben hat; er verrät sich uns nämlich durch die langen Pausen, die er in seinen Reden eintreten läßt.“ (GW XI, S. 298) Freud sah, wie Gedanken die Konversation ständig umtanzen. Der Patient legt hier eine Pause ein, weil ihm anderes in den Sinn kam, das all seine Aufmerksamkeit von der Konversation abzieht. Gerade die gute Absicht, seinen unterbrochenen Satz komplettieren zu wollen, stört diesen Vorgang. Was hilft, ist zunächst Abwarten und dann die Einladung dazu, Ge-

danken, die sich während der Pause ereigneten, mit ins Gespräch einfließen zu lassen.

Welche Kräfte?

Solche unbemerkten Details machen es uns „schwer“. Unser Hauptarbeitsinstrument ist Sprechen und Zuhören. Konversation schließt alle sogenannten nonverbalen Momente ein. Zur Konversation gehört „face-work“, wie Goffman (1955) beschrieben hatte: Mimik und Gestik. Gestik ist zu einem erheblichen Teil metaphorisch konstruiert. Oft geht die Geste dem gesprochenen Wort sogar voraus. Ein Beispiel (Müller & Cienki, 2009, S. 307):

GESTE: *offene Handflächen, die sich wiederholt gegenseitig flächig berühren*
Sprecher: also **da hab ich schon gemerkt naja** (2)

GESTE: *weiter mit der Geste*
Sprecher: **des is ganz schön klebrig**

GESTE: *weiter mit der Geste*
Sprecher: ... **oder heftig**

Solche Gestik lässt sich verstehen, weil die Geste das, worauf es dem Sprecher ankommt, ikonographisch darstellt, also gleichsam eine Art Pantomime zum „Klebrigen“ aufführt. Eine andere kleine Gestenpantomime (a. a. O., S. 314):

GESTE: *kleines Vorstoßen beider Hände (an den fettgedruckten Stellen)*
Sprecher: nein es is nich so, aber es **stellt** natürlich **Weichen**. Das is das Problem

GESTE: *verbundene Hände zeigen nach links*
Sprecher: es is schon **ne Weiche** -----

GESTE: *flache Hand weist vorwärts*
Sprecher: es is wieder **ne Weiche** ---

GESTE: *flache Hand weist aufwärts*
Sprecher: wenn de sachst ich studiere **Medizin** ---

GESTE: *flache Hand weist nach links*
Sprecher: oder **Germanistik**

GESTE: *flache Hand weist nach rechts*
Sprecher: oder **Landwirtschaft**

GESTE: *die flachen Hände weisen nach oben und werden in der Pause zusammengeschlagen*

Sprecher: oder ... werde Tennislehrer

GESTE: *keine*

Sprecher: des is schon ne Weichenstellung

GESTE: *flache Hand zeigt zweimal nach vorne, wird dort in der Pause kurz festgehalten*

Sprecher: nachm Studium **musste dir wirklich überlegen, welche ----** (...)

Die Metapher der „Weiche“ im Lebensweg wird durch die Geste dargestellt, ebenso wie das „Klebrige“ im vorhergehenden Beispiel. Weil diese Metapher sowohl sprachlich wie auch in der gestischen Ikonographie auftaucht, spricht man von multimodaler Metapher. Nicht die einzelne Metapher, aber die Metaphorizität als kognitive Grundfähigkeit ist „modality-independent“ (Müller & Cienki 2009, S. 319).

Weil solche Übereinstimmung von Geste und Wort „Normalzustand“ ist, spricht McNeill (2007) von der Einheit des Psychischen. Wenn diese Modi allzu weit und allzu oft auseinander fallen, wird etwas „gestört“: die Konversation. Bei Jemandem, der laut davon spricht, „niedergeschlagen“ zu sein, dabei nach oben blickt und beide Arme nach oben wirft, hätten wir ein Verstehensproblem. Wir verstehen jetzt, worin es besteht: Wir bekommen sehr divergente Hinweise, die uns zu Unterschiedlichem auffordern. Soll der Turn übernommen werden? Sollen wir auf das Wort („niedergeschlagen“) oder auf die Geste reagieren? Diese Gleichzeitigkeit macht *uns* manchmal *schwer* zu schaffen.

Es gibt auch das Nacheinander von Sprechen und Geste: *Folgt* die Geste der Sprache, wie bei Freuds Dora, von der Freud formulierte: „Wessen Lippen schweigen, der schwätzt mit den Fingerspitzen, aus allen Poren quillt ihm der Verrat“ (Freud, 1905), dann verstehen wir, dass etwas nicht *gesagt*, aber dennoch mitgeteilt werden will: im Modus der gestischen Register, nicht in dem der symbolisch-sprachlichen. Einige gestische Register sind somit durchaus als symbolisch zu betrachten,

jedenfalls in bestimmten Kontexten. Und zu denen zählt, ob es einen verständigen Hörer bzw. Beobachter gibt. In den genannten Beispielen läuft die Geste des „Klebrigen“ bzw. der „Weiche“ um Sekundenbruchteile dem Sprechen voraus; bei Dora, so verstehe ich Freud, *folgt* die Geste dem Sprechen, sie ersetzt das Wort.

Beobachten in „wohlwollender Neutralität“ – so würde ich gerne formulieren, ist also erste Psychotherapeutenpflicht. Die Details solcher Beobachtung, nicht die großen Diagnoseziffern, machen die Atmosphäre einer Sitzung – das Unbewusste ist flüchtig, aber es will vernommen werden.

Interaktive Zyklen in der Behandlung

Die Ausrichtung auf „große“ Diagnosen lässt diese Details zu selten würdigen. Wir stellen uns auf komplexe biographische Narrative ein, weil wir eine Lebensgeschichte im Ganzen begreifen wollen. Das Unbewusste der Psychoanalyse (Gödde & Buchholz, 2011) geht nicht nur vertikal in biographische und erlebbare Tiefe, sondern auch in die horizontale, die soziale Dimension.

„Schwer“ ist oft nicht die *Erzählung* einer Lebensgeschichte, sondern die *Praxis des Erzählens*. Wie organisiert einer, dass man ihm überhaupt zuhört? Wie bringt er den Psychotherapeuten in eine hilfreiche Position oder vermeidet das? Wie zeigt er an, dass seine Geschichte zu Ende ist und der andere jetzt was sagen könnte? Zu dieser „horizontalen“ Praxis des Erzählens gehören Einleitungen und Ausleitungen. Ich stelle ein paar ganz charakteristische Äußerungsformate als Beispiele zusammen. Sie sind von einigen Forschern beobachtet worden (Chaika, 2000; DiMatteo et al., 2003; Forrester & Reason, 2006; Goepfert & Goepfert, 1975; Heritage & Robinson, 2006; Hopper, 1990, 2005; Leiman, 2012; Peräkylä, 2011; Peräkylä et al., 2008; Taubner et al., 2011; Wilson & Zimmerman, 1986). Nur wenigen ist aufgefallen, wie hier Köder ausgeworfen werden, auf die achten zu lernen Teil der Ausbildung werden könnte. Sich die Arbeit mit schwierigen Patienten leichter zu machen heißt,

diese Köder zu kennen, um eine Chance zu haben, gar nicht erst anzubeißen oder sich wenigstens wieder „aushaken“ zu können (Levenson, 2011, S. 60).

Das Selbst in der Konversation

Selbstpräsentation in der Erzähl-Praxis zeigt interessante Beobachtungen zu Artikulationsformaten von Gefühlen. Angstpatienten vervollständigen ihre Sätze oft nicht, sprechend verwenden sie Praktiken der Selbstverkleinerung mit Folgen, unter denen sie dann wiederum leiden. Ein Beispiel (Streeck, 2012, S. 453):

>>ja irgendwie auch so<< Sachen gemacht
wozu ich eigentlich gar keine Lust hatte. hhh ja: °des war so ich weiß nich° wollt ich gerne rausgehen dann so also °so kam mir das
(-) jetzt vor° und ähm
(6.0)

>>...<< hier wird schnell gesprochen
° leises, ° sehr leises Sprechen
(-) reduzuginterne Pause von ca. 2/3 Sekunde

Man erkennt einen Gestaltbogen. Die häufige Verwendung von „irgendwie“ oder Phrasen wie „weiß ich auch nicht“ paart sich mit der Beobachtung höchst allgemein bleibender Schilderungen, aus denen ein Zuhörer nie genau erfährt, was diese Menschen ängstigt. Das Leisewerden (°...°) endet in einer Pause, die „offen“ bleibt. Der Bogen schließt sich nicht, die Sprecherin diffundiert aus dem Gespräch, wird gleichsam unsichtbar. Es kommt zu einem „enactment“ ihres Selbstgefühls, das man als „fading away“ bezeichnen könnte.

Das leise ausgehauchte „ja“ (wie oft kommt das vor!) bekundet, wie solche Sprecher (hier im Beispiel) sich bereits selbst schon im inneren Dialog gehört haben. Sie stimmen sich selbst mit „ja“ zu. Folgt dem ein „ich weiß nicht“, kann man erkennen, wie Impuls und Abwehr solche Sprechformate erzeugen – und zugleich könnte man sie *en miniature* als kulturelle Praktiken untersuchen. Das „ja“ als Praxis,

sich selbst zuzustimmen, macht den Zuhörer überflüssig, das *fading away* lässt die Sprecherin verschwinden. Die „Gegenübertragung“ schwankt dann zwischen abdriftender Aufmerksamkeit und erbostem „Schütteln“-Wollen. Kaum deutlicher könnte man erkennen, wie eng Selbst- und Interaktionsregulierung miteinander verlötet sind.

Die Balance von Dramatik und Information

Das Erzählen einer Geschichte spielt sich in verschiedenen Dimensionen ab. Eine davon ist die Polarität von darstellender Dramatik auf der einen, sachlicher Information auf der anderen Seite. Wir empfinden eine Geschichte als ausgewogen, wenn beide Pole gleichermaßen zur Geltung kommen. Manche schwierige Patienten bewegen sich scheinbar nur auf dem dramatisierend-darstellenden Pol. Sie bezeichnen wir als hysterisch, aber die Bezeichnung spielt hier keine Rolle, sondern die interaktive Einladung. Beispielhafte Äußerungen:

- Ich bin so aufgeregt (oder somatische Äquivalente wie Herzrasen, geschwitzt sein, Atemnot).
- Wenn nicht sofort was passiert, bringt er sich um!
- Ich weiß ja nicht, was Sie in einer solchen Situation machen würden, aber ich *musste* einfach so und so handeln.
- Es ist so wohltuend, hier zu sein und mit Ihnen sprechen zu können (1. oder 2. Sitzung).
- Ich *musste* mir den Hund kaufen, als mein Mann dienstlich immer so häufig abwesend war – er hat das nie verstanden und mochte auch die Hundehaare nicht, aber ich war ja so allein.

Man erkennt die Dramatisierung und scheinbare Unausweichlichkeit. Man *musst* handeln. Nur selten wird ganz klar, was tatsächlich los ist. Der Zusammenhang zwischen Affekt und geschilderten Ereignissen ist hier zerrissen. Solche Menschen sprechen in angefangenen Sätzen, die sie mittendrin stehen lassen, an diesen Stellen schießt die Phantasietätigkeit des Zuhörers ein und komplettiert – aber, hat man sich das Richtige gedacht? Rasche

Themenwechsel folgen, Darstellungen sind „irgendwie“ hochspannend und zugleich wirken sie unangemessen. Es kommt zu einem mehrstufigen Interaktionszyklus mit intensiven emotionalen Reaktionen des Psychotherapeuten:

1. Dem aufs Emotionale eingestellten Psychotherapeuten erscheint der Patient ideal: hilflos *und* emotional zugänglich.
2. Er nimmt mit kleinen Äußerungen Partei: „Sie werden sich angegriffen gefühlt haben“, „das war wenig nett“ (bezogen auf einen Dritten).
3. Der Patient ist erleichtert – die Psychotherapie könnte, wenn das alles richtig wäre, im Grunde hier beendet werden; Umstände sind nun mal wie sie sind, man kann ja gar nichts ändern. Unausgesprochen teilen beide das Gefühl, es gäbe ja noch „sooo viel zu besprechen“ ...
4. Der Psychotherapeut spürt Themenwechsel, vermisst eine Reaktion auf seine Äußerungen und fordert diese ein. Er macht etwa nach zwei probatorischen Sitzungen den Vorschlag einer konkreten Behandlung – aber er muss jetzt hören, dass der Patient sich noch gar nicht entscheiden könne. Ob der Psychotherapeut oder die von ihm vorgeschlagene Psychotherapie überhaupt die richtige sei? Der Patient droht, das „gute Einvernehmen“ nicht aufrechtzuerhalten, ist aber erleichtert, wenn der Psychotherapeut erlaubt, neue Themen auszubreiten. Es kommt zu Bekundungen erneuerter Dankbarkeit.
5. Stundenenden gestalten sich schwierig: In letzter Sekunde muss ein Termin abgesagt oder neu vereinbart werden, etwas „noch ganz schnell“ besprochen, noch einmal schnell zum Taschentuch gegriffen werden.
6. Der Psychotherapeut realisiert lange nicht, wie sehr er emotional erpresst wird. Er fühlt sich in die Enge getrieben, muss hören, dass „das Wichtigste“ bislang übersehen wurde – ob so eine Psychotherapie überhaupt etwas taugt?
7. Der Patient ist enttäuscht und „böse“, der Psychotherapeut fühlt sich „irgendwie“ schuldig und entschuldigt sich ...
8. *Reset* von vorne.

An jeder Stelle könnte man die Frage „Was tun?“ beantworten. Man erkennt, wie die Bereitschaft, hilfreich sein zu wollen, Teil des Geschehens und höchst geschickt ausgebeutet wird. Was eine nur-diagnostische Theorie ignoriert, ist, wie genau *wir* beobachtet werden (Stone, 1973)! Deshalb hilft alles, was überrascht: Man kann an einer Stelle schweigen, wo ein Patient eine Äußerung einfordert, man kann eine unerwartete Äußerung machen, man kann ein Detail nachfragen und so versuchen, eine kleine Pause fürs eigene Nachdenken zu erobern oder insgesamt eine metareflexive Ebene zu etablieren. Was hilft, ist eine *Beobachtungseinstellung*, die sich nicht nur für die Biographie interessiert, sondern neugierig wissen möchte, wie dieser Patient mich, den Psychotherapeuten, als Hilfspartner zu gewinnen versucht und sich genau das erschwert. Damit befindet sich der Psychotherapeut nicht über den Dingen – was ihm durch eine diagnostische Einstellung nahegelegt wird –, sondern unmittelbar *in* der Beziehung, und er beginnt gleichsam, zu studieren, wie er in ein Geschehen hineingezogen wird, dass er doch seinerseits ehrenvoll zu überleben jedes Recht hat. Winnicott formulierte einmal, wenn er eine Analyse beginne, habe er zwei Ziele: Er möchte sich gut benehmen und er möchte überleben.

Kleine Partikel

Jetzt möchte ich weitere Interaktionsmuster beschreiben und benutze dabei Worte wie Hysterie, Zwang, Masochismus, Depression, Borderline lediglich zu einer orientierenden Sprechweise. Nun also zur Depression. Es gibt charakteristische Phrasierungen:

- Es ist ja doch halt alles egal.
- Ich weiß auch nicht, ob das alles überhaupt Sinn macht.
- Ich bin ja halt an allem selber schuld.
- Nie hat mir einer geholfen.
- Ich schaff' das nicht.
- Ich weiß auch nicht, ob sich das alles noch lohnt.
- Das hab ich mir auch schon immer gesagt, aber ...
- Immer musste ich alles selber machen.

An diesen fallen die kleinen, universalistischen Partikel wie „*nie*“, „*alles*“, „*immer*“ sowie der *Negativismus* auf. Die beiden letzten Beispielsätze aber verweisen auf den sich sehr rasch einspielenden Interaktionszyklus: Sätze wie „Das hab ich mir auch schon immer gesagt, aber ...“ können nur als „zweiter Zug“ gemacht werden, nämlich als Antwort. Die Anregung des Psychotherapeuten wird (mit dem „ja, aber“) subtil entwertet *und zugleich* dem Psychotherapeuten dabei das Gefühl vermittelt, dass er sich sehr gut eingefühlt habe. Seine Anregung ist also naheliegend, so gut hat er den Patienten schon verstanden! Nur – leider ist das alles wertlos!

Der Psychotherapeut ist anfangs offensichtlich; ihm wird, als sei geradezu ein „Wunschpatient“ in seiner Praxis aufgetaucht. Seine Einfühlung wird stimuliert, weil er „solche Zustände“ zu kennen glaubt, und der Patient gibt ihm das Gefühl, ein guter, einfühlsamer Psychotherapeut zu sein. Beobachtet man auch die körperlichen Mitbewegungen, dann nickt der Patient häufig oder gibt andere Zuhörersignale, wenn der Psychotherapeut etwas gesagt hat. Danach schweigt er und wechselt das Thema. Der Psychotherapeut bekommt das Gefühl, mit seiner Äußerung werde gearbeitet; weil etwas angekommen ist, bringe der Patient nun das nächste Thema, bei dem der Psychotherapeut nun erneut hilfreich sich äußern könne. Der Psychotherapeut schätzt seinen Patienten als emotional zugänglich ein, Einfühlung scheint leicht.

Zwei oder drei Sitzungen später aber plagt ihn das Gefühl, dass keine spürbare Änderung eintritt. Er fühlt sich nach den Sitzungen angestrengter, unterdrückt leichte Verärgerung, deutlicher sieht er, wie wenig sein Patient mit dem macht, was er sagt. Kein „wirklicher Kontakt“ scheint zustande zu kommen. Er fordert genauere Schilderungen von Situationen, es kommt zu Ärger und Anschuldigungen und als Folge dessen die fatale Neigung, den Patienten diagnostisch „*down*“ zu diagnostizieren: Hat man etwas übersehen? Ist er nicht vielleicht doch „schwerer“ gestört als gedacht? Sollte man ihn eventuell stationär einweisen? Zu spät merkt man, dass die Details anzusprechen hilfreich gewesen wäre, um

die verdeckte negative Übertragung bearbeiten zu können.

Erkalteter Kontakt

Sehen wir einmal, wie es sich beim Zwang verhält. Häufige Phrasierungen sind:

- Man muss ... (... das so sehen, ... wissen, ... sich dann entscheiden.)
- Ja – aber ist das nicht ...
- Die Sache hat den folgenden Grund ...
- Häufige „objektive“ Rechtfertigungen und nachdrückliche Beweisführungen.
- Verdinglichungen in der Sprache und Darstellung führen dazu, dass kaum ein Zusammenhang zwischen Person und Symptom erkennbar wird.
- Der Kontakt bleibt eher kalt, manchmal aber mit einem distanzierenden Humor versehen.

Psychotherapeuten reagieren meist charakteristisch. Es herrscht v. a. Ratlosigkeit, denn es lässt sich kein Zusammenhang zwischen der gut begründeten Lebensweise des Patienten und geschilderten Schwierigkeiten entdecken. Die „Sache (!) anpacken“ scheint richtig und so versucht man, ihr auf den Grund gehen. Psychotherapeutische Gesprächsinitiativen nehmen zu, etwa Frage-Aktivitäten. Der Patient reagiert dankbar, distanziert sich aber rasch, das Muster der „Yes – but no“-Kommunikation bleibt. Seine gesamte Ambivalenz scheint sich in diesem so typischen kommunikativen Muster mitzuteilen. Der Psychotherapeut wird zum Kriminalisten, fragt alles ab mit dem Ziel, dem Patienten etwas „nachweisen“ zu können. Der bleibt „überlegen“, er anerkennt die Bemühungen des Psychotherapeuten, aber er kann dessen Denkangebote bestenfalls intellektuell aufgreifen. Das führt manchmal dazu, dass man sich mit solchen Patienten früh in der Erörterung von Themen findet, die man mit anderen Patienten erst sehr viel später erreicht. Etwa, welche Rolle die Liebe zur Mutter gespielt haben könnte oder die Selbstbefriedigung.

Zerissen ist auch hier Erleben und Kognition. Hier bleibt das Rationale für sich. Diese Art zu sprechen hantiert gleichsam mit der

ätherischen Leichtigkeit von Symbolen, nicht aber mit dem Gewicht der Welt. Deshalb ist allen Klinikern die enorme Intelligenz solcher Menschen aufgefallen, sie kennen sich in vielen Gebieten aus, können bei vielen Themen gewandt mitreden. Das wichtige Wort ist „mitreden“ bzw. „mitmachen“. Sie identifizieren sich schnell mit ihrem Gegenüber, aus dessen Perspektive sie zu sprechen scheinen. Während andere Patienten eine Traumerzählung mit Worten wie „Ich hatte vielleicht ‘nen komischen Traum heute Nacht“ beginnen, leiten diese Menschen den Traumbericht ein, indem sie formulieren: „Also das war vielleicht spannend, was ich heute Nacht geträumt habe“ – und man muss sich nur die Frage stellen: „Spannend für wen?“, um zu merken, wie sehr identifiziert sie mit einem bestimmten Bild vom Psychotherapeuten sind, den sie als eine Art Tiefseetaucher auffassen. Folglich bringen sie aus der Tiefe ihres Seelischen „spannende“ Fundstücke an die Oberfläche. Deshalb empfiehlt sich abzuwarten, bis Erleben und Worte näher aneinander rücken, und bis dahin nichts anderes zu tun, als den Kontakt anzuwärmen. Das ist eine weitere Beziehungsdimension. Wärme im Kontakt ist nicht dasselbe wie Nähe, die sie fürchten; Wärme entsteht eher durch Äußerungen wie „Ja, das verstehe ich“ oder „Erzählen Sie mir mehr davon“. Das kann unter Umständen sehr lange dauern und manche Krisen hervorrufen, weil der Patient sich zugleich quält mit Zwangsgedanken oder Ähnlichem. Aber vor einer *inhaltlichen* Bearbeitung der Symptomatik muss ein anderer Schritt erfolgen: Man muss die Identifizierung mit dem Psychotherapeuten als Tiefseeforscher ansprechen können und der Patient muss sich nachdrücklich darüber gewundert haben, dass er von seinem Psychotherapeuten, der sich als freundlicher und warmherziger Mensch erwiesen hat, erwartet hatte, bei lebendigem Leibe wissenschaftlich seziiert zu werden. Erst wenn die *Prozessphantasie* von der Vivisektion² Thema wurde, macht die inhaltliche Bearbeitung des Zwanghaften psychotherapeutischen Sinn! Im Zentrum steht die unbewusste symbolische Gleichung, dass Analysieren = auseinandergenommen werden = seziiert werden. Das ist ja auch das, was Wissenschaftler dem allgemeinen Verstande nach tun. Der Zwang-

hafte identifiziert sich so sehr mit dieser Vorstellung und „macht mit“, weil er nur so seine Angst davor bewältigen kann.

Affektive Umwandlungen

Kommen wir zu anderen Interaktionen, die uns in der Praxis Probleme bereiten. Typische Äußerungen sind:

- Wovüber muss ich hier sprechen?
- Ich weiß, dass ich viele Defizite habe, v. a. bin ich immer viel zu empfindlich und hab leicht am Wasser gebaut.
- Ich will selbst ja gar nichts, ich will nur dass die anderen ‘n bisschen glücklich sind.
- Ich bin ja gar nicht so wichtig, deshalb muss man nicht über alles immer so viel nachdenken.
- Entlastung der anderen: „Meine Mutter hat mich ja nicht wirklich so gequält, sie ist ja selbst so unglücklich wegen ihrer Mutter gewesen.“
- Und was soll ich jetzt tun?
- Sie sind es ja, der hier die Regeln bestimmt.
- Jetzt haben Sie sowas Freundliches gesagt. Das hätte ich gar nicht erwartet. Naja, das ist ja auch Ihre Aufgabe hier.

Der Psychotherapeut sieht, dass aus Angst Lust an der Kontrolle wird. Diese Interaktion kontrolliert sehr rasch das gesamte interaktive Feld. Der Psychotherapeut zappelt bald an vielen Haken. Er sieht, wie der Patient, etwa in der Bemerkung, „zu empfindlich“ zu sein, aus einem Angreifer einen Beschützer macht und die Last einer schwierigen Beziehung sich selbst aufbürdet. Frauen mit solchen Mustern glauben sich oft verliebt, während Außenstehende eher den deutlichen Eindruck haben, dass sie ausgebeutet, kurz gehalten oder manifest gequält werden. Deshalb will der Psychotherapeut *schnell und hilfreich* eingreifen. Das freilich attackiert den geheimen Stolz des Patienten, „alles“ zu ertragen. Die masochistische Interaktion ist getragen von der magischen Phantasie, alles umwandeln zu können: Angriffe in gutge-

² Zu den Prozessphantasien vgl. Plaßmann (1986) sowie deren Untersuchung in Buchholz (1994, 2003).

meinte Handlungen, Schmerz in Lust, die eigenen Tränen sind immer Tränen der Freude oder des Mitgefühls (Novick & Novick, 1991; Smirnoff, 1969).

Der Patient akzeptiert scheinbar hilfreiche Äußerungen seines Psychotherapeuten, der sich ermutigt fühlt, weiter zu machen. Insgeheim aber befriedigt der Patient den Wunsch aller Wünsche, selbst vollkommen wunschlos zu sein. Den kann er dann in einer solchen Interaktion insgeheim mit Beteiligung des Psychotherapeuten inszenieren. Der freilich fühlt sich gequält. Er leidet unter mangelnder affektiver Resonanz: Er findet buchstäblich kein Subjekt als kommunikatives Gegenüber vor und fühlt sich zugleich weniger fasziniert als vielmehr buchstäblich „gefesselt“. Der Kern dieser Interaktion ist die Phantasie, sich wunschlos zu machen, um nicht verlassen zu werden.

Was hilft, ist zunächst einmal die Einsicht in die klinische Weisheit des Satzes, dass der Masochist immer gewinnt. Von einem Sadisten kann man wenigstens verlangen, dass er die Quälerei lässt; aber ein Masochist? Der macht doch: nichts! Deshalb ist es als Fortschritt zu betrachten, wenn Äußerungen gemacht werden wie die, die ich oben als letzte erwähnt habe. Darin wird das aktive Quälen des Psychotherapeuten erkennbar, fühlbar. Freilich ist man als Psychotherapeut gut beraten, hier nicht sofort einzugreifen, sondern wieder etwas zu warten, bis die Erfahrung, dass der Psychotherapeut freundlich bleibt, nicht mehr disqualifiziert werden kann. Dann folgt der nächste Schritt, dem Patienten zu zeigen, dass ihn das offenbar überrascht habe, und wenn einen etwas überrascht, kann man darüber nachdenken, was man erwartet hatte. Der Psychotherapeut bearbeitet lange nicht Inhalte, sondern gibt Aufgaben, damit *das Bild des Psychotherapeuten* langsam in den Fokus des Gesprächs kommen kann. Aufgaben sind zunächst: „Wie meinen Sie das?“ Oder: „Wenn Sie sagen, dass Sie Stress haben – wie meinen Sie das genau?“, „Welches Gefühl genau hatten Sie da?“, „Ich bin sicher, das kennen Sie irgendwoher.“, „Ach, da haben Sie es geschafft, es in der Beziehung auszuhalten, indem Sie sich immer wieder gesagt haben (...), da werden Sie

viel Kraft gebraucht haben.“ Hinzu kommt ein anderes, in der Behandlungstechnik kaum beachtetes Moment. Psychotherapeuten beenden ihre Sitzungen meist stereotyp mit Formeln wie: „Wir müssen jetzt Schluss machen“ oder „Unsere Zeit ist um.“ Mir ist lange entgangen, worin der Sinn dieser Stereotypie liegen könnte. Gerechtfertigt wird das meist mit „Neutralität“ oder ähnlichen Konzepten. Aber wenn man weinende und klagsame Patienten mit solchen Phrasen entlässt, bestätigt man ein bestimmtes Bild und ist insofern überhaupt nicht neutral. Der Sinn dieser Stereotypie liegt m. E. darin, dass eine Regel etabliert wird, die ab und an sinnhaft *durchbrochen* werden kann. Kleine Variationen der Schlussformel am Ende einer „guten“ Stunde zeigen dem Patienten an, dass man tatsächlich mitempfinden hat.

Werden solch Aufgaben kontinuierlich bearbeitet, taucht ein Bild vom Psychotherapeuten auf, das sehr negativ ist: Psychotherapeuten sind nur am Geld interessiert, sie verstehen Menschen nicht wirklich, sondern täuschen Interesse nur vor, sie schlafen hinter der Couch. Wichtig sind an einem solchen Bild weniger Inhalte – die sind zunächst recht stereotyp – als vielmehr die Asymmetrie der Wertigkeiten: dass für den Patienten unbefriedigende Sitzungen eben dieses Bild bestätigen, während Freundlichkeiten oder entlastende Bemerkungen keine Bedeutung haben, weil der Psychotherapeut „muss ja so sein, schließlich wird er dafür bezahlt“. Erst wenn *beide* Seiten Thema werden, kann man dem Patienten mit Chance auf Veränderung zeigen, wie wenig ein solches Bild der Psychotherapie ihre Chance lässt: Das Negative bestätigt das Bild, das Hilfreiche ist bloß zufällige Ausnahme. Wie sich in einem solchen Bild vom Psychotherapeuten frühe Objektbeziehungen inszenieren, will ich hier nicht weiter erläutern.

Opfer – Täter – Verfolger

Ich will auf ein letztes Format zu sprechen kommen, die Borderline-Interaktion (DiMaggio & Semerari, 2004; Liotti, 1995; Prunetti et al., 2008; Rasmussen, Angus & Lynne, 1997; Viviani, Kächele & Buchheim, 2011). Deren Erzählungen starten nicht selten mit einer zunächst harmlos scheinenden und gern übersehenen kleinen

Projektion in Form einer Äußerung wie: „Sie werden jetzt von mir meine Lebensgeschichte hören wollen“ oder „Ich bin ja gekommen, weil Sie von mir wissen wollen ...“. Erzählungen sind wenig adressatenorientiert; Namen von Personen werden genannt, aber nicht erläutert, wer das ist. Der Psychotherapeut schwankt, ob er das als symbiotische Erwartung wortlosen Verstehens auffassen soll oder aber als faktische Entwertung seiner Aufgabe. Auch hier gibt es „in einem Zug“ konträre Direktiven an den Psychotherapeuten. Wir haben das an der Differenz zwischen verbaler Mitteilung und Gestik gesehen oder an der Redeorganisation, wenn die lange Pause die Redeübergabe anzuzeigen scheint, der Satz aber nicht zu Ende gesprochen ist. Jetzt haben wir eine weitere Form. Sie bezieht sich mit frontaler Angriffslust direkt und von Anfang an auf die Person des Psychotherapeuten. Dieser wird von Anfang an zu intensiver Nähe aufgefordert und zugleich massiv abgewertet. Er ist ja nur „Techniker“ des Seelischen. So fangen manche Patienten mit der verächtlich gesprochenen Bemerkung an, „ich bin ein Borderliner“. Aus ihnen spricht die Stimme eines Vor-Behandlers, der ihnen so etwas angeblich gesagt habe. Ihr Tonfall macht klar, was sie davon halten. Dem Psychotherapeuten wird zugleich bedeutet, dass er doch nicht etwa an der Diagnose eines Kollegen zweifelt? Naja, man weiß ja, was man von diesem Psychokram zu halten hat, die wissen ja selbst nicht ...

Erzählungen sind zeitlich oft durcheinander, wirken unstrukturiert – bis man merkt, dass es durchaus Strukturen gibt, die sie durchziehen. Es gibt kaum andere als drei charakteristische schematische Rollen: Täter, Opfer und Verfolger. Täter und Verfolger sind die Rollen der Objekte, der Patient ist vor allem Opfer in diesen Schilderungen. Der Opferstatus (Levold, 1994) scheint wie in Zement gegossen. Der eigene Selbstzustand wird regelmäßig als „*zombie state*“ beschrieben. Sie fühlen sich nicht lebendig, aber auch nicht tot. Andere Personen bleiben blass, oft werden nur deren Namen erwähnt. Für Zuhörer ist es sehr schwer, einen „*sense of listening*“ zu entfalten, also eine Einstellung zu gewinnen, mit der sie aufmerksam zuhören können. Hier eine Illus-

tration aus unserem Straftäterprojekt (Buchholz et al., 2008):

Beispiel – die „kommunikative Blendgranate“:

Sepp B.: Mich würde interessieren – mit deinem Sohn. Warum darfst du den erst, wenn er 18 ist, sehen? Oder
(.)

Otto O.: Weil es passiert ist mit meinem Sohn =

Therapeut K.: =Was is passiert?
(1)

Otto O.: Seit ich ihn mal äh missbraucht [habe=

Therapeut K.:
[Bitte?

Otto O.: =Missbraucht habe (.) Obwohl es nicht stimmt (-) Er war nur dabei gewesen.

Therapeut K.: Er war dabei?

Otto O.: Er war dabei gewesen.

Therapeut K.: Dabei gewesen

Otto O.: Gut, ich erzähle noch einmal wie es passiert ist mit meinem Sohn. A:So::

Therapeut K.: Das ist ja vielleicht auch wichtig.

(.) *reduzierter Pause von circa 1/3 Sekunde Dauer*

(-) *reduzierter Pause von circa 2/3 Sekunde Dauer*

(1) *reduzierter Pause von circa 1 Sekunde Dauer*

= *schneller Redeanchluss*

[*Beginn gemeinsames Redens/ ins Wort Fallen*

: *Dehnung*

Ich bezeichne solche Muster als „kommunikative Blendgranate“ und will verdeutlichen, warum.

Da ist zuerst die Passivierung („Es ist passiert“), die den Psychotherapeuten zu einem beinahe erregten Nachfragen veranlasst. Dann folgt eine weitläufige, widersprüchliche Schilderung: zunächst die Wendung ins Aktive („ich habe miss-

braucht“) mit Anerkennung eigener Akteurskompetenz – und wieder die irritierte Nachfrage durch den Psychotherapeuten, der Otto mit „Bitte?“ ins Wort fällt. Otto reagiert auf dieses „Bitte?“ so, als hätte der Psychotherapeut *akustisch* schlecht verstanden und wiederholt seinen letzten Äußerungsteil, um dann mit einem Dementi dessen, was er soeben in Akteurskompetenz formuliert hatte, fortzufahren: Es stimme nicht und der Sohn sei „nur dabei gewesen“. Hätte er, kontrastierend, einfach gesagt, der Sohn wäre „dabei gewesen“ und das kleine Wörtchen „nur“ weggelassen, wäre dieser Teil der Aussage trivial. Das Detail des „nur“ trägt die Last einer besonderen Bedeutung. Die drei Aussageteile werden in ihrer Bedeutung gegeneinander unscharf, das Geschehen nebulös verwischt und *zugleich* so dargestellt, als wäre Otto ein Zeuge, der authentisch berichtet. Diese Umwandlung ist äußerst geschickt. Die Zeugenrolle ist für die Straftäter gewissermaßen das Neue, sie erweitert die Trias von Täter/Opfer/Verfolger. Zugleich ist deren Abwehrfunktion gut zu erkennen. Die Nachfrage ignoriert dieses kleine „nur“; die Frage: „Er war dabei?“ macht ja im Fall eines Missbrauchs inhaltlich kaum Sinn, sie ist die Wirkung der kommunikativen Blendgranate.

Hier hat jeder Teilnehmer ein schweres hermeneutisches Problem, nachzuvollziehen, was Otto zugleich in Rede *und* in Abrede stellt. Die Anschlussfähigkeit kommunikativer Züge ist blockiert, der Psychotherapeut nutzt eine der häufigen reformulierenden Gesprächstechniken, die Psychotherapeuten oft verwenden (dreimal: „dabei gewesen“). Und schließlich kann Otto mit einem „Gut“ die vorangegangene Situation rückwirkend so darstellen, als sei er *aus einer Zeugenposition* in der Lage, die Verwirrung aufzulösen. In diesem Wandel vom verurteilten Täter im Gefängnis zum berichtenden Zeugen liegt der Sinn dieses komplexen rhetorischen Manövers.

Die rhetorische Form der kommunikativen Blendgranate erzeugt durch geschicktes Informationsmanagement ein Bedürfnis, „mehr“ wissen zu wollen. Wer so zu reden vermag, muss implizites Wissen über die Aufmerksamkeitsorganisation seiner Zuhörer haben.

Emotionale Positionen

Beobachten kann man *von sehr verschiedenen* emotionalen Positionen aus, nicht nur aus einer „paranoiden“ oder „depressiven“ Position. In einer Profession, die gerne „Selbstreflexion“ für sich in Anspruch nimmt, ist das keine einfache Einsicht! Ich habe vor vielen Jahren in meiner Ausbildung gelernt, darauf zu hören, wenn Patienten etwas aus der Position des Kindes heraus berichten. Was mir nicht beigebracht wurde, war, dass ich selbst damit in die Position eines Beobachters zweiter Ordnung hinein rotiert bin. Ich habe zu beobachten, also zuzuhören, so gelernt, dass ich beobachten konnte, wie andere sich in ihrem Erzählen und in ihren Erzählungen beobachten. Das „Kind im Patienten“ zu entdecken, ist eine uns selbstverständlich gewordene Übung, mit ihm ins Gespräch zu kommen ist dennoch nicht immer einfach. Aber dass es noch andere emotionale Beobachtungspositionen gibt, muss man erst lernen. Ich nenne einige typische solcher **emotionaler Positionen** ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit:

Manche Patienten sprechen **als ärztlicher Kollege**. Sie schildern distanziert Symptome, beschreiben, wann diese begonnen haben oder wann sie sich in welchen Kliniken aufgehalten haben, mit welchen Methoden sie behandelt wurden. Andere sprechen **als Verfolger**. Sie klagen, bestimmte Vorstellungen immer wieder zu haben und dass die „weggemacht“ werden müssen. Andere finden **aus der Position der Empörung** heraus, dass der Lehrer ihrer Kinder bestraft, der Chef gefeuert oder der Ehepartner zur Raison gebracht werden soll. Wieder andere sprechen **wie einem Priester, einem Polizeibeamten oder einem Richter gegenüber**. Sie formulieren etwa, dass sie „zugeben“ müssten, diese oder jene Gedanken zu haben (Buchholz, 1988). Dass sie wahrscheinlich bei der einen oder anderen Gelegenheit „nicht richtig“ gehandelt haben. Die Aufgabe heißt hier immer, aus ihnen Mitarbeiter in der Psychotherapie zu machen.

Man könnte noch weitere emotionale Positionen wie die des **Gehirnwäschers** oder

des **Gutachters** nennen. Wichtig ist, dass man das Prinzip des „*turning the table*“ versteht: Jemand kann der vernehmende Polizeibeamte sein, aber auch vor diesem stehen. Jemand kann als Verfolger oder als Verfolgter sprechen. Jemand kann als Arzt oder als Patient sprechen. Und doch gehören diese jeweiligen emotionalen Positionen zusammen. Sie sind Teil eines komplexeren Interaktionsmodells, das man am besten als kulturell verankert auffasst. Interaktionsmodelle sind jene Dispositive, auf die jemand zugreift, um sich in einer ungewohnten Situation zunächst einmal zurechtzufinden. Will man methodisch beschreiben, wie Psychotherapeuten im Vollzug beobachten, dann ist es nicht ausreichend, die eigenen Emotionen zu registrieren – das ist nur ein erster, wichtiger Schritt. Der zweite Schritt muss folgen: diese Emotionen als Elemente eines kulturellen Interaktionsmodells aufzufassen, in welches der Psychotherapeut hineingedrängt werden soll. Die nächste Aufgabe ist, einen Punkt zu bestimmen, von dem aus beide Pole des Interaktionsmodells vollständig angesprochen werden können. Diesen Punkt habe ich, Plessner (1982) folgend, als „exzentrische Position“ bezeichnet. Sie ist nie dauerhaft zu haben, sondern muss beständig neu erarbeitet werden.

Für Psychotherapeuten folgt praktisch die eiserne Regel: Sie sollten nach Möglichkeit erst etwas sagen, wenn sie verstanden haben, aus welcher emotionalen Position heraus ein Patient zu ihnen spricht und welche emotionale Position ihnen angewiesen wird. Die weitere Regel lautet, dass Psychotherapeuten nicht glauben sollten, damit seinen Patienten schon verstanden zu haben. Denn gerade der Wechsel zwischen emotionalen Positionen bleibt für Psychotherapeuten eine wichtige Beobachtungsaufgabe. Ein Täter, so habe ich gezeigt, verwandelt sich geschickt in einen Zeugen – und zugleich verwandelt er seinen Psychotherapeuten zu einer Art Richter, der sich vom gutachterlichen Zeugen instruieren lässt, wie er die Dinge zu sehen habe. Von solchen schnellen Umwandlungen zu wissen und sich darauf einzustellen, ist Teil einer mentalen Hygiene, die in einer praktischen Burnout-Prophylaxe resultiert.

Jede Sprecherposition erzeugt inhärenten Drang, die komplementäre Position einzunehmen – und diesem Drang *Widerstand* (Klüwer, 1973) entgegenzusetzen, wird zentrale Aufgabe, bevor der Psychotherapeut spricht. Wir nennen das in reichlicher Unterkomplexität „Gegenübertragung“ und erfassen damit immer nur einen Teil des komplexen Interaktionsgeschehens. Wer *Gegenübertragung* sagt, bekommt emotionale *Folgen* in den Blick, kaum aber das, was dem vorausgeht: *Wie, mit welchen konversationellen Mitteln* wird die Gegenübertragung erzeugt? Lernt man, sich auf die Details einzustellen, gewinnt man einen Blick für das, was Levy und Inderbitzin (1990), Spence (1993) ebenso wie Krejci (2009) als Studium der analytischen Oberfläche bezeichnet haben. Dann heißt die Aufgabe, nicht nur *hinter* die Oberfläche, sondern *auf* die Oberfläche zu blicken! Diese Autoren meinen, dass nur dann aus einer klinischen Beobachtung eine Arbeitsoberfläche („*workable surface*“, Paniagua, 1991; Poland, 1990) werden kann. Nur „Gegenübertragung“ als gefühlte oder erlebte Erfahrung zu registrieren, kann kaum dazu gelangen, zu beobachten, wie diese Erfahrung „gemacht“ wird; eine solche Denkweise riskiert, den Psychotherapeuten selbst in hilfloser Opferrolle festzuschreiben – viel wird erlebt und registriert, aber wie es dazu kommt, bleibt außer Betrachtung und kann dann auch kaum bearbeitet werden.

Will man mehr als emotionale Gegenübertragungsreaktionen erkennen, kann man die beschriebenen Beziehungsmuster *und* die Ausbeutung unserer helfenden (oder anderen) Leidenschaften durch manche Patienten, die uns als schwierig erscheinen, in den Blick nehmen. Das darf ganz vorwurfsfrei geschehen; wir müssen nur registrieren, wie wir von unseren Patienten, wie schon Searles (1987) so genau auffiel, genau beobachtet werden. Haben wir Verständnis für relationale Dynamiken, können wir von einer exzentrischen Position aus beobachten, in welches Spiel wir da verstrickt werden sollen – und erst, wenn wir das bemerken, können wir selbst im besten Sinn spielerisch damit umzugehen lernen.

Daraus folgt eine weitere Regel für Psychotherapeuten: Erst dann etwas zu sagen, wenn man sich mindestens zwei alternative Äußerungen überlegt hat! Der Sinn dieser Regel (Buchholz, 2001) ist: Sie erzwingt eine Denkpause. Sie zeigt uns, dass immer auch noch ganz anders reagiert werden könnte als mit dem ersten Einfall. Standardantworten riskieren, in die routinisierten Interaktionsdynamiken eingebettet zu werden, und lassen den Psychotherapeuten ins Mitspielen beim *enactment* gleiten. Ein weiterer Gesichtspunkt dieser Regel ist: Wir schaffen eine Situation, in der wir *wählen* können. Wer aber zwischen Alternativen wählen kann, ist schon nicht mehr gezwungen; wir erschaffen buchstäblich so, durch Befolgung dieser Regel, in manchen höllischen Momenten mit unseren Patienten ein Selbstbewusstsein, das sich aus den Zwängen der Interaktion durch symbolisierendes Denken heraushebt und durch Wählen Freiheit zurückgewinnt. Dann wird es vielleicht nicht leicht, aber doch leichter.

Literatur

- Balint, M. (1957). Die drei seelischen Bereiche. *Psyche*, 11, 321-344.
- Balint, M. (1970). *Therapeutische Aspekte der Regression*. Stuttgart: Klett.
- Buchholz, M. B. (1988). Die therapeutische Situation. *Forum der Psychoanalyse*, 4, 273-291.
- Buchholz, M. B. (1994). Therapie als Interaktionsgeschichte. Metaphernanalytische Rekonstruktionen der Prozeßphantasie. In H. Faller, J. Frommer (Hrsg.), *Qualitative Psychotherapieforschung*. Heidelberg: Asanger.
- Buchholz, M. B. (1996/2003). *Metaphern der „Kur“*. *Qualitative Studien zum therapeutischen Prozeß* (2. Auflage 2003). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Buchholz, M. B. (2001). Lehren aus der Psychoanalyse – Supervision in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 17, 271-286.
- Buchholz, M. B. (2003). Metaphern und ihre Analyse im therapeutischen Dialog. *Familiendynamik*, 28, 64-94.
- Buchholz, M. B., Lamott, F. & Mörtl, K. (2008). *Tat-Sachen. Narrative von Sexualstraftätern*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

- Chaika, E. (2000). *Linguistics, Pragmatics and Psychotherapy. A Guide for Therapists*. London/Philadelphia: Whurr Publishers.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2004). Disorganized Narratives: The Psychological Condition and Its Treatment. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy. Practice, Theory, and Research* (pp. 263-283). London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- DiMatteo, M. R., Robinson, J. D., Tabbarah, M. & Fox, S. A. (2003). Correspondence Among Patients' Self-Reports, Chart Records, and Audio/Videotapes of Medical Visits. *Health Communication, 15*, 393-413.
- Forrester, M. & Reason, D. (2006). Conversational analysis and psychoanalytic psychotherapy research: Questions, Issues, Problems and Challenges. *Psychoanalytic Psychotherapy, 20*, 40-64.
- Franzen, W. (1998). „Spricht die Seele, so spricht ach!, schon die Seele nicht mehr“. Einige Erwägungen. In W. Högge (Hrsg.), *Subjektivität* (S. 87-105). München: Wilhelm Fink.
- Freud, S. (1905). *Bruchstück einer Hysterie-Analyse*. G.W., Bd. 5 (S. 161 ff.). Frankfurt a. M.: S. Fischer
- Freud, S. (1916). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. G.W., Bd. 11. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Gödde, G. & Buchholz, M. B. (2011). *Unbewusstes*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Goeppert, S. (1975). *Redeverhalten und Neurose*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Goffman, E. (1955). On face work. *Psychiatry, 18*, 213-231.
- Heritage, J. & Robinson, J. D. (2006). The structure of Patients' presenting Concerns: Physicians' Opening Questions. *Health Communication, 19*, 89-102.
- Hopper, R. (1990). Ethnography and conversation analysis after talking culture. *Research on Language and Social Interaction, 24*, 161-171.
- Hopper, R. (2005). A cognitive agnostic in conversation analysis: when do strategies affect spoken interaction? In H. te Molder & J. Potter (Eds.), *Conversation and Cognition* (pp. 134-160). Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.) (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Klüwer, R. (1973). Anmerkungen zum Selbstverständnis des Psychoanalytikers. *Psyche, 27*, 1077.
- Krejci, E. (2009). Immersion in the surface. *International Journal of Psychoanalysis, 90*, 827-842.
- Leiman, M. (2012). Dialogical Sequence Analysis Studying Psychotherapeutic Discourse. *International Journal for Dialogical Science, 6*, 123-147.
- Levenson, H. (2011). *Psychodynamische Kurzzeittherapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Levold, T. (1994). Die Betonierung der Opferrolle. Zum Diskurs der Gewalt in Lebenslauf und Gesellschaft. *System Familie, 7*, 19-32.
- Levy, S. T. & Inderbitzin, L. B. (1990). The Analytic Surface and the Theory of Technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 38*, 371-391.
- Liotti, G. (1995). Disorganized-disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 343-363). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Loch, W. (1993). Erläuterungen zur psychoanalytischen Deutungskunst – Die Konstruktion der Wirklichkeit. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis, 8*, 106-126.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft* (2 Bde). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- McNeill, D. (2007). *Gesture and Thought*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Müller, C. & Cienki, A. (2009). Words, gestures, and beyond: Forms of multimodal metaphor in the use of spoken language. In C. J. Forceville & E. Urios-Aparisi (Eds.), *Multimodal Metaphor* (pp. 297-328). Berlin/New York: Mouton de Gruyter.
- Novick, J. & Novick, K. K. (1991). Some Comments on Masochism and the Delusion of Omnipotence from a Developmental Perspective. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 39*, 307-332.
- Paniagua, C. (1991). Patient's surface, clinical surface, and workable surface. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 39*, 669-685.
- Peräkylä, A. (2011). A Psychoanalyst's Reflection on Conversation Analysis's Contribution to His Own Therapeutic Talk. In C. Antaki (Ed.), *Applied conversational analysis. Intervention and change in institutional talk* (pp. 222-243). Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S. & Leudar, I. (Eds.) (2008). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- Platzmann, R. (1986). Prozeßphantasien: zur Technik der systemischen Einzeltherapie. *Familiendynamik, 11*, 90-108.
- Plessner, H. (1982). *Mit anderen Augen. Aspekte einer philosophischen Anthropologie*. Stuttgart: Reclam.
- Poland, W. S. (1990). The Gift of Laughter: On the Development of a Sense of Humor in Clinical Analysis. *Psychoanalytic Quarterly, 59*, 197-225.
- Prunetti, E., Framba, R., Barone, L., Fiore, D., Sera, F. & Liotti, F. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to therapists' expressed understanding of their states of mind: A pilot study. *Psychotherapy Research, 18*, 28-37.
- Rasmussen, B. & Angus, L. E. (1997). Models of interaction in psychotherapy with borderline and nonborderline patients: A qualitative analysis. *Journal of Analytic Social Work, 4*, 53-73.
- Sandler, J. (1976). Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche, 30*, 297.
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence Organization in Interaction. A Primer in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Searles, H. F. (1987). *My Work With Borderline Patients*. London: Jason Aronson.
- Smirnov, V. N. (1969). The masochistic contract. *International Journal of Psychoanalysis, 40*, 665-672, *Psychoanalytic Quarterly, 40*, 180.

- Spence, D. P. (1993). Beneath the analytic surface: The analysand's theory of mind. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 729-738.
- Stone, L. (1973). *Die psychoanalytische Situation*. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Streeck, J. (2012). Nachhaltige Angst. In R. Ayaß & C. Meyer (Hrsg.), *Sozialität in Slow Motion. Theoretische und empirische Perspektiven. Festschrift für Jörg Bergmann* (S. 447-462). Wiesbaden: Springer.
- Streeck, U. (2001). „Ja, genau, genau“. Bestätigungen als Versuche des Patienten, die Kompetenz des Psychotherapeuten als eigene zu deklarieren – eine gesprächsanalytische Untersuchung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 3, 74-94.
- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H. & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry*, 74, 49-57.
- Tronick, E. (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. New York/London: W.W. Norton.
- Viviani, R., Kächele, H. & Buchheim, A. (2011). Models of Change in the Psychotherapy of Borderline Personality Disorders. *Neuro-Psychoanalysis*, 13, 147-160.
- Wilson, T. P. & Zimmerman, D. H. (1986). The structure of silence between turns in two-party conversation. *Discourse Processes*, 9 (4), 375-390.
- Winnicott, D. W. (1965). *Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London: Hogarth Press.



Dr. Michael B. Buchholz ist Professor an der International Psychoanalytic University (IPU) in Berlin, wo er derzeit einen Promotionsstudiengang mit einem qualitativen Schwerpunkt für Gesprächsanalysen aufbaut. Er arbeitet außerdem in privater Praxis in Göttingen.

Dr. Michael B. Buchholz

buchholz.mbb@t-online.de

Psychotherapieausbildung im Geiste der Wissenschaft

Eva Jaeggi

Zusammenfassung: Von den dominanten Bestimmungstücken der Wissenschaft (Begründbarkeit, Wahrhaftigkeit etc.) ist das Postulat der theoretischen Selbstreflexion für die Psychotherapie besonders wichtig. Setzt man diese in der Ausbildung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten¹ an den Beginn, dann besteht die Aussicht, dass die bisher hauptsächlich im Sinne eines „Meinungsaustausches“ geführte Debatte über integrierte vs. schulenspezifische Ausbildung sich verändert. Die Basis der Ausbildung könnte bestehen in einem wissenschaftstheoretisch begründeten Vergleich der Psychotherapieschulen und nicht in einem theorieleeren „Nebeneinander“. Daraus ergibt sich als zweiter Teil der Ausbildung von selbst eine theoretisch reflektierte individuelle Wahlmöglichkeit. Durch die daraus entstehenden Forschungsmöglichkeiten können sich sinnvolle Integrationsüberlegungen nach und nach erarbeiten lassen.

Dieser Artikel entstand auf Grundlage eines Festvortrags, den die Autorin anlässlich des 10-jährigen Jubiläums der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein am 31. August 2012 in Kiel hielt.

Vermutlich werden viele Psychotherapeuten einverstanden sein, wenn sie den Titel dieses Aufsatzes lesen. Natürlich wollen wir alle unsere wissenschaftlichen Wurzeln – wie immer sie ausgesehen haben – nicht ganz vergessen, schon das Wort alleine adelt ja jeden Beruf. Was aber bedeutet dies wirklich?

Ich habe mehrere Ausbildungen durchlaufen, auch selbst solche mit aufgebaut und möchte einfach berichten, welche Probleme sich mir dabei gestellt haben und welche Möglichkeiten ich sehe, manche dieser Probleme zu beseitigen. Ich denke dabei nicht nur als ausübende Psychotherapeutin, sondern auch als Wissenschaftlerin.

Das Schulendenken

Um gleich *in medias res* zu kommen und damit den Ausgangspunkt meiner Überlegungen zu kennzeichnen: Immer wieder

begegneten mir in diversen Instituten und in der Auseinandersetzung verschiedener Psychotherapierichtungen untereinander recht eng gestrickte Vorstellungen von der „richtigen“ Art, Psychotherapie zu betreiben, Vorurteile gegenüber anderen Psychotherapieschulen, der Glaube, man sei im Besitz besserer Wahrheiten als die anderen, könne „tiefer“ kommen oder schneller ans Ziel gelangen und sei eben in der Ausbildung, die man gerade durchlaufe, allen anderen überlegen. Steckt man dann mitten drin in der Arbeit und hat schon einige Erfahrungen gesammelt, wird manchen klar, dass eventuell auch „die anderen“ Methoden anwenden, mit denen man bei diesem oder jenem Patienten weiterkommen könnte. Aber: Soll man nun wirklich nochmals eine neue Ausbildung anfangen? Nochmals so viel Geld und Zeit investieren? Manche tun dies – mit mehr oder weniger großem Erfolg, weil es sehr schwer ist, sich von den früher gemachten Denkrichtungen zu trennen, oder weil man neue Arten des Denkens schlecht integrieren kann in frühere Konstrukte.

Diese Erfahrungen führten mich immer wieder hinein in die Probleme einer integrierten versus schulenspezifischen Ausbildung. Kann und sollte man eine integrierte Ausbildung zum Psychotherapeuten anstreben? Welches Für und Wider gibt es und wie kann man bestehende Hindernisse theoretischer und institutioneller Art angehen? Und natürlich ist noch lange nicht gesagt, dass es überhaupt sinnvoll ist, integrierte Ausbildungen anzustreben.

Die *outcome*-Forschung hat uns immer wieder von Neuem bestätigt, dass für den Erfolg einer Psychotherapie – wie immer man sie messen mag – die theoretische Ausbildung weniger bedeutend ist als einige recht allgemeine Kennzeichnungen sowohl des Psychotherapeuten als auch – damit zusammenhängend – seiner Haltung. Nach Wampold (2001) sind, um erfolgreicher Psychotherapeut zu sein, wichtig: die Empathiefähigkeit, die Fähigkeit, ein Arbeitsbündnis zu gestalten, und die Überzeugung von der eigenen Psychotherapierichtung. Es gibt bestimmt noch sehr viel mehr Variablen, die zu einem befriedigenden Psychotherapieerfolg führen, aber bisher ist es noch nicht so recht gelungen, in die subtileren Seiten des Berufes so einzudringen, dass man mehr als essayistisch gefärbte Berichte davon bekommen kann.

Ich denke und habe erfahren, dass die Psychotherapierichtungen voneinander viel lernen können, viele Kollegen haben in ihrer praktischen Arbeit rein intuitiv dies auch

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Text nicht durchgehend beide Formen verwendet. Selbstverständlich sind immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

schon seit Langem getan. So habe ich meine verhaltenstherapeutische Erstsozialisation nach meiner psychoanalytischen Ausbildung nicht ganz beiseitegelegt – nicht nur gibt es bestimmte verhaltenstherapeutische Methoden, die mir auch bei der tiefenpsychologischen Arbeit helfen; es ist auch der Blick auf die umgebende Realität und die Systeme, in denen ein Patient agiert, der Blick auf die Gegenwart, die spezifischen Bedingungen seines Berufes u. ä. m. – alles Dinge, die in meiner psychoanalytischen Ausbildung zu kurz gekommen sind. Von erlebniszentrierten Therapien habe ich sehr viel übernommen (Jaeggi & Riegels, 2008) und habe damit manchmal auch in kitzligen psychotherapeutischen Situationen Hindernisse überwinden können.

Ich bin also deshalb der Meinung, dass dieses „Lernen voneinander“ bei jeder Ausbildung im Vordergrund stehen sollte, und ich bin der Meinung, dass dies am besten im Geiste der Wissenschaft geschehen kann.

Das klingt, als würde ich für ein Psychotherapiestudium innerhalb der Universität plädieren. Ich tue dies nicht unbedingt, weil der Zustand unserer Universitäten in den meisten Fällen genau das, was ich mir vorstelle, nicht erlaubt. Ich sage daher ganz bewusst: eine Ausbildung **im Geiste der Wissenschaft**.

Wissenschaft und Psychotherapie

Was soll das heißen? – Von der Wissenschaft verlangt man, dass sie dem Ideal der Wahrhaftigkeit verpflichtet ist, dass sie Sachverhalte so aufbereitet, dass man sie erklären und verstehen kann; man verlangt von ihr, dass sie dem Ideal der Begründung verpflichtet ist. Manche Wissenschaften, die Naturwissenschaften nämlich, sind auch dem Ideal der Intersubjektivität verpflichtet, also der Wiederholbarkeit unabhängig von der Person – ein Ideal, das wir in den Geistes- und Sozialwissenschaften meist nicht erfüllen können. Jede Wissenschaft aber – und die unsrige ganz besonders – ist dem Ideal der theoretischen

Selbstreflexion verpflichtet. (Tetens, 2010) Das heißt, dass jeder Wissenschaftler erkennen sollte, *wie* er die Welt erkennt, in unserem Fall, wie er die menschliche Seele erkennt. Dies bezieht sich also auf die Methoden der Erkenntnis und damit auch auf die wissenschaftstheoretischen Grundlagen unseres Denkens.

Ich denke, dass wir in der Psychotherapie (und überhaupt im Verständnis der menschlichen Seele) nicht weiterkommen, wenn wir gerade dieses letzte Postulat nicht ernst nehmen – das aber heißt: die zentrale Forderung einer jeden Wissenschaft nicht ernst nehmen, dass sie nämlich der Selbstreflexion bedarf, die immer wieder klar macht, wie unsere jeweiligen Konstrukte über den Menschen entstehen und welche Konsequenzen das sowohl für die weitere Theorienbildung als auch für die Praxis hat.

Ich bringe Beispiele, um das Gesagte zu verdeutlichen: Es gibt z. B. einige Richtungen in der Psychoanalyse, die prinzipiell alles, was in der Analyse geschieht, als Übertragung betrachten, also als eine Form der Wiederholung kindlicher Verhaltensmuster oder auch anderer internalisierter Beziehungserfahrungen, die zur Wiederholung drängen. Dies ist ein interessantes Konstrukt, mit dem sich vieles erklären lässt. Ob der analytische Prozess wirklich in ausgezeichneter Weise davon geprägt ist, hat viel Diskussion hervorgebracht. Liest man die entsprechende Literatur darüber, dann begegnet einem allerdings immer wieder als Kernstück der Glaube, dass das Konstrukt der „Übertragung“ ein reales Faktum ist. Zu überlegen, ob dieses Konstrukt im Bereich der Psychotherapie überhaupt sinnvoll ist, würde jeden Diskutanden aus den Reihen ernst zu nehmender Gegner innerhalb der Psychoanalytiker ausschließen. (Um kein falsches Bild zu vermitteln: Ich bin nicht der Meinung, das Konstrukt könne fallengelassen werden!)

Wie man aber weiß, sind die Phänomene, die uns in der Psychotherapie begegnen, deutungsbedürftig, sie sprechen, wie alle empirischen Phänomene, nicht aus sich selbst heraus. Man wird also z. B. mit einer auch jetzt noch öfters vertretenen Theorie

von der ubiquitären Übertragung alle Äußerungen des Patienten irgendwie einordnen können. Dass man im Laufe der Zeit immer überzeugter davon wird, dass diese Art der Phänomenbetrachtung ganz und gar der Realität entspricht, verwundert nicht. Ist man ein guter Psychotherapeut, dann wird man damit auch gewisse Erfolge bei seinen Patienten erzielen können, wenn man sie immer wieder auf die Übertragungselemente in ihren Äußerungen aufmerksam macht. Da dies längst nicht bei allen Patienten hilfreich ist, muss man sich Hilfskonstruktionen ausdenken, warum es nicht funktioniert, etwa: Der Patient ist nicht reflexionsfähig, weil ihm als Kind die Fähigkeit zur Symbolisierung genommen wurde – z. B. durch Traumatisierungen – etc. Das alles aber heißt: Man bezweifelt nicht die Validität des Konstrukts der ubiquitären Übertragung, sondern besteht auf dem Konstrukt, das man damit endlos scheinvalidiert; der Prozess des Nachdenkens über die Validität des Konstrukts „Übertragung“ bleibt stillstehen und die Diskussion über seine Bedeutung wird zu einem ziemlich beliebigen Meinungsstreit.

Genau dies ist es, was übrigens der Wissenschaftshistoriker Stepansky (2009) in einem sehr aufschlussreichen und kenntnisreichen Buch konstatiert hat: Die Psychoanalyse kommt nicht voran. Sie spaltet sich in immer wieder neue Gruppen auf, die einander bekämpfen und eher die Struktur von religiösen „Sekten“ statt von voranschreitender Wissenschaft haben.

Um nicht bei der Psychoanalyse zu bleiben – auch die Verhaltenstherapie gerät leicht in diese Starre: Es gibt seit einiger Zeit in der Verhaltenstherapie sehr viel Anwendungen für ein sehr viel größeres Inventar an Störungen, als dies früher der Fall war. Das heißt: Man geht nicht mehr rigide nach Methoden des operanten oder respondenten Konditionierens oder des Modelllernens vor, sondern bezieht mit der Achtsamkeitstherapie oder der Schematherapie – sinnvollerweise übrigens – Methoden ein, die mit einem engen lerntheoretischen Gerüst nicht mehr gut zu erfassen sind. In der letzten Zeit, so habe ich mir sagen lassen, bilden sich daher „Schulen“ heraus, die schon anfangen,

sich zumindest misstrauisch zu beüben. Ich spüre in den Berichten mancher Kollegen aus der Verhaltenstherapie daher schon Ähnliches wie in den bekannten Kämpfen der Psychoanalyse und ihren Abkömmlingen, z. B. der Tiefenpsychologie. Das heißt: Auch hier besteht die Gefahr der „Sektenbildung“.

Psychotherapieschulen und Glaube

Was hat dies mit der Psychotherapie als Wissenschaft zu tun? Ich möchte dazu weiter ausholen:

Wir Psychotherapeuten sind bekanntlich die Erben sehr alter Berufe: Medizinmänner, Heiler, Priester, Lehrer sind unsere Vorfahren. Manche davon sind auch heute noch in Bereichen tätig, die der Psychotherapie nahe sind. Viele dieser Berufe (oft: Berufungen) basieren auf einem allgemeinen Verständnis davon, was das „Innerste“ des Menschen ausmacht. Die unterschiedlichen Persönlichkeitstheorien sind Erben dieser Vorstellungen. Dieses vom Persönlichkeitstheoretiker Maddi so genannte „*core construct*“ einer Theorie (Maddi, 1968) ist schlecht zu hinterfragen, so wie der Glaube, dass es einen allmächtigen Gott über uns gibt, nicht zu hinterfragen ist. Man glaubt es oder man glaubt es nicht. Vielerlei Erfahrungen mögen dahinter stehen, manchmal verändert sich dieser „Glaube“ auch, aber eine Letztbegründung gibt es nicht.

Unsere psychotherapeutischen Systeme sind ebenfalls durchzogen von „Glaubensfragen“: Dass der Mensch letztlich das Gute wolle und sich vervollkommen möchte, ist als eindrucklichstes Beispiel der Glaube von Carl Rogers gewesen. Sigmund Freud hingegen ging von der letztlich unüberwindlichen Ambivalenz des Menschen aus, der seine asozialen Triebe nur schwer bändigen kann. Bei Melanie Klein ist es noch sehr viel mehr das „Böse“, also der dauernd mühsam zu überwindende Neid, der das Leben regiert. Der Glaube an die rationale Natur des Menschen ist bei vielen Richtungen der Verhaltenstherapie spürbar. Dass Systemiker vor allem an

der sowohl persönlichen als auch gesellschaftlichen Umwelt eines Menschen interessiert sind und niemanden ohne dieses Umfeld verstehen wollen, ist ebenfalls klar.

Und so kann man bei allen großen Richtungen der Psychotherapie als einen wichtigen Kern das sogenannte „Menschenbild“ herauskristallisieren. Dies ist der „Glaubensanteil“ von Psychotherapierichtungen. Mit diesem Anteil verbinden sich dann sehr viele theoretische Konstrukte und auch praktische Anwendungen.

Das aber macht natürlich aus, wie man an Menschen in der Psychotherapie herangeht, welche Diagnosen man stellt, welche Interventionen man bevorzugt.

Es macht einen großen Unterschied, ob ich die psychotherapeutischen Erzählungen unter dem Gesichtspunkt der Ödipalität oder unter dem Gesichtspunkt der Funktionalität betrachte. Ob ich dann z. B. das auffällige Verhalten eines Jugendlichen als Produkt der Verwöhnung durch die Mutter sehe oder als den Versuch des Jugendlichen, die Eltern in ihrer Sorge aneinander zu binden, zieht verschiedene Behandlungsstrategien nach sich. Die liebevolle Fürsorge einer Frau um ihren behinderten Ehemann kann unter dem Gesichtspunkt der Selbstvervollkommnung oder unter dem der Kompensation ihrer Todeswünsche ihm gegenüber gesehen werden. All dies beeinflusst psychotherapeutisches Denken und Handeln.

Dies also wäre die erste Aufgabe einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapieausbildung: Den Sinn dafür zu schärfen, welche „Glaubenssätze“ sich hinter den als allgemeingültig angesehenen Prinzipien des Denkens und Handelns über und mit Menschen verstecken. Denn ganz so leicht wie das klingt, ist es nicht. Fast alle Psychotherapeuten kennen in mehr oder weniger vagen Umrissen verschiedene Systeme, oft sind sie ein wenig verwirrt von der Vielfalt und probieren einiges aus, auch wenn es in „ihr“ System gerade nicht passt. Nicht alles aber wird richtig verstanden. Ich höre z. B. Verhaltenstherapeuten sehr oft von „Übertragung“ sprechen. Dahinter steckt natürlich in der Psychoanalyse ein ganzes großes Konvolut von Theorieelementen,

deren Ursprung nicht ganz leicht zu entwirren ist. Auch für Psychoanalytiker ist das schwierig; hat man aber eine ganz anders geartete Ausbildung, wie etwa Verhaltenstherapeuten sie haben, dann kann solches Reden leicht zur Floskel werden.

Um dem zu entgehen, scheint mir gerade an einer wissenschaftlichen Ausbildung zum Psychotherapeuten wichtig: sich immer wieder bewusst zu machen, von welchem Standpunkt aus man bestimmte theoretische Konstrukte verwendet, um sich die Praxis, die man verfolgt, klarer zu machen.

Die Gegenstandskonstituierung des Konstrukts „Empathie“ durch Operationalisierung bestimmter Psychotherapeuten-Interventionen, die einem Rater als „nahe am Patienten, greift Stimmung auf, verwendet ähnliche Begriffe“ (o. ä.) erscheinen, sieht anders aus als die Gegenstandskonstituierung durch einen Bildertest, bei dem unterschiedliche emotionale Gesichtsausdrücke benannt werden müssen. Das Wort „Empathie“ ist eben, wie so viele andere Begriffe zur Beschreibung psychischer „Tatbestände“, flexibel, hat immer wieder andere Färbungen, und nur unsere meist an Fakten orientierten westlichen Sprachen verführen uns dazu, aus Begriffen reale Fakten zu machen. Die „*labeling*-Theorie“ hat uns das schon sehr früh klar gemacht, wird aber recht oft im psychotherapeutischen Handeln „vergessen“.

Psychotherapie und angrenzende Wissenschaften

Um alle diese Erkenntnisse für die Psychotherapie fruchtbar zu machen, braucht es nicht nur Kenntnisse aus der Allgemeinen Psychologie (auch diese sind nützlich), von denen her man die Praxis „ableiten“ kann. Es braucht dazu auch noch andere Wissenschaften.

Auch die Allgemeine Psychologie beruht ja auf „Glaubensätzen“, wie schon vor vielen Jahren Holzkamp (1972) als einer der ersten in seiner „Kritischen Psychologie“ gezeigt hat. Seine Kritik entzündete sich an einer Psychologie, die in ihren Methoden

der Erkenntnisgewinnung von einem ahistorischen, reflexionslosen Subjekt ausging. Seine Beweisführung war getragen von solider Kenntnis dessen, was er kritisierte, sowie von einem erkenntnistheoretischen Ansatz, den wir der Philosophie verdanken.

Ist das alles nicht allzu viel verlangt? Wer soll das leisten? Ist es nicht übertrieben, streng, ja sogar: überspannt? Sind wir nicht einfach Praktiker, die sich bemühen, menschliche Probleme so gut es geht, lösen zu helfen, die einfach auch ein wenig herumprobieren dürfen? – Ja und nein!

Wir sind (neben dem Teil in uns, der intuitiv und explorierend handelt) Vertreter einer Profession (und nach Grawes Worten: keine Konfession; Grawe, 2001), die bestimmten Standards nachkommen muss. Ich denke, es ist vor allem das eben genannte Ideal der theoretischen Selbstreflexion, das wir erfüllen müssen, damit wir nicht in die Fallstricke von Konfessionen geraten.

Ich glaube nicht, dass ein gründliches Verständnis von Wissenschaftstheorie (und alles, was ich oben erläutert habe, verlangt den Blick eines Wissenschaftstheoretikers) eine Psychotherapieausbildung übersteigt. Menschen, die sich für Sozial- und Geisteswissenschaften interessieren, sollten das dazu nötige Verständnis und Interesse mitbringen. Es gilt ja nur, den Blick zu schärfen auf die eigene Theorie und Praxis, indem man die in den Wissenschaften übliche theoretische Selbstreflexion einübt. Man muss nicht voll ausgebildeter Philosoph, Wissenschaftshistoriker oder Linguist sein, um dies zu erlernen.

Um diese Art des Denkens an einem Beispiel zu illustrieren: „Diese Patientin hängt noch immer an meiner Mutterbrust“ sagt z. B. eine Psychotherapeutin von einer Patientin, die jedes ihrer Worte offenbar als unverbrüchliche Botschaft auffasste. Die Assoziationen der Supervisionsteilnehmer gingen denn auch in die Frühzeit der Patientin: Wie wichtig war sie für ihre verwitwete Mutter, wurde sie mit Liebesentzug bestraft, wenn sie Eigenständigkeit bewies? etc. Was wäre gewesen, wenn die Psychotherapeutin gesagt hätte: „Die Patientin ist ziemlich kritiklos allem gegenüber,

was ich sage.“ Vermutlich hätte man eher an eine erwachsene Frau gedacht, die nicht durchsetzungsfähig ist und sich nichts Eigenes zutraut, man hätte sie also vielleicht zu einem Training zur Durchsetzung von eigenen Bedürfnissen hingeführt.

Jede dieser Aussagen kann zu ganz anderen Konsequenzen über die Behandlung der Patientin führen. Supervisions-/Intervisionsteilnehmer könnten wichtige psychotherapeutische Erkenntnisse gewinnen, wenn sie in solchen Kategorien denken lernen. Die Art der Wortwahl über Patienten kann zu sehr verschiedenen Assoziationen führen, das sollte man im Konkreten immer wieder überprüfen lernen. Das meine ich, wenn ich darauf beharre, dass jedes psychotherapeutische System wissenschaftstheoretisch hinterfragt werden sollte. Das kann nicht in jedem Fall im Einzelnen geschehen, aber die Fragerichtung sollte klar sein. Und natürlich gibt es Philosophen, die uns das beibringen können. Aber auch Sprachwissenschaftler und Wissenschaftshistoriker sind wichtige Lehrmeister für Psychologen, speziell für Psychotherapeuten.

Metaphern wie z. B. die von der „Tiefe“ einer Erkenntnis oder gar einer Methode („Mit der Psychoanalyse kommt man einfach ‚tiefer‘“) sind immer wieder Totschlagargumente, wenn eine Psychotherapieschule verteidigt wird. Vor allem die Psychoanalyse ist voll von unhinterfragten Metaphern und kommt sich innerhalb der Profession selten auf die Spur, vor allem nicht in Falldarstellungen. In anderen Psychotherapieschulen sind es die „unschlagbaren“ Argumente der Empirie, die als Kriegswaffen ins Feld geführt werden. Auch hier gilt: Natürlich müssen empirische Resultate zum Erfolg, zum Prozess, zu den Wirkungsvariablen zur Kenntnis genommen werden. Aber: Man muss die Methoden sehr genau analysieren können, bevor man zu einem Ergebnis „ja“ oder „nein“ sagt. Auch dies gehört ja nicht nur zum Kanon einer Psychotherapieausbildung (oft wird dies vernachlässigt in den psychodynamischen Ausbildungen), sondern ganz allgemein zum Psychologiestudium.

Die Umsetzung in der Ausbildung zum Psychotherapeuten

Was aber hat das mit der Frage einer möglicherweise integrierten Psychotherapieausbildung zu tun? Wir wissen, dass in der Praxis viele Psychotherapeuten mit psychotherapeutischen Methoden und Techniken arbeiten, die sie von anderen „borgen“. Das scheint in vielen Psychotherapien sinnvoll, das heißt, die Praxis „beweist“ uns oft, dass es „funktionieren“ kann. Es funktioniert, wie wir wissen, nicht immer und nicht bei allen Patienten und nicht bei allen Psychotherapeuten. Was den Erfolg betrifft, sind Psychotherapeuten, die integriert arbeiten, und solche, die sich „streng“ an irgendwelche Technikregeln halten, heutzutage vermutlich nicht sehr verschieden – aber sehr viel wissen wir darüber nicht. Es ist immer noch ein unsicheres Geschäft. Wir könnten aber zu mehr Wissen kommen, wenn wir nicht nur innerhalb einer bestimmten Psychotherapieschule einige Techniken der „anderen“ übernehmen, sondern uns klarer werden über die Annahmen, die hinter unseren Theorien und Handlungsanleitungen stehen.

Wenn wir nicht nur praktisch, sondern auch theoretisch über die Grenzen jeweils relativ klar definierter psychotherapeutischer Schulen in Richtung Integration denken wollen, dann dürfen wir nicht bei einer intuitiven Praxis stehen bleiben.

Dieses theoretische Denken kann der Einzelne nicht leisten. Es muss aber eine andere Geisteshaltung als die eines naiven Realisten sein, wenn man Psychotherapeuten ausbildet. Es ist eine Geisteshaltung, die sich der Konstruktivität aller Grundbegriffe von Anfang an bewusst ist, weil nur auf diesem Grundwissen die Möglichkeit besteht, auch theoretisch zu reflektieren, warum und weshalb man in bestimmten Situationen mehr oder weniger bewerkstelligen kann, ob Begriffe wie „Abwehr“ oder „Konditionieren“ oder „Empathie“ sinnvoll sind, in welchem Kontext sie sinnvoll sein können und ob man von einer Kategorie zur anderen wechseln kann, ohne grobe theoretische Schnitzer zu ma-

chen, obwohl man damit ganz gut praktisch zurechtkommt.

Ob man den von Carl Rogers postulierten Drang zur Vervollkommnung der eigenen Person in Deckung bringen kann mit einer Freud'schen Position der letztlich egoistischen Natur des Menschen? Möglicherweise lässt sich mit beiden Konzepten gleichzeitig Psychotherapie machen, vielleicht auch ohne Schaden für den Patienten. Dann aber müsste die kategoriale Ebene, von der aus Praxis abgeleitet wird, sehr viel deutlicher klar werden. Und das heißt wiederum: Es muss im Geiste der Wissenschaft gedacht werden.

Ich weiß, dass dies alles auf den ersten Blick überspannt klingt. Das komplizierte Geflecht der Beziehung zwischen zwei Menschen ist so facettenreich, dass wir es vielleicht nie ganz auflösen und analysieren können. Das heißt: dass wir nie bis ins Letzte wissen können, wie die Beeinflussung läuft, was heilsam und was kontraproduktiv ist. Und eigentlich, so könnte man sagen, wollen wir doch nicht Philosophen und Wissenschaftstheoretiker ausbilden, sondern gute Praktiker. Einige, die sich theoretisch interessieren, können ja darüber reflektieren und forschen. Das will ich gar nicht leugnen. In gewisser Weise werden wir immer mit einem gewissen „*trial and error*“-Faktum zu rechnen haben. Und natürlich gibt es Theoretiker, die sich um Fragen der Konstruktivität von Psychotherapiebegriffen, ihre historische Einbettung und Relativität bemühen. (Es sind übrigens wenige.)

Trotzdem: Eine Ausbildung, die nicht in einem engen Gerüst einer je eigenen Psychotherapieschule stecken bleibt, muss den Geist jener Offenheit, den Geist des kritischen Hinterfragens von Anfang an mitbekommen. Es würde dann die Frage, ob man integriert oder nicht integriert ausbilden soll, zu einer Scheinfrage. Offenheit gegenüber dem Denken (in diesem Fall: über die menschliche Seele) führt konsequenterweise zu einem Vergleich, oft zu einer Integration von Begriffen und Handlungsanleitungen, die sich zusammen fügen – vielleicht auf einer abstrakteren Ebene gedacht, vielleicht auch manchmal im Mikrobereich aufgrund naturwissenschaft-

licher Forschung auf dem Gebiet der Neurobiologie.

Wenn Grawe et al. (2001) gefordert haben, die Psychotherapie solle eine Profession werden und keine Konfession bleiben, dann wurde damals, vor zehn bis zwanzig Jahren, vor allem daran gedacht, dass man aufgrund sorgfältiger *outcome*-Studien entscheiden könne, welche Richtung erfolgreicher sei. Das hat sich als ein nicht sehr gutes Kriterium erwiesen, weil sich immer wieder ähnliche Ergebnisse auch bei sehr unterschiedlichen Psychotherapierichtungen ergeben. Der Versuch von Grawe (2000) Ergebnisse der Allgemeinen Psychologie heranzuziehen, um eine Theorie der Psychotherapie zu entwerfen, ging einen Schritt weiter, um die Psychotherapie aus dem Gefängnis von Glaubensmeinungen und „Sekten“ herauszuholen. Auch dieser Versuch ist noch nicht weit gekommen und konnte durch Grawes frühen Tod nicht erweitert werden.

Meiner Meinung nach muss auch dann, wenn man die Ergebnisse der Allgemeinen Psychologie in Betracht zieht (was sehr vernünftig und interessant ist), dasselbe Verfahren angewendet werden wie bei der Betrachtung der Psychotherapieschulen: sich klar werden darüber, wie bestimmte Ergebnisse (z. B. der Sozialpsychologie) zustande kommen und auf welchem Grundverständnis vom Menschen sie beruhen. Eine Ausbildung, die von vornherein darauf abzielt, Konstrukte als solche zu durchleuchten und damit auch Alleinherrschungsansprüche zu verwerfen, scheint mir wichtig als weiterer Schritt zur Professionalisierung.

Der erste Schritt einer Ausbildung sollte also, so meine ich, paradigmatisch anhand der verschiedenen Psychotherapieschulen aufzeigen, wie ihre Grundkonzepte aussehen und zustande gekommen sind, welche sprachlichen Metaphern wegweisend und assoziationsfördernd sind und wie man die Konstrukte verschiedener Psychotherapierichtungen miteinander vergleichen kann. Eine Wahl der je eigenen Richtung sollte erst nach einem solchen Grundstudium erfolgen. Ich glaube, dass auf einer solchen Basis langsam Schulen- und „Sekten“streitigkeiten von selbst ver-

schwinden werden. Es würde dann lächerlich, große Kämpfe aufzuführen über die Frage, ob man psychodynamische Therapien lernen könne, ohne Psychoanalytiker zu sein, oder ob der Einsatz eines Rollenspiels jede Übertragung unmöglich mache und daher nur mehr eine Suggestivtherapie möglich sei etc.

All dies sind Argumente, die auf nicht sehr viel mehr beruhen als auf der Floskel: „Ich hatte da mal einen Fall ...“ Das ist das Gegenteil von professioneller Auffassung unseres Berufes. So gehen Heiler vor – und haben natürlich auch oft gute Ergebnisse.

Wir sind immer wieder mit den Medizinern verglichen worden: Die Vorstellung, man solle aus den „soliden“ Grundkenntnissen der Naturwissenschaften unsere Handlungen „ableiten“, steht immer wieder einmal Pate. Schon lange ist dieses Paradigma des „Ableitens“ in unserer Profession infrage gestellt worden. Wir haben nicht dieses Korpus an beweisbaren Grundkenntnissen über die menschliche Seele. Wir leben und arbeiten in einem anderen Paradigma. Dieses ist ein Gemisch aus praktischen Erfahrungen, Traditionen, mehr oder weniger klaren Begrifflichkeiten und individuell unterschiedlichen Glaubenssätzen über das Wesen des Menschen. Unsere „Grundkenntnisse“ sind kein Korpus an beweisbarem Wissen, sondern die Reflexionsfähigkeit darüber, aus welchen Bestandteilen wir leben und arbeiten. Diese Reflexionsfähigkeit kann man erlernen, trainieren und durch Denken und Analysieren psychotherapeutischer Positionen jeweils exemplifizieren. Was sich daraus an wiederum theoretischen und praktischen Neuorientierungen ergibt: Das ist nicht vorauszusehen. Es ist aber mit großer Sicherheit zu erahnen, dass sich damit Schulstreitigkeiten, strikte Abgrenzungen und ängstliches „sich bewahren“ erübrigen. Letzteres ist besonders ausgeprägt bei Psychoanalytikern, wo die Frage, ob das „noch Analyse“ sei, ob man sich „noch als Analytiker“ betrachten dürfe, besonders prägnant und albern ist.

Hat man dieses wissenschaftstheoretische „Grundstudium“ absolviert, dann wird man leichter entscheiden können, welche Begrifflichkeit und welche Praxis man eingehender erlernen will. Meine Hoffnung ist,

dass sich für die Theoretiker unter den Psychotherapeuten damit auch neue Forschungs- und Reflexionsmöglichkeiten in Bezug auf die verschiedenen Konstrukte zum Begreifen menschlichen Erlebens, Verhaltens und Veränderens ergeben. Ich denke also, dass diese „Grundhaltung“ langsam von selbst zu einer Integration wichtiger Konzepte führt. Dabei ist aber natürlich wichtig, dass man immer wieder Möglichkeiten bekommt, mit Kollegen anderer Psychotherapierichtungen ins Gespräch zu kommen. Gemischte Supervisionsgruppen sollten dann selbstverständlich sein, gemischte Falldarstellungen gehören ebenfalls dazu. Dies alles könnte man sich vorstellen als ein offenes Feld, das genau das Gegenteil ist von vielen exklusiven Ausbildungsinstituten, in denen die Kenntnis einer anderen Psychotherapierichtung (wie die Ausbildungsvorschrift es verlangt) nur als Zwang erlebt und höchst unwillig möglichst rasch abgegolten wird.

Der Ausbildungsort

Heißt das: Nur die Universität kann der richtige Ausbildungsort sein? Hier beginnt meine Skepsis: Die Psychologieausbildung unserer Universitäten sieht die Schärfung eines solchen Blicks selten vor. Natürlich beklage auch ich, dass an den deutschen Universitäten hauptsächlich die lerntheoretisch fundierten Psychotherapien gelehrt werden und alle psychodynamischen Systeme seit langem sehr stark vernachlässigt worden sind. Es scheint mir dies aber fast weniger wichtig als die Tatsache, dass im Psychologiestudium oft gar keine Denkbelegungen gemacht werden, um die jeweiligen theoretischen Konstrukte auf ihre Entstehung zu überprüfen, um zu sehen, wie unterschiedliche sprachliche Formulierungen zu jeweils anderen Assoziationsfeldern führen und damit auch zu anderen Handlungsalternativen. Andere Wissenschaften, z. B. die Linguistik, können dabei helfen. Diese Möglichkeiten sprechen dann wiederum für eine universitäre Ausbildung.

Ich weiß, dass meine Vorstellungen über die Ausbildung **im Geiste der Wissenschaft** so klingen, als hätte ich allzu ideale Vorstellungen im Kopf, die mit der Realität

nichts zu tun haben. Meine Antwort auf diesen Einwand allerdings wäre: Wozu sonst sind Universitäten da, als Wissen nicht nur zu horten, sondern dieses Wissen auch dauernd zu reflektieren auf ihren Entstehungszusammenhang? Dass es etwas hochgespannt klingt, dies von einer solch qualifizierten Ausbildung wie die zum Psychotherapeuten zu verlangen, stellt den Universitäten allerdings ein schlechtes Zeugnis aus. Aber natürlich gibt es akademische Lehrer, die genau diese Form der Selbstreflexion wollen und können. Die Universität *kann* daher auch ein Ort der guten Ausbildung sein, es können aber – bei geeignetem Personal – natürlich auch private oder halbstaatliche Ausbildungsstätten solches leisten.

Man sollte die Forderung nach Wissenschaftlichkeit der Ausbildung nicht vorschnell *ad acta* legen oder nur verkürzt auslegen, etwa im Sinne von: Alles muss empirisch geprüft werden. Letzteres ist wichtig, aber auch da muss gefordert werden, dass man erkenne, welche Felder einer empirischen Überprüfung zugänglich sind und mit welchen Vorannahmen man dies tut, wie die Methoden die Ergebnisse beeinflussen u. ä. m. Das sind ja „basics“ jeder Wissenschaft, sie werden aber gerade im Bereich der Psychotherapieforschung immer wieder vergessen.

Die Frage, ob man sich denn mit einer „integrierten“ Ausbildung identifizieren kann oder – auch ein häufiges Argument – ob man nicht *zuerst* ein gutes Fundament in einer Ausbildung haben müsse, um dann vielleicht andere Methoden zu integrieren, scheint mir daher nicht richtig gestellt. Ich denke, dass man sich mit einer in diesem Sinne wissenschaftlichen Ausbildung in vernünftiger Weise identifizieren kann als mit einer Ausbildung im Sinne der Cliques- und „Sekten“bildung.

Um es nochmals zu betonen: Es ist die theoretische Selbstreflexion, die aus einem Handwerk, das man durch Lehrer in traditioneller Weise vermittelt bekommt, eine Wissenschaft macht. Nicht nur empirische Ergebnisse zur Wirkung sind dazu nötig, sondern eben jene immer wieder neu zu stellende Frage nach den anthropologischen Kerngedanken unserer Theo-

rien und Praktiken. Das nenne ich ja eben: Psychotherapie machen und lernen im Geiste der Wissenschaft.

Literatur

- Grawe, K. et al. (2001). *Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession*. Bern: Hogrefe.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Bern: Hogrefe.
- Holzkamp, K. (1972). *Kritische Psychologie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Jaeggi, E. & Riegels, V. (2008). *Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Maddi, S. R. (1968). *Personality theories. A comparative Analysis*. Illinois: Dorsey Press.
- Stepansky, P. E. (2009). *Psychoanalysis at the Margin*. New York: Other Press.
- Tetens, H. (2010). *Theorie der Wissenschaft*. Vorlesungsmanuskript Freie Universität Berlin.
- Wampold, B. E. (2001). *The great Psychotherapy debate: models, methods and findings*. Mahwah/N.Y.: Erlbaum.



Prof. Dr. **Eva Jaeggi** ist seit ihrer Emeritierung als Psychoanalytikerin und Verhaltenstherapeutin in eigener Praxis tätig und Autorin zahlreicher Bücher und Artikel. Sie beschäftigt sich derzeit schwerpunktmäßig mit den Themen Vergleich von Psychotherapieschulen, Moderne Lebensformen, Berufsbild des Psychotherapeuten.

Prof. Dr. Eva Jaeggi

Forststraße 25
14163 Berlin
eva.jaeggi@alumni.tu-berlin.de

Dolmetschen in der Psychotherapie – Ergebnisse einer Umfrage

Veronika Wolf & Ibrahim Özkan

Zusammenfassung: Der Schwerpunkt Kulturen, Migration und psychische Krankheiten des Asklepios Fachklinikums Göttingen hat von Mai bis Juni 2012 in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen eine Kurzumfrage zum Thema Dolmetschen in der Psychotherapie durchgeführt, um den Status quo und Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeit mit Dolmetschenden, schwerpunktmäßig in Niedersachsen, zu erfassen. Die Ergebnisse der Umfrage wurden erstmals auf der Fachtagung „Psychotherapie braucht Verstehen“ im Juni 2012 im Asklepios Fachklinikum Göttingen vorgestellt, bei der verschiedene Professionelle die Vielschichtigkeit von sprachlichem Verstehen und die Bedeutung für den Therapieprozess verdeutlichten. Der folgende kurze Artikel soll die Ergebnisse der Umfrage einer größeren Leserschaft zugänglich machen.

Die Einladungen zur Umfrage erfolgten über das Therapeutentelegramm der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen sowie über verschiedene E-Mail-Verteiler des Schwerpunktes, u. a. auch über eine E-Mail an die Kolleginnen und Kollegen der hiesigen Fachklinik. An der Umfrage nahmen 63 Behandelnde teil. Aufgrund der Postleitzahlen, die von den Befragten angegeben wurden, ist anzunehmen, dass 60 Personen tatsächlich in Niedersachsen arbeiten. Demografische Daten sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Die Stichprobe ist sowohl hinsichtlich Art und Lage des Arbeitsplatzes als auch der Art der psychotherapeutischen Weiterbildung sehr divers, was eine Aussage über

verschiedene demografische Einflussfaktoren auf die Arbeit mit Dolmetschenden ermöglicht. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse zu den Fragen „Bedarfe und Versorgungssituation“, „Hinzuziehen von Dolmetschenden“, „Hürden bei der Arbeit mit Dolmetschenden“ sowie zu Einschätzungen hinsichtlich der Auswirkungen von Dolmetscherfähigkeiten auf den Psychotherapieprozess dargestellt.

Bedarfe und Versorgungssituation

Die befragten Behandelnden haben im Durchschnitt 18,7% Patientinnen und Pati-

enten mit Migrationshintergrund. Dies entspricht praktisch dem Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland von 19,6% (vgl. Mikrozensus 2010). Die Angaben der Behandelnden streuten allerdings stark (SD: 19.4). Die Möglichkeit, in mehreren Sprachen zu behandeln, erhöhte als einziger signifikanter Faktor den Anteil dieser Patientengruppe. Weitere Faktoren wie städtischer Arbeitsort, ein jüngeres Alter der Behandelnden sowie eine verhaltenstherapeutische Ausrichtung führte zu tendenziell mehr Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, hierbei ist aber nicht auszuschließen, dass diese Tendenzen zufällig sind.

Die Behandelnden berichteten über einen Anteil von 9,7% der Behandlungsanfragen, welche aufgrund von Verständigungsproblemen nicht zustande kommen. Auch bei dieser Frage gab es große Unterschiede in den berichteten Schätzungen (SD: 21.4); diese waren aber unabhängig von allen erhobenen demografischen Variablen.

Hinzuziehen von Dolmetschenden

Die befragten Behandelnden berichten, dass sie bei der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund bei 61,3% auf Deutsch arbeiten können. Mit weiteren 21,6% arbeiteten sie in reduziertem Deutsch. In 7,2% der Fälle arbeiteten sie in einer Zweitsprache. Nur in 4,5% der Fälle würden Dolmetschende hinzugezogen. Bei den verbleibenden 5,4% der Fälle sei die Verständigung schlecht, aber die anderen Optionen nicht verfügbar oder realisierbar. Dieser Anteil war in den stationären Einrichtungen mit 8,5% signifikant höher als in den Praxen mit 2,1%, was mit

Tabelle 1: Demografische Angaben zur Stichprobe

Geschlecht & Alter	81% weiblich Arithmetisches Mittel: 47,9 Jahre; Spanne: 22-69 Jahre
Studienfach	65% Psychologie, 17,5% Medizin, 17,5% Pädagogik/Sozialpädagogik, 1,6% Sonstiges
Art des Arbeitsplatzes	33,3% Psychiatrie, 52,3% eigene Praxis, 6,3% sonstige Klinik, 4,8% Beratungsstelle, 3,2% Sonstiges
Lage des Arbeitsplatzes	12,7% dörflich, 15,9% kleinstädtisch, 49,2% mittelgroße Stadt bis 200.000, 22,2% Großstadt
Berufserfahrung	Arithmetisches Mittel: 15,5 Jahre; Spanne: 1-40 Jahre
Psychotherapieausbildung	82,5% abgeschlossen, 15,9% in Ausbildung, 1,6% ohne 49,2% VT, 39,7% TP und/oder PA, 14,3% Systemische; n=5 keine dieser

der akupsychotherapeutischen Versorgung in den stationären Einrichtungen zusammenhängen könnte. Weitere Zusammenhänge gab es hinsichtlich der Lage des Arbeitsortes. So wurde in städtischen Gebieten (<50.000 Einwohner) häufiger in reduziertem Deutsch gearbeitet, in dörflichen und kleinstädtischen Behandlungssettings signifikant häufiger auf Deutsch. Jüngere Behandelnde gaben signifikant häufiger an, in einer Zweitsprache zu behandeln.

Hinsichtlich der Frage, wer zum Dolmetschen hinzugezogen wird, wurden am häufigsten nahe Angehörige der Patientinnen oder Patienten benannt. Am zweithäufigsten wurden entfernte Verwandte, Bekannte oder Nachbarn benannt. An dritter Stelle folgten mit ähnlicher Häufigkeit gerichtlich vereidigte Dolmetschende sowie für das therapeutische Setting ausgebildete Dolmetschende und bilinguale Ehrenamtliche. In den Kliniken wurde zusätzlich noch angegeben, dass Kolleginnen und Kollegen zum Dolmetschen hinzugezogen würden.

Hürden bei der Arbeit mit Dolmetschenden

Die Behandelnden wurden befragt, wie sehr sie einige Aspekte bei der Arbeit mit Dolmetschenden als Hürde empfanden. Dabei wurde über alle Teilnehmenden hinweg die Verwandtschaft der Dolmetschenden mit den Patientinnen und Patienten als größte Hürde angegeben. Darauf folgten Nennungen des hohen Verwaltungsaufwands und der mangelnden Möglichkeiten, die Dolmetschertätigkeit zu vergüten. Als am wenigsten einschränkend wurde eine mangelnde Kenntnis über die Dolmetschenden empfunden, was darauf schließen lässt, dass Behandelnde ausreichend informiert sind oder zumindest wissen, wie sie an die Informationen kommen. Bezüglich der Hürden wurden diese generell von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen als einschränkender für das Hinzuziehen von Dolmetschenden empfunden als von im stationären Setting Tätigen. Zudem wurde der Verwaltungsaufwand im ländlichen und kleinstädtischen Raum als signifikant einschränkender empfunden als im städtischen Raum.

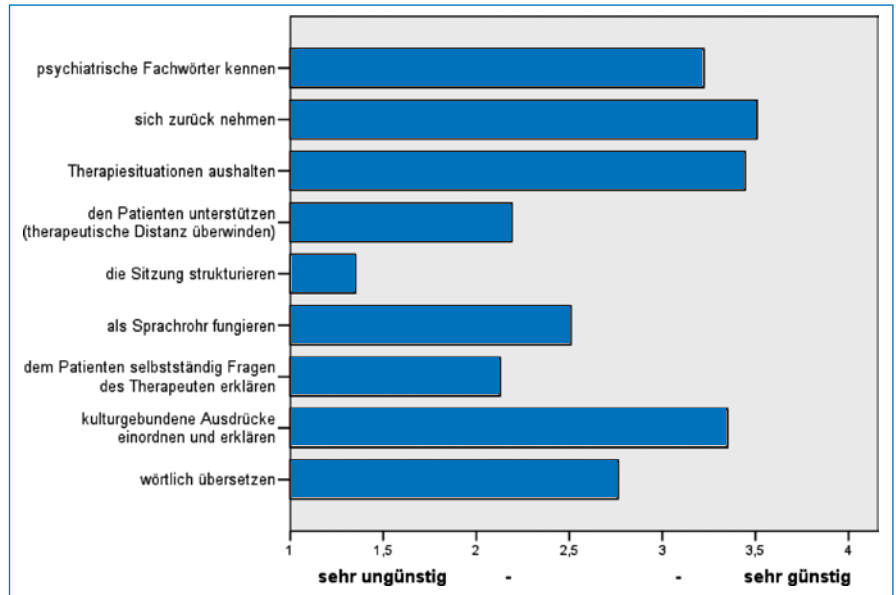


Abbildung 1: Einschätzung der Auswirkungen von Dolmetscherfähigkeiten auf den Psychotherapieprozess

Einschätzung von Dolmetscherfähigkeiten auf den Psychotherapieprozess

Die letzten Fragen bezogen sich darauf, was die Behandelnden als günstig bzw. ungünstig bei der Übersetzung von Psychotherapiegesprächen empfänden. Die Relevanz der einzelnen Merkmale ist Abbildung 1 zu entnehmen.

Die Einschätzung hinsichtlich günstigen vs. ungünstigen Dolmetscherverhaltens unterschied sich nicht zwischen den im stationären und im ambulanten Bereich Tätigen, war unabhängig vom Alter sowie von der Lage des Arbeitsortes. Es gab allerdings Unterschiede zwischen den Psychotherapeutenverfahren, so empfanden Behandelnde mit einer tiefenpsychologischen oder psychoanalytischen Weiterbildung die Merkmale „sich zurücknehmen“ signifikant günstiger sowie die Merkmale „dem Patienten selbstständig Fragen des Therapeuten erklären“ und „kulturgebundene Ausdrücke einordnen und erklären“ tendenziell günstiger als Behandelnde mit einer verhaltenstherapeutischen Weiterbildung. Behandelnde, die selbst auch auf einer Zweitsprache psychotherapeutisch arbeiten, bewerteten die Merkmale „als Sprachrohr fungieren“ und „Therapiesituationen aushalten“ als signifikant günstiger als solche Behandelnde, die nicht in einer Zweitsprache arbeiten. Die deutlichsten

Unterschiede gab es hinsichtlich der Erfahrung mit Dolmetschenden. So bewerteten die Behandelnden, die bereits mit Dolmetschenden gearbeitet hatten, die Merkmale „wörtlich übersetzen“, „kulturgebundene Ausdrücke einordnen und erklären“, „Therapiesituationen aushalten“ und „sich zurücknehmen“ als signifikant günstiger, das Merkmal „die Sitzung strukturieren“ als signifikant ungünstiger.

Fazit

Die Ergebnisse der Umfrage bei 63 Behandelnden in Niedersachsen verdeutlichen, dass Dolmetschende selten eingesetzt werden und der Bedarf höher scheint: So besteht insbesondere in Kliniken ein Anteil von 8,5% der Behandlungen, bei denen die Kommunikation als schlecht bewertet wird, knapp 10% der Behandlungsanfragen kommen aufgrund von Verständigungsproblemen gar nicht erst zustande. Als Dolmetschende werden am häufigsten nahe Verwandte hinzugezogen, auch wenn die Behandelnden sich der Problematik bewusst zu sein scheinen: Der Einsatz von Verwandten wird auch als größte Hürde beim Dolmetschen empfunden. Das verdeutlicht, dass keine adäquaten Dolmetschenden mit akzeptablem Aufwand als verfügbare Alternative zur Verfügung stehen oder nicht wahrgenommen

werden. Bezüglich der Fähigkeiten von Dolmetschenden werden insbesondere von Behandelnden, die Erfahrung in der Arbeit mit Dolmetschenden haben, Merkmale als wichtig erachtet, die psychotherapiespezifisch sind, wie beispielsweise Therapiesituationen auszuhalten oder psychiatrische Fachwörter zu kennen.

Daraus folgern wir, dass erstens der Bedarf besteht, Behandelnde bezüglich der Arbeit mit Dolmetschenden zu schulen und mit Informationen zu versorgen, zweitens der Bedarf einer Schulung von Dolmetschenden für die Besonderheiten des Dolmetschens in der Psychotherapie notwendig ist und drittens weiterhin vorhandene strukturelle Hürden (Vergütung der Dolmetscherleistung, Minimierung des Aufwands) abgebaut werden müssen. Für weitere generelle Aussagen könnte eine bundesweite Erhebung sinnvoll sein.



Veronika Wolf arbeitet als Diplom-Psychologin im Schwerpunkt für Kulturen, Migration und psychische Krankheiten des Asklepios Fachklinikums Göttingen. Sie ist Diversity-Trainerin und stellvertretende Vorsitzende der Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung des Dachverbands Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



Dr. *Ibrahim Özkan* ist Psychologischer Psychotherapeut und gründete und leitet den Schwerpunkt für Kulturen, Migration und psychische Krankheiten am Asklepios Fachklinikum Göttingen. Er ist Vorstandsmitglied des Dachverbands Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und hat zahlreiche Artikel im Bereich der Traumatherapie und der Transkulturellen Psychiatrie veröffentlicht.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Veronika Wolf

Asklepios Fachklinikum Göttingen
Schwerpunkt Kulturen, Migration und
psychische Krankheiten
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
v.wolf@asklepios.com

Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln

Liebe Leserinnen und Leser,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern.

Die Diskussionen zu den folgenden oder auch anderen von uns aufgeworfenen Themen sollen nicht mit der vorliegenden Ausgabe des Psychotherapeutenjournals abgeschlossen werden – wir laden zur weiteren Diskussion ein und freuen uns über Ihre Leserbriefe, Kommentare und auch weiterführende Artikel!

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

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

Zu „Coaching: Beratung oder Psychotherapie? Eröffnung einer Diskussion“, mit Beiträgen von J. Hargens und T. Moser, Psychotherapeutenjournal 2/2012, Seiten 88-93.

Coaching unterscheidet sich signifikant von Psychotherapie

Günther Mohr

Wenn ich in einer meiner Supervisionsgruppen von meinen klinisch arbeitenden Kollegen höre, was sie in der 35. Sitzung mit einem Klienten zu entscheiden haben, habe ich als Coach, der in der Regel zwischen fünf und zehn Sitzungen mit Klienten braucht, mit meinem Coachee hoffentlich das gemeinsam vereinbarte Ziel schon längst erreicht. Coaching unterscheidet sich von Psychotherapie im Klientel, der Zielsetzung und der Vorgehensweise signifikant.

Jürgen Hargens hat in dieser Zeitschrift zum Thema Coaching dankenswerterweise Positionen bezogen. Ich stimme mit ihm in einigen Punkten überein:

- So ist vom Coach Wissen über klinisch-psychologische Störungen zu erwarten.
- Gleichmaßen sind die im Grenzbereich liegenden Themen wie Mobbing und Burn-out mit hoher Wahrscheinlichkeit psychotherapeutische Anliegen.
- Coaching ist noch eine „junge“ Profession.

- Coaching enthält Elemente von Beratung.

Bei weiteren Punkten, die Hargens zum Coaching äußert, bin ich anderer Meinung.

Ich bin gelernter Psychologe und Ökonom. Nach mehreren psychotherapeutischen Zusatzausbildungen – mit Approbation – und Erfahrung in der Psychotherapie bin ich seit mittlerweile über 20 Jahren auf das Feld Coaching spezialisiert. Ich bin also jemand, der beide Welten – Psychotherapie und Coaching – kennen, sie aber deutlich zu trennen gelernt hat.

Feldkompetenz

Einen ersten kritischen Punkt sehe ich in Hargens Auffassung zur Feldkompetenz und damit zur praktischen Bedeutung des Systemischen im Coaching. Mir ist es schleierhaft, wie jemand als Coach mit einem Klienten aus einem Unternehmen relevant arbeiten kann, wenn er keine

Feldkompetenz in wirtschaftlichen Prozessen und in organisationalen Zusammenhängen besitzt. Eine interne Befragung der vom Deutschen Berufsverband Coaching (DBVC) zertifizierten Ausbildungsinstitute ergab, dass über 90 Prozent der Institute den systemisch-organisationalen Bezug in der Ausbildung von Coaches als einen zentralen Punkt der notwendigen Kompetenzen ansehen. Wohlbemerkt, Feldkompetenz meint nicht, dass jemand, der für die Automobilindustrie als Coach arbeitet, ein Auto zusammenbauen können muss. Er ist ja kein Fachberater. Er sollte allerdings wissen, wie Produktionsprozesse von Autos heute organisiert sind, und er sollte sogar eine gewisse Begeisterung für das Arbeitsfeld des Klienten entwickeln können. Wenn ein Coach diese Feldkompetenz nicht hat, wird er zwangsläufig wie der Mann agieren, der den verlorenen Schlüssel nachts unter der Lampe sucht, weil er woanders ja kein Licht hat. Wer sich um das berufliche Feld des Coachee nicht kümmert, kann nur das bearbeiten, womit er sich auskennt. Das sind dann unter Um-

ständen bei einem Psychotherapeuten, der sich auf das Coaching-Feld begibt, einseitig persönlichkeitspsychologische – je nach Ausbildung sogar kindheitspsychologische – oder allenfalls Beziehungsthemen des Klienten. Diese einseitige Bezugnahme ist von außen betrachtet absolut nachvollziehbar und dem betreffenden Coach, wenn er mit rein psychotherapeutischem Erfahrungshintergrund und einem bestimmten Selbstbewusstsein ausgerüstet ist, auch keineswegs als Defizit bewusst. Das stellt aber dann keinen Coaching-Ansatz im Sinne einer umfassenden diagnostischen Einschätzung dar, wie sie für einen Klienten in Berufs- und Organisationskontexten sowie für daraus folgende Interventionen sinnvoll ist. In der gleichen Gefahr steht natürlich auch der Coach, der von persönlichkeitspsychologischen und klinischen-psychologischen Phänomenen zu wenig Ahnung hat. Entsprechend enthält der Interviewleitfaden für die Aufnahme zur Mitgliedschaft in den DBVC Fragen nach wissenschaftlichen Persönlichkeitskonzepten und ihrer praktischen Anwendung genauso wie nach Organisationstheorien und deren praktischer Nutzung.

Der Unterschied in der Beziehung

Es gibt eine unterschwellige Botschaft bei Hargens, dass sich eine neue Profession „Coach“ eigentlich nicht zu entwickeln brauche, da die Psychotherapeuten bereits schon alles abdecken könnten. Bei aller Wertschätzung für die qualitativ hochstehende differenzierte Ausbildung von Psychotherapeuten in Bezug auf die personale Komponente, hier fehlt etwas. Denn diese Sicht trägt den Herausforderungen, die sich durch eine dynamisierte Gesellschaft und Wirtschaft sowie die entsprechende Entwicklung von Organisationen ergeben, nicht Rechnung (Mohr, 2008). Aber genau diese Entwicklungen erfordern neue Unterstützungsformen für die Menschen. Coaching ist keine Modeerscheinung. Es ist entsprechend der Entwicklung in Wirtschaft und Gesellschaft eine neue Institution, die als Antwort auf bestimmte Transaktionsprozesse gebraucht wird. Zudem gilt: Gerade die Coa-

ching-Arbeit mit Führungskräften bewirkt über den Coachee in der Regel eine Ausstrahlung auf eine größere Anzahl von Menschen in den Organisationssystemen. Die Fragestellungen sind in dieser Hinsicht systemisch gesehen von einer anderen Komplexität als in der Einzeltherapie.

Ich begrüße es sehr, dass sich immer mehr Führungskräfte auch auf der menschlichen, persönlichen Seite Unterstützung holen. Man muss ihnen zugestehen, dass sie dafür nicht in Psychotherapie gehen wollen. Auch die Bemerkung, Psychotherapie gehöre zur Beratung, würde ich nicht generell unterschreiben. Der Beratungsbegriff erscheint mir in der ganzen Diskussion nur begrenzt hilfreich, da er sehr viele Interpretationen findet. Coaching ist sehr viel spezifischer in der Integration verschiedener Elemente. Ein Erstes ist die spezifische Beziehung zwischen dem Klienten und dem Coach. Obiges Beispiel aus der Supervision mit der 35. Psychotherapiesitzung zeigt schon, wie unterschiedlich die Beziehung im Coaching und in der Psychotherapie „konstelliert“ wird. Die Beziehungserfahrung, die ein Patient in der Psychotherapie machen darf und machen muss, ist von ganz anderer Tragweite als im Coaching. Das hat aus meiner Sicht mit den grundlegenden Bedürfnissen in der notwendigen Beziehungserfahrung zu tun, die Psychotherapie von Coaching unterscheiden. Dies ist für mich ein wichtiges diagnostisches Entscheidungskriterium. Wenn für einen Menschen mein Sitzungsrhythmus, in der Regel drei Wochen, nicht ausreichend ist – von technisch bedingten Ausnahmen wie Vorbereitung auf ein Bewerbungsgespräch einmal abgesehen –, sondern er mehr Betreuung und Begleitung braucht, ist Coaching falsch und psychotherapeutische Begleitung angesagt. In der Psychotherapie hat man es im Sinne der klinischen Psychologie (DSM-IV, ICD-10) mit einem kranken Menschen zu tun. Ich will diesen Begriff an dieser Stelle auch im Sinne von „etwas hat Krankheitswert“ verwenden, wohlweislich der ganzen Formulierungsbemühungen von ressourcenorientierten Psychotherapeuten, andere Formulierungen einzusetzen, was ich aus interventionspsychologischen Gründen auch wichtig finde. An dieser Stelle geht es aber um die Herausarbeitung der Kernprä-

gnanz der einzelnen Felder und nicht um die Graubereiche. Im Coaching ist der Mensch psychisch gesund. Er kann ohne engmaschige Beziehungsunterstützung sein Leben meistern, hat aber aufgrund seiner Verantwortungsübernahme in beispielsweise organisationalen Systemen Entwicklungsnotwendigkeiten im persönlichen Bereich. Bei diesen geht es in vielen Fällen auch gar nicht um die Aufarbeitung von Mustern oder fehlgeleiteten Erfahrungen, sondern um die Neu-Konstruktion von Mustern (Mohr, 2012).

Beratungs-, Organisations- und pädagogische Kompetenz

Coaching steht genau an der Schnittstelle von Beratung, Organisationsberatung und Pädagogik. Das macht Coaching auch so anspruchsvoll. Coaching fußt unter anderem auch auf Methoden, die dankenswerterweise in Psychotherapie und Beratung entwickelt wurden. Denn sie enthalten allgemeines Veränderungswissen. Allerdings gilt hier eine klare Abgrenzung in der Zielsetzung. Es geht nicht um die Heilung im Sinne von im DSM-IV oder ICD-10 definierten Störungen, sondern um die Entwicklung zusätzlicher Kompetenzen. Daher sollten bestimmte Methoden wie etwa biographische Arbeit mit Erfahrungen aus früheren Lebensabschnitten nur in Ausnahmefällen gewählt werden, weil sonst eventuell Themen eröffnet werden, die notwendigerweise psychotherapeutische Beziehungssettings erfordern. Selbst in den auf psychoanalytischen Konzepten beruhenden Coaching-Ansätzen steht die Arbeit an den im Hier und Jetzt vorhandenen Beziehungsmustern – unter Einbeziehung unbewusster Komponenten – im Vordergrund (West-Leuer, 2007).

Coaching ist die zielgerichtete Entwicklung von Kompetenzen im vereinbarten Themenfeld. Die Kompetenzen sind dabei definiert als Selbststeuerungsfähigkeiten (Erpenbeck & Rosenstiel, 2007). Es bezieht, wie oben angedeutet, sehr stark Organisationswissen mit ein, wie betriebswirtschaftliche, soziologische und psychologische Organisationstheorien (Mohr, 2006). Coa-

ching enthält auch sehr stark pädagogische oder, präziser, psychoedukative Elemente. Viele Coaching-Klienten können die Beratungsinterventionen sehr viel besser umsetzen, wenn sie mit pädagogischen Elementen unterstützt werden. Entsprechend haben viele Coaches auch Erfahrung im Training. Dies kommt ihrer Aufgabe sehr zugute.

Literatur

- Erpenbeck, J. & von Rosenstiel, L. (Hrsg.) (2007). *Handbuch Kompetenzmessung*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Mohr, G. (2006). *Systemische Organisationsanalyse, Grundlagen und Dynamiken der Organisationsentwicklung*. Bergisch-Gladbach: EHP-Verlag.

ken der Organisationsentwicklung. Bergisch-Gladbach: EHP-Verlag.

Mohr, G. (2008). *Coaching und Selbstcoaching mit Transaktionsanalyse, Professionelle Beratung zu beruflicher und persönlicher Entwicklung*. Bergisch-Gladbach: EHP-Verlag.

Mohr, G. (2012). Pattern Theory as a Metaperspective for Change. *Transactional Analysis Journal*, 46 (2), 134-142.

West-Leuer, B. (2007). „Wir sehen immer nur die Spitze des Eisbergs...“ Führungskräftecoaching und Psychodynamische Beratung. In F. Lang & A. Sidler (Hrsg.), *Psychodynamische Organisationsanalyse und Beratung* (S. 51-80). Gießen: Psychosozial-Verlag.



Günther Mohr ist Diplom-Volkswirt und Diplom-Psychologe, Senior Coach DBVC, Supervisor und Senior Coach BDP sowie lehrberechtigter Transaktionsanalytiker, ITAA. Seit 1986 ist er als Berater und Trainer in der Wirtschaft tätig.

**Dipl.-Volksw., Dipl.-Psych.
Günther Mohr**

Institut für Coaching, Training und Consulting
Klarastr. 7
65719 Hofheim
www.mohr-coaching.de
info@mohr-coaching.de

Coaching: Beratung oder Psychotherapie? – Ein Kommentar aus der Praxis

Christoph Burkhardt

Zwanzig Jahre Patienten, zehn Jahre Coaches – über Erfahrung mit den Zielgruppen beider Professionen, Psychotherapie und Coaching, verfügend, möchte ich mich hiermit zur Diskussion, ob Coaching Beratung oder Psychotherapie sei, mit einem Kommentar aus der Praxis einbringen. Vorweggenommen sei Folgendes: Ja, die beiden Berufsfelder des Coaches und des Psychotherapeuten weisen mehr Unterschiede als Gemeinsamkeiten auf und: Nein, ohne ein hohes Maß an Feldkompetenz ist eine erfolgreiche Tätigkeit als Coach in der Wirtschaft nicht möglich.

Zunächst zum Vergleich der beiden Professionen: Unbestritten, dass als dialogisches, beziehungsorientiertes Beratungsformat das Coaching der Psychotherapie ähnelt.

So kommen einem Coach mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation seine Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung mit seinem Coachee zugute. Außerdem werden im Coaching bei bestimmten Fragestellungen Methoden aus der Psychotherapie entlehnt. Das trifft vor allem auf erlebnis- und handlungsorientierte Arbeitsformen aus dem Bereich der humanistischen Psychotherapie zu, wie Schreyögg ausführlich darstellt.¹ Insofern gibt es in der Qualifikation Psychotherapie Kompetenzen und Handwerkszeuge, die im Coaching von Nutzen sind – allerdings erwarte ich, dass diese Fähigkeiten neben der Fähigkeit zur professionellen Beziehungsgestaltung in fundierten Coachinausbildungen ebenfalls vermittelt werden.

Darüber hinaus kann klinisches Wissen in manch einem Fall helfen, die Grenzen vom Coachingauftrag zur Indikation von Psychotherapie zu erfassen und dies entsprechend zu kommunizieren.

Als Praktiker in beiden Berufsfeldern sehe ich jedoch mittlerweile deutlich mehr Unterschiede als Gemeinsamkeiten. Hier sei zunächst die Auftragsklärung genannt: Ein Auftrag im Rahmen einer Psychotherapie erfolgt in der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient. Die Krankenversicherung als finanzierende Institution dieser Dienstleistung bleibt bei diesem Vorgang

¹ Schreyögg, A.(2003). *Coaching – Eine Einführung in Praxis und Ausbildung* (6. überarb. und erw. Aufl.). Frankfurt a. M.: Campus.

weitestgehend anonym, der Wert einer Psychotherapie für den Patienten unerheblich. Bei der Auftragsklärung im Rahmen eines Coachings hingegen haben wir es, mit Ausnahme des Top-Management-Coachings, mit einer Dreiecksbeziehung „Coachee-Coach-Unternehmen“ zu tun. Ein Auftrag erfordert demzufolge unbedingte Transparenz über teils unterschiedliche und oftmals nicht sofort erkennbare Interessenlagen: die des Coachee und die des Unternehmens. Letzteres wird meist vertreten durch die Personalentwicklung/-abteilung. Deshalb sind es gerade die Personaler, die von Coachs mit einem zusätzlichen psychotherapeutischen Hintergrund eine klare Positionierung des professionellen Selbstverständnisses fordern. Dahinter steckt die berechtigte Sorge, dass ein Coach mit einem unklaren Rollenverständnis hinter verschlossenen Türen mit seinem Coachee auf ein psychotherapeutisches Parkett wechselt. Im schlimmsten Fall könnte es dabei nämlich zu einer unproduktiven Verbrüderung der beiden gegen die Interessen des Unternehmens kommen, analog dem hinlänglich bekannten Konzept der „Täter-Opfer-Retter-Dynamik“ aus der Transaktionsanalyse.

Zudem bedarf es für die erfolgreiche Ausübung der Tätigkeit als Coach in der Wirtschaft eine gehörige Feldkompetenz. Dabei meine ich weniger Branchenerfahrung als vielmehr Kompetenz auf dem Gebiet des Führens komplexer Organisationen und des strategischen Managements, Erfahrungen mit mikropolitischen Dynamiken von Beziehungsgestaltungen in einer hierarchisch geführten Organisation. Dies alles ist unerlässlich, um die berufliche Lebenswelt des Coachees zu verstehen und ihn zu unterstützen. Andernfalls bewahrt sich die Befürchtung der Personaler

und der Coach läuft Gefahr, aus einem Coachinganliegen eine individuelle psychotherapeutische Fragestellung zu machen. Betriebs- und volkswirtschaftliche Kenntnisse sind insofern meiner Meinung nach unabdingbar.

Ein mit Feldkompetenz in Zusammenhang stehender Unterschied zwischen den beiden Professionen betrifft den Rahmen, in dem sie agieren: Psychotherapie findet im planwirtschaftlich geführten Gesundheitssystem statt. So ist der Psychotherapeut nicht wirklich Freiberufler oder Unternehmer, sondern vielmehr (im wahrsten Sinne) „Schein“-selbstständiger Angestellter der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Der Coachingmarkt hingegen funktioniert nach den gleichen Wettbewerbsregeln wie die Wirtschaft selbst, fordert unternehmerisches Denken und Handeln und trägt dementsprechend dazu bei, dass sich Coach und Coachee auf Augenhöhe begegnen.

Dieses Unterscheidungsmerkmal zeigt sich auch in der Honorarrealität der beiden Berufsfelder: Das Honorar eines Psychotherapeuten ist im Rahmen der Gebührenordnung festgelegt. Seine Höhe, Aufwand und Ertrag der ausgeübten Tätigkeit werden zentral und verbindlich festgesetzt und folgen somit einer planwirtschaftlichen Logik. In die Honorargestaltung eines Coachs fließen indes betriebswirtschaftliche und psychologische Aspekte ein: neben dem eigentlichen zeitlichen Aufwand für die Coachingtätigkeit u. a. die Betriebskosten für das eigene Beratungsunternehmen. Ferner steht das Coachinghonorar im Verhältnis zum *Return on Investment* für das beauftragende Unternehmen. Schließlich investiert Letzteres mit dieser Form von Dienstleistung in hochdotierte Füh-

rungskräfte und Manager mit dem Ziel, den Unternehmenserfolg zu vergrößern. Im Top-Management-Coaching wird, psychologisch gesehen, die Beziehung zwischen Coach und Coachee durch die Höhe des Honorars mit definiert: Ein Coach mit hohem Marktwert ist auch ein kostspieliger Coach und damit dem Top-Manager in dessen Augen ebenbürtig.

Für mich wird deutlich: Die Grenzen der beruflichen Identitäten von Coaching und Psychotherapie sollten von Praktizierenden beider Professionen hinreichend geklärt sein. Nur so kann sichergestellt werden, dass Coaching eine eigenständige Dienstleistung mit echtem Mehrwert bleibt.



Christoph Burkhardt, Dipl.-Psych., ist als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis tätig. Als Inhaber von Burkhardt COACHiNG coacht er seit 2003 Führungskräfte und Teams.

Dipl.-Psych. Christoph Burkhardt

Burkhardt COACHiNG
Weender Str. 102
37073 Göttingen
www.burkhardt-coaching.de
info@burkhardt-coaching.de

Coaching und Psychotherapie – Geld und Einfluss

Michael Stiels-Glenn

Zunächst greife ich Hargens Zitation von Hubble et al. auf: „Die Toleranz für theore-

tische Treue steht in direkt proportionalem Verhältnis zur Menge des Geldes, das da-

für zur Verfügung steht.“ Wenn es ums Geld geht, wird man interessierter und ök-

kupiert Bereiche, die nicht unbedingt zum eigenen Fach gehören, wenn ich das richtig verstehe. Und Hargens weiter: „Schlussfolgerungen und Vorschriften, die in einem bestimmten sozialen Kontext wirksam werden, weil die Interessengruppe, die über die Macht der Definition verfügt, genau dies entschieden hat.“ (S. 89)

(...)

Worum geht es mir? Die Tendenz zur Verrechtlichung fast aller Lebensbereiche schiebt die Frage in den Vordergrund: „Darf der/die das überhaupt?“, die Frage: „Kann der/die das denn?“ spielt keine Rolle.

Wenn Hargens schreibt: „Psychologie ist Heilkunde und darf daher nur von bestimmten, dafür ausgebildeten (und ap-

probieren) Berufsgruppen praktiziert werden“ (S. 90), so fehlen hier zwei wichtige Worte, nämlich: „in Deutschland!“ In anderen – auch europäischen – Ländern gelten andere Zugangsbedingungen zum Feld der Psychotherapie, ohne dass dort die Zahl der Suizide oder psychischen Dekompensationen unter Psychotherapiepatienten höher liegt oder zugenommen hat.

Die Debatte um „Supervision vs. Coaching“ wurde und wird in der Deutschen Gesellschaft für Supervision (DGSv) seit längerem geführt – auch dort geht es im Hintergrund um Marktanteile und um Definitionsmacht, während an der Oberfläche „Sachargumente“ ins Feld geführt werden.

Auch Psychotherapeutenkammern sind daran interessiert, nicht nur den eigenen

Zuständigkeitsbereich zu regeln, sondern ihn – auch gegen andere Berufe – auszuweiten; es geht letztlich um Geld und Einfluss. Deshalb sträubt sich etwas in mir, wenn Hargens ausführt: „Beratung ist in meinen Augen ein Fachgebiet, das in den Bereich der Psychologie fällt“ (Hargens, 2006, S. 22f.). Dann ist der Versuch von FunktionärInnen der PTKn, Zuständigkeit und Definitionsmacht (vgl. Hubble et al. wie zitiert von Hargens) für alle Beratungsformen zu bekommen, nicht mehr weit.

Michael Stiels-Glenn

Recklinghausen

Zu „Psychotherapie und Religion/Spiritualität – Eröffnung einer Diskussion“, mit Beiträgen von B. Grom, M. Richard & H. Freund, J. Hardt & A. Springer, Psychotherapeutenjournal 3/2012, Seiten 194-212, sowie von K. Jeschke, Psychotherapeutenjournal 2/2012, Seiten 129-133.

Der Bezug zum Heiligen kann weder gelehrt noch übernommen werden

Wolfgang Siegel

Ohne Zweifel finde ich es eine wichtige Frage, wie wir den religiösen und spirituellen Bedürfnissen vieler Patienten in der Psychotherapie entsprechen können. Es ist erfreulich, dass das Psychotherapeutenjournal dieses Thema aufgegriffen hat!

Auffallend ist, dass die enormen psychischen Schäden, die von organisierten Religionen, egal welcher Couleur, verursacht werden, nicht in gleicher Weise systematisch in den drei Artikeln bearbeitet werden wie die vermeintlichen salutogenen Effekte. Schuldgefühle und Angstzustände, unendlich viele innere Konflikte entstehen, weil Menschen moralischem Druck nicht folgen können oder wollen. Das ist genauso wie alle anderen krankmachenden Faktoren Thema in der Therapie.

Wer mit „Du sollst“ arbeitet und bei Fehlverhalten Schuldgefühle erzeugt, hat mit dem, was heilig ist, nichts zu tun. Denn „heilig“ ist das, was heil ist und heilt. Menschen mit Schuldgefühlen unter Druck zu setzen, macht krank und ist weder heilig noch göttlich. Mir ist dies am 4. Gebot bewusst geworden:

„Du sollst Vater und Mutter ehren, auf dass es dir wohl ergehe und du lange lebest auf Erden.“ Alle Weltreligionen verlangen, dass die Kinder sich den Eltern unterwerfen und damit die Traditionen erhalten. Wenn Kinder dies verweigern, wird ihnen damit gedroht, dass es ihnen nicht wohl ergehe und sie nur kurz leben würden. Wer oder was mag sie wohl vorzeitig umbringen? Diese Einstellung sitzt tief in uns allen,

auch in den Menschen, die sich von den Religionen verabschiedet haben. Sie ist eine wesentliche Quelle der Angst, die eigenen Eltern kritisch zu sehen. Dabei sind sie doch auch nur Opfer dieser uralten Kette ideologischer Indoktrination. Wir Therapeuten haben so viele schlimme Geschichten darüber gehört, wie Eltern mit den Kindern umgehen und erwachsene „Kinder“ es nicht wagen, der Wahrheit ins Gesicht zu sehen, sondern stattdessen psychische Symptome entwickeln. Das 4. Gebot verdreht die Beziehung von Kindern und Eltern mit der Forderung, dass die Kinder für die Eltern da zu sein haben. Richtig wäre stattdessen der Hinweis auf die Tatsache: „Wenn du deine Kinder gut und voll Respekt und Liebe behandelst, legst du den Grundstein dafür, dass ihr auch im Al-

ter noch glücklich zusammen leben könnt.“ Die Religionen aber halten am 4. Gebot fest.

Es ist schon erstaunlich, wie in allen drei Artikeln das Verständnis von dem, was „religiös“ ist, ausgedehnt wird bis hin zu Achtsamkeit und Yoga. Dabei finde ich es sehr einfach. Echte Religiosität handelt von dem Bezug zum höchsten Prinzip oder zum tiefsten Sinn oder zu dem, was wirklich „heilig“ ist. Der Bezug zu dem Heiligen kann weder gelehrt noch übernommen werden. Alles, was gepredigt wird, sind von Menschen gemachte Meinungen und Ideologien, die eher den Blick verstellen beim Ausschauhhalten nach dem nicht Definierbaren, nach dem, was nicht unserem Wissen unterworfen ist. Diejenigen, die etwas davon verspüren, können sich mit anderen Menschen, die sich dafür interessieren, austauschen. Auf diese Weise helfen wir uns gegenseitig, in die tiefe Natur der echten Religiosität einzudringen. Nur

so können wir auch in der Therapie Religiosität und Spiritualität behandeln, wenn dieses Thema ein Bedürfnis der Patienten ist.

Den Patienten zu verdeutlichen, dass nur sie selbst ihren spirituellen Weg entdecken können, das ist für mich die einzig sinnvolle Möglichkeit, darüber in der Therapie zu sprechen. Das Gespräch über das Religiöse oder die Liebe ist jederzeit möglich, wenn Patienten darüber sprechen möchten. Wenn wir im Bewusstsein des Nichtwissens und des Forschens bleiben, dann wird es sehr einfach, und wir brauchen keine komplizierten Regelungen der Aufgabenverteilung zwischen Kirche und Psychotherapeuten. Weder muss ich mich vor diesen Fragen drücken, noch irgendeine Richtung vorgeben oder Technik entwickeln. Es setzt allerdings voraus, dass ich als Therapeut mich selbst dieser Herausforderung stelle. Ich erlebe immer wieder, dass mich spirituelle Hinweise meiner Pati-

enten aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen berühren.

Wenn die Patienten jedoch Halt in einer vorgegebenen Religion suchen und nicht selbst erkunden wollen, was heilig ist, so habe ich Verständnis dafür. Das fällt jedoch nicht in meinen „Aufgabenkatalog“, nämlich den Menschen zur Freiheit von Angst zu verhelfen. Wenn ich meinen Patienten irgendeine religiöse Richtung vorgebe, egal wie psychologisch geschickt ich dies tue, bin ich immer der Missionar meiner eigenen Weltanschauung, was bisher zu Recht abgelehnt wird. Eine Öffnung der Therapie für Vermittlung „religiöser Inhalte“ wird ein Fall in direkte oder indirekte Propaganda für die persönliche Religion des Therapeuten.

Mit herzlichem Gruß

Wolfgang Siegel

Dortmund

Religiöse Interventionen anderen überlassen

Bernd Horn

Von den Beiträgen zu Psychotherapie und Religion/Spiritualität in Ausgabe 3/2012 fühle ich mich angesprochen und zur Diskussion aufgefordert:

In diesen Beiträgen werden Studien zitiert, nach denen drei Viertel der Psychotherapeuten eigene spirituelle/religiöse Bindungen haben und teilweise auch konkrete Praktiken in ihre Therapien einfließen lassen. 20% der Therapeuten hätten sogar schon für ihre Patienten gebetet.

Ich hätte nicht gedacht, dass nach einer historisch dann doch kurzen Zeit von Aufklärung, dem Versuch objektiver Einordnung religiöser Gedanken und religiösen Tuns in die Psyche, zum Beispiel durch die Psychoanalyse, solch ein Rückfall bei professionellen „Menschenkennern“ passieren konnte: „Der Glaube, dass Glaube etwas ganz anderes sei als Aberglaube, ist unter allem Aberglaube der schlimmste.“

Neben vielen wichtigen Diskussionspunkten, auf die ich nicht einzeln eingehen kann, ein paar Gedankensplitter:

Grundproblem bleibt zunächst, dass die Privatangelegenheit Religion keinen wissenschaftlichen/objektiven Hintergrund für ihre angeblich mögliche therapeutische Praxis hat. Ein Therapeut versucht mit einer Methode, d. h. einem überprüfbaren wissenschaftlichen Verfahren, dessen Wirkung/Nichtwirkung diskutiert werden kann (...), ein immer verbesserungsmögliches Verstehen für Menschen in psychischer Not anzubieten. Spirituelle/religiöse Ansätze haben die Offenbarung, den festen Glauben, eine tiefe innere Gewissheit für ihre Theorien und ihre Praxis. Sie sind aber nicht wissenschaftlich; sie haben in einer überprüfbaren/falsifizierbaren Behandlungsmethode keinen Platz.

Ich stimme auch den sehr relativierenden Aussagen von Hardt und Springer (Psychotherapie und Religion – einige kulturgeschichtliche Anmerkungen, S. 210 ff.) nicht zu, dass nun der klassische psychodynamische Ansatz, Religion in seiner Illusionsgefahr und neuen Abhängigkeitsdimensionen zu beschreiben, völlig gescheitert sei. Natürlich kann man Freuds Voraussetzungen heute theoretisch kritisch anschauen/anders kommentieren. Inzwischen gibt es nicht nur die weiche Annäherung von Habermas an die Bedeutung von Irrationalität; es gibt auch aktuelle kritische Auseinandersetzungen mit der zu bezweifelnden Notwendigkeit transpersonaler Bindung, wie z. B. durch Hawkins, Dawkins usw.; es gab auch den Oxford-Philosophen Mackie, der in „Das Wunder des Theismus“ sehr klug eine humane Welt ohne die Notwendigkeit irgendwelcher Jenseits-Phantasterei beschreibt. Es gab vor allem relativ aktuell

Dessuant und Grunberger: „Narzissmus, Christentum, Antisemitismus. Eine psychoanalytische Untersuchung“ – ein hochaktueller Versuch, psychodynamisches Denken auf religiöse Handlungen/Interventionen und Theorien anzuwenden.

Ärgerlich finde ich vor allem, die Position der Vernunft zu desavouieren, indem sie für ein „postmodernes nationalsozialistisches Projekt“ in Anspruch genommen wird. So etwas wie Nationalsozialismus/Kommunismus ist doch nur eine andere Form von Religion mit spirituellen Praxen, die Freud zum Beispiel in „Massenpsychologie und Ich-Analyse“ zu beschreiben versucht hat.

Ein anderer Gedanke ist, dass der Gebrauch religiöser Techniken eine fragwürdige narzisstische Haltung im Therapeuten aktiviert: Nicht ich als reales menschliches Gegenüber konfrontiere/helfe; sondern der Therapeut in Verbindung/im Auftrag einer höheren Macht ... Dadurch wird der Therapeut problematisch unangreifbar. Es bleibt sehr unklar, wie solch eine Haltung emanzipatorisch/befreiend wirken soll.

Ich möchte also dafür plädieren, dass es für diskutierbare, wissenschaftliche Psychotherapie einen Raum geben muss, in dem die Psyche/psychisches Leid als ein Konflikt zwischen Naturanlage und schwieriger psychischer Integration verstanden

werden kann, ohne dass dieser sicher sehr komplexe, teilweise fehlerhafte, immer verbesserungsbedürftige Prozess durch Herrgottswinkel, rituelles Händefalten und/oder Räucherkerzen und Gongschlagen diskutiert und praktiziert werden kann.

Ich denke, wir haben genug zu tun, die Praxis von Einfühlung, Respekt, Übertragung, Konfrontation und Deutung zu entwickeln und zu verbessern. Die spirituelle/gläubige Intervention sollten wir den immer noch wissensfernen Predigern/Schamanen (...) überlassen.

Dr. Bernd Horn

Stockdorf

Instant-Esoterik dient nur der Erfüllung narzisstischer Wünsche

Ursula Mayr

Religiöse und vor allem spirituelle Inhalte spielten in meiner Ausbildung zur Analytikerin nie eine Rolle, in der Behandlung begegnete ich ihnen aber sehr wohl, zum Beispiel in Form der in den 1970er-Jahren hereinbrechenden „Instant-Esoterik“ (wie ich sie nenne, da leicht löslich und mit garantiert vollem Geschmack der Erleuchtung). Diese ist oft eine Widerstandsmanifestation und wird vornehmlich eingesetzt zum Erlangen schneller narzisstischer Gratifikationen und zur Vermeidung langwieriger und schmerzvoller Entwicklungsprozesse, wie sie eben von den ernstzunehmenden spirituellen Lehren gefordert wird. Oft wird in schwierigen Therapiephasen Kontakt zu „Heilern“ aufgenommen, die Prozesse in Gang setzen, die den therapeutischen Zielen entgegengesetzt sind.

Beispiel: Eine Patientin betrauerte den Tod ihres Vaters, der zeitlebens wenig an ihr interessiert war. Sie konnte nicht abschließen und drohte, in eine pathologische Trauer abzugleiten, wehrte sich auch dage-

gen, zu realisieren, dass er sie auch um ihren Erbteil betrogen hatte. Eine Geistheilerin entdeckte, dass „der Geist des Vaters“ viel bei ihr sei und sie begleite, da sie immer sein heimlicher Liebling gewesen sei, er habe ihr dies nur nie so zeigen können; er würde aber in Zukunft über sie wachen. Diese Version gefiel der Patientin, sie fühlte sich besser und beendete die Behandlung, ihr partnerschaftliches Leben verlief aber weiterhin sehr unglücklich.

Der Beispiele wären noch viele; deutlich wird dabei das Missbrauchen spiritueller Lehren zur phantasmischen Erfüllung kindlich-unreifer, meist narzisstischer Wünsche zuungunsten reiferer Bewältigungsmöglichkeiten, der Fähigkeit zum Durchstehen schmerzlicher Erfahrungen und des Realitätsbezuges.

Narzisstische Gratifikationen entstehen hier durch:

- die Möglichkeit der Verschmelzung mit einem omnipotenten idealisierten Ob-

jekt (Gott, Schutzgeist, idealisierter Vater),

- eigene Selbsterhöhung, Selbstidealisierung und Omnipotenz (Entdecken der eigenen Göttlichkeit, Selbststeuerung des Schicksals durch Bewusstsein),
- Bestätigung kindlicher Allmachtsphantasien (Alles ist machbar, Krankheit ist eine Illusion, „Bestellungen an den Kosmos“, Realität ist jederzeit veränderbar).

Damit möchte ich die durch spirituelle Lehrer und Heiler vermittelten Inhalte keineswegs in Abrede stellen, in der beschriebenen Form leisten sie aber eher der Infantilisierung von Menschen Vorschub, denen wir eigentlich zu einem Reifungsprozess verhelfen wollen, der aber eben nicht „instant“ zu haben ist.

Dipl.-Psych. Ursula Mayr

Übersee a. Chiemsee

Ein konstruktiver Brückenschlag zwischen Psychologie und Theologie ist möglich!

Michael Utsch

Herzlichen Dank für das spannende Themenheft 3/2012, das aus meiner Sicht kein besonderes „Wagnis“, sondern aus sechs Gründen längst überfällig war:

- Im ihrem kürzlich veröffentlichten Positionspapier „Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland“ hat die größte deutsche psychiatrische Fachgesellschaft, die DGPPN, daran erinnert, dass knapp 20 Prozent unserer Bevölkerung einen Migrationshintergrund haben. Obwohl diese sehr heterogenen Bevölkerungsgruppen häufig von Depressionen und psychosomatischen Erkrankungen betroffen sind, belegen Untersuchungen, dass ihre angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung derzeit nicht gewährleistet ist. Die Psychiater fordern insbesondere interkulturelle Kompetenzen, um angemessen mit den fremden Lebensdeutungen und Glaubenswelten der Migranten umgehen zu können. Hier sind kultur- und religionssensible Psychotherapeuten gefragt, die gelernt haben, unabhängig von ihrer eigenen Weltanschauung angemessen mit hochreligiösen Patienten umzugehen. Diese Klientel ist zwar unter Migranten besonders häufig anzutreffen, stellt aber auch einen nicht
 - unerheblichen Teil unserer Kultur dar – nach dem Religionsmonitor 2008 schätzen sich immerhin 18 Prozent unserer Bevölkerung als hochreligiös ein.
 - In der Psychotherapieforschung werden deshalb Religiosität und Spiritualität zunehmend in den Blick genommen. Barbara Ingram (2012) hat die Vielfalt klinischer Störungsbilder in 30 klinische „Fallhypothesen“ gebündelt, um passgenaue Behandlungspläne zu entwickeln. Darunter sind auch drei „existenzielle und spirituelle“ Kategorien: „Existenzfragen“ (Klient quält sich mit existenziellen Fragen), „Vermeidung von Freiheit und Verantwortung“ (Klient akzeptiert seine Verantwortlichkeit für seine Entscheidungen nicht), „spirituelle Dimension“ (Hilfen zur Problembewältigung werden in einer spirituellen Dimension gefunden, die religiös und nichtreligiös verstanden werden kann).
 - Das überarbeitete DSM-V wird die klinische Einbeziehung von religiösen und spirituellen Fragen stärker berücksichtigen und störungsspezifische Vorschläge dazu machen (Peteet, Lu & Narrow, 2011).
 - Für Deutschland liegt zu diesem Thema bisher nur eine Hand voll empirischer Studien vor (zuletzt Hofmann, 2011).
- Übereinstimmend wünschten sich die meisten der befragten Psychotherapeuten eine stärkere Berücksichtigung dieses Themenbereichs in der Selbsterfahrung und Weiterbildung – ein klares Signal!
- Die Aufsätze von Grom sowie Richard und Freund belegen sachlich und unaufgeregt, dass entgegen der Mär von der religionsfeindlichen Psychotherapie durch eine klientenzentrierte Ressourcenorientierung durchaus konstruktive Brücken zwischen den „zerstrittenen Geschwistern“ Psychologie und Theologie möglich sind.
 - „Der Mangel an Sinn ist allenthalben spürbar“ (Hardt & Springer) – und eine große psychotherapeutische Herausforderung! Hier ist vor allem eine demütige psychotherapeutische Haltung gefragt, die sich über alle Behandlungstechniken hinaus mit den Patienten gemeinsam auf die Suche nach einer individuell passenden Sinnggebung macht, die auch religiös ausfallen kann.

Dr. Michael Utsch

Berlin

Aktuelles aus der Forschung

Nina Rehbach

Wird ADHS überdiagnostiziert und wenn ja, warum?

Bruchmüller, K., Margraf, J. & Schneider, S. (2012). *Is ADHD Diagnosed in Accord With Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80 (1), 128-138.*

In der Öffentlichkeit und auch unter Expertinnen und Experten¹ wird immer wieder diskutiert, ob „schwierige“ oder unruhige und „wildere“ Kinder zu schnell und zu häufig die Diagnose ADHS erhalten. Dennoch gibt es nur sehr wenige empirische Studien, die sich explizit mit dieser Frage befassen haben. Die vorliegende Studie von Bruchmüller et al. untersucht neben der Häufigkeit falsch-positiver ADHS-Diagnosen mögliche Gründe für diese Fehler.

Außerdem beschäftigen sich Bruchmüller et al. mit dem aus der Literatur bekannten Phänomen, dass ADHS-diagnostizierte Jungen überproportional häufiger eine Behandlung erhalten als ADHS-diagnostizierte Mädchen. Während in früheren Studien als Erklärung für dieses Phänomen auf geschlechtstypisch unterschiedliche Symptomatiken der ADHS hingewiesen wird, gehen Bruchmüller et al. von der Hypothese aus, dass Psychotherapeuten in ihrer klinischen Routine aufgrund bestimmter Erfahrungen Heuristiken gebildet haben, die sie dazu tendie-

ren lassen, bei Jungen häufiger die Diagnose ADHS zu stellen als bei Mädchen, selbst wenn identische Symptome vorliegen. Da in bevölkerungsbezogenen Stichproben mehr Jungen als Mädchen von ADHS betroffen sind, könnte es z. B. sein, dass ein Junge mit ADHS-Symptomen auch schneller die Diagnose ADHS bekommt, weil er – im Vergleich zu einem Mädchen mit den gleichen Symptomen – leichter als „weiterer Vertreter eines typischen ADHS-Kindes“ wahrgenommen wird. Bruchmüller et al. überprüfen, ob Psychotherapeuten sich von dieser Repräsentativitätsheuristik (im Sinne von Tversky & Kahneman, 1974) beeinflussen lassen oder strikt nach DSM-IV oder ICD-10 diagnostizieren. Sie nahmen an, dass Psychotherapeuten ihre Diagnosen vor allem auf die typischsten und markantesten Symptome stützen und damit auch für Fälle ADHS diagnostizieren, die nach DSM-IV oder ICD-10 nicht diese Diagnose erhalten sollten (Hypothese 1). Dies könnte etwa passieren, wenn weniger auffällige Symptome übersehen werden oder Symptomüberlappungen mit anderen Störungen bestehen (z. B. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten oder Generalisierte Angststörung). Da Jungen das prototypische Geschlecht für ADHS sind, nah-

men sie weiterhin an, dass Psychotherapeuten häufiger bei Jungen ADHS diagnostizieren als bei Mädchen mit identischen Symptomen (Hypothese 2).

Um die beiden Hypothesen zu überprüfen, sandten sie unterschiedliche, an den DSM-IV-/ICD-10-Kriterien orientierte Fallvignetten an 1.000 auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisierte Psychotherapeuten² in Deutschland (Zufallsauswahl aus den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Hessen) mit der Aufforderung, eine Diagnose zu stellen.

Vier Fälle wurden konstruiert:

1. ADHS-Vollbild: alle fünf Kriterien einer ADHS sind voll erfüllt (nach der Nomenklatur des DSM-IV Subtyp „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus“).
2. kein ADHS, zwei nicht erfüllte Kriterien: wie Vignette (1), jedoch sind zwei der fünf Kriterien (B und C nach DSM-IV) nicht erfüllt.
3. kein ADHS, drei nicht erfüllte Kriterien: wie Vignette (2), jedoch sind zusätzlich zu den Kriterien B und C nur drei statt der geforderten sechs oder mehr Symptome des Kriteriums A1 „Unaufmerksamkeit“ und

nur zwei des Kriteriums A2 „Hyperaktivität und Impulsivität“ beschrieben, sodass insgesamt auch Kriterium A nicht erfüllt ist.

4. kein ADHS, Symptomüberlappung mit „Generalisierte Angststörung“ (GAD): In dieser Vignette werden alle Kriterien für die Diagnose GAD erfüllt. Die enthaltenen Symptome wie Unruhe, Nervosität und Konzentrationsschwierigkeiten sind den Symptomen der ADHS sehr ähnlich, jedoch werden keine weiteren ADHS-Kriterien beschrieben, sodass die Diagnose ADHS nicht gestellt werden kann.

Um die zweite Hypothese zu überprüfen, wurde jeder dieser vier Fälle einmal in einer Jungen-Version (Leon) und einmal in einer Mädchen-Version

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Text nicht durchgehend beide Formen genannt. Selbstverständlich sind Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

2 Im engl. Original: „*psychotherapists specializing in children and adolescents*“ bzw. „*psychologists, psychiatrists, and social workers licensed to practice child and youth therapy*“ (S. 130). Zur Problematik dieser Stichprobenbeschreibung und Übersetzungsschwierigkeiten siehe bitte Kommentar am Ende dieses Textes. Im Folgenden wird die Bezeichnung „Psychotherapeut“ verwendet.

(Lea) konstruiert, sodass acht verschiedene Fallvignetten vorlagen. Abgesehen vom Geschlecht des beschriebenen Kindes waren die jeweiligen Fallvignetten im Wortlaut identisch.

Die Fallvignetten wurden zwei Pretests unterzogen und überarbeitet, sodass nach dem zweiten Pretest alle einbezogenen Diagnostiker zu 100% die intendierten Diagnosen eindeutig stellten.

Je 125 Psychotherapeuten (ausgewogen nach Geschlecht und „Profession“³) erhielten dieselbe Version der acht unterschiedlichen Fallvignetten (8x 125=1.000), zusammen mit einem Anschreiben und einem Fragebogen. 463 von 473 Rücksendungen (Rücklaufquote 47%) konnten in die finale Stichprobe einbezogen werden. Die Repräsentativität der finalen Stichprobe wurde hinsichtlich Alter und Geschlechtsverteilung überprüft (Vergleich mit den von der Bundespsychotherapeutenkammer herausgegebenen Daten aller Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland) und war erfüllt.

Alle Angeschriebenen erhielten neben den Fallvignetten den gleichen Fragebogen und wurden aufgefordert, darin ihre Diagnosen sowohl in Worten als auch als F-Code nach ICD-10 aufzuführen. Außerdem sollten sie angeben, ob, und wenn ja, welche Behandlung (psychotherapeutisch versus medikamentös) sie empfehlen. Zusätzlich wurden demographische Daten der Psychotherapeuten sowie Informationen zu ihren psychotherapeutischen Hauptverfahren (im engl. Original: „*theoretical orientation*“, S. 130; verhaltenstherapeutisch vs. psychodyna-

misch vs. beide) erhoben sowie abgefragt, wie nützlich sie DSM-IV/ICD-10-Diagnostik für ihre alltägliche Arbeit fänden und wie vertraut sie mit den Diagnosesystemen seien.

Die wichtigsten Ergebnisse: Wird ADHS überdiagnostiziert? Die Hypothese, dass ADHS auch für Fallvignetten diagnostiziert würde, für die nach DSM-IV/ICD-10 eine solche Diagnose nicht zutreffend ist, konnte bestätigt werden. 16,7% der Psychotherapeuten diagnostizierten für die Fallvignetten 2 bis 4 ADHS, 57% stellten eine andere Diagnose, 10,2% gaben an, sie würden für den betreffenden Fall gar keine Diagnose stellen, 9,9% gaben an, auf Basis der gegebenen Informationen keine Diagnose stellen zu können, und weitere 5,8% stellten immerhin einen „Verdacht auf ADHS“.

Der Vergleich der falsch-positiven Diagnosen (ADHS für die Fallvignetten 2 bis 4) mit den falsch-negativen Diagnosen (keine oder eine andere Diagnose für Fallvignette 1) zeigte signifikant mehr falsch-positive als falsch-negative Diagnosen (7% falsch-negative Diagnosen für Fallvignette 1 vs. 16,7% falsch-positive Diagnosen für Fallvignetten 2 bis 4; odds ratio=2.65; p=.011). Dieses Ergebnis spricht für die angenommene Überdiagnostizierung von ADHS. Spräche das Ergebnis lediglich für eine geringe Reliabilität der ADHS-Diagnosen, müsste das Verhältnis falsch-positiver zu falsch-negativer Diagnosen ausgewogen sein.

Bekommen Jungen eher die Diagnose ADHS als Mädchen? Auffallend sind vor allem die 29,5% ADHS-Diagnosen für Jungen der Fallvignette

2 (versus 11,1% für die gleiche Fallvignette in der Mädchen-Version) und immer noch 20,4% ADHS-Diagnosen für Jungen der Fallvignette 3 (versus 9,4% für die gleiche Fallvignette in der Mädchen-Version). Damit wurde die zweite Hypothese ebenfalls bestätigt. Eine logistische Regressionsanalyse ergab, dass das Geschlecht des Kindes ein signifikanter Prädiktor für die Diagnose ADHS war. Die Wahrscheinlichkeit für eine ADHS-Diagnose in der Jungen-Version der Fallvignetten 2 bis 4 war mehr als doppelt so hoch wie für eine ADHS-Diagnose in der Mädchen-Version (odds ratio=2.66; p=.034). Dieser Unterschied bestand nur für die Fallvignetten 2 bis 4. Für Fallvignette 1 (ADHS-Vollbild) zeigte sich dieser Unterschied für Jungen und Mädchen – erwartungsgemäß – nicht.

Einfluss der Profession und anderer Variablen auf die Diagnose: Ferner wurden folgende Variablen im Regressionsmodell getestet: Geschlecht, „Profession“ (im engl. Original: „*professional occupation – psychologist, psychiatrist, or social worker*“, S. 134), Hauptverfahren (kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch; im engl. Original: „*theoretical orientation – cognitive behavioral vs. psychodynamic*“, S. 134), Alter und Berufserfahrung (in Jahren) des Psychotherapeuten, Interaktion Geschlecht Psychotherapeut/Geschlecht Kind sowie die Einschätzung der Psychotherapeuten bezüglich ihrer eigenen Erfahrung mit DSM-IV/ICD-10 und der Nützlichkeit der Diagnosesysteme. Es zeigte sich lediglich für den Faktor Geschlecht des Psychotherapeuten ein signifikanter Einfluss auf die Diagnosestellung:

Über alle Fallvignetten hinweg stellten Männer mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit die Diagnose ADHS als Frauen (odds ratio=0.267; p=.001). Dieses Ergebnis kommentieren die Autoren als unerwartet und ohne offensichtliche Erklärung – weitere Forschungsarbeiten seien notwendig, um zu überprüfen, ob das Ergebnis repliziert werden kann.

Einfluss der Diagnose auf die empfohlene Behandlung: Um zu prüfen, ob sich die Überdiagnostizierung von ADHS auch auf die möglicherweise folgende Behandlung auswirken könnte, verglichen Bruchmüller et al. die Behandlungsempfehlungen der Psychotherapeuten für die Fallvignetten 2 bis 4. Es zeigte sich, dass Psychotherapeuten, die für diese Fallvignetten ADHS diagnostizierten, signifikant häufiger eine Behandlungsempfehlung gaben als Psychotherapeuten, die für diese Fallvignetten keine ADHS-Diagnose stellten. Dabei war der Unterschied für die Empfehlung einer medikamentösen Behandlung (33,3% vs. 3,3%) deutlich größer als für die Empfehlung einer psychotherapeutischen Behandlung (92,6% vs. 83,2%). Psychotherapeuten, die für die Fallvignetten 2 bis 4 ADHS diagnostizierten, wählten auch signifikant seltener die Alternative „gar keine Behandlung“ als Psychotherapeuten, die für diese Fälle keine ADHS-Diagnose stellten (5,4% vs. 16,9%).

Kommentar: Problematisch ist die Stichprobenbeschreibung.

³ Im engl. Original: „*professional occupation – psychologist, psychiatrist, or social worker*“, S. 134.

Aus den Angaben im englischen Original („A random sample of 1.000 out of an official register of all therapists specializing in children and adolescents...“, „This register included all psychologist, psychiatrists, and social workers licensed to practice child and youth therapy“, S. 130) ist nicht eindeutig erkennbar, um welche in Deutschland gängigen Berufsbezeichnungen und damit um welche Berufsgruppen es sich handelt. Sind mit „psychologists“ Diplom-Psychologen mit Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) gemeint? Handelt es sich bei „psychiatrists“ um Kinder-/Jugendpsychiater oder (auch) um Ärzte mit Psychotherapie-tätigkeit? Welche Berufsgruppe ist mit „social workers“ genau gemeint, welche Ausbildung zur Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher haben sie? Enthält diese Gruppe auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in Deutschland ja neben der psychologischen auch eine sozialpädagogische Hochschulausbildung haben können? Und sind die Angeschriebenen alle niedergelassen? Die Schwierigkeit, die verwendeten englischen Berufsbezeichnungen den in Deutschland gängigen Bezeichnungen eindeutig zuzuordnen – und damit die an der Studie beteilig-

ten Berufsgruppen eindeutig zu identifizieren –, schmälert den Aussagewert der Ergebnisse.

Es überrascht hierbei auch, dass die Autoren nicht thematisieren, dass in Deutschland auch Kinderärzte häufig ADHS diagnostizieren und medikamentös behandeln. Interessant wäre die Untersuchung, ob in dieser Berufsgruppe ähnliche Ergebnisse bezüglich Überdiagnostizierung gefunden würden.

In der Diskussion der Autoren wäre eine Interpretation und Einordnung des Ergebnisses (16,7% Überdiagnostizierung) wünschenswert gewesen: Sind 16,7% ungewöhnlich, was wäre „normal“ oder erwartbar (wenn man davon ausgeht, dass es eine 100% zuverlässige Diagnostik vermutlich nicht geben kann)? Es wäre lohnenswert, in weiteren Studien zu prüfen, ob ADHS signifikant häufiger falsch- bzw. überdiagnostiziert wird als andere psychische Erkrankungen.

Erwähnen sollte man auch, dass die Rückläufe möglicherweise nicht repräsentativ sind für die durchschnittliche ADHS-Diagnosekompetenz von Behandelnden: Es ist denkbar, dass Angeschriebene, die sich bei der Diagnose unsicher sind oder die von sich selbst wis-

sen, dass sie sich mit der kriteriengetreuen ADHS-Diagnose schwer tun, häufiger nicht antworteten als jene, die sich damit sehr sicher sind.

Überraschend ist das Ergebnis, dass zwischen den Berufsgruppen (*psychologists, psychiatrists, social workers*) keine Unterschiede in den Diagnostiziergewohnheiten sowie keine nennenswerten Differenzen in den jeweils geäußerten Behandlungsempfehlungen gefunden wurden.

Es ist sicherlich fraglich, ob Diagnosen, die aufgrund einer schriftlichen Fallbeschreibung gestellt werden, genauso valide sind wie „echte“, auf Basis eines ausführlichen Patientenkontaktes gestellte Diagnosen. Jedoch sollte man davon ausgehen dürfen, dass Psychotherapeuten, die ausdrücklich darauf hingewiesen werden, die beschriebenen Fälle wie echte Fälle zu behandeln, dies auch tun, und dass sie sich bei ihren Diagnoseentscheidungen an die Kriterien der Diagnosesysteme halten – egal, ob es sich um echte Patienten oder Fallvignetten handelt. Ferner kann man auch davon ausgehen, dass die beschriebenen Fallvignetten genauso eindeutig, vermutlich sogar einfacher als echte Patienten, als ADHS- oder Nicht-ADHS-Fälle zu diagnostizieren waren, da relevante

Kriterien eindeutig beschrieben oder weggelassen wurden.

Zieht man in Betracht, dass zumindest ein Teil der Psychotherapeuten, die angaben, aufgrund der vorliegenden Information keine Diagnose stellen zu können (9,9%), oder einen Verdacht auf ADHS äußerten (5,8%), letztlich zu einer ADHS-Diagnose kommen oder ihre Verdachtsdiagnose bestätigen würden, ist die Zahl der Überdiagnostizierung (16,7%) vermutlich noch unterschätzt. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen sind die Ergebnisse – trotz der erwähnten Kritikpunkte – ernst zu nehmen.

Die Ergebnisse sollten Psychotherapeuten dazu ermahnen, sich beim Diagnostizieren immer wieder bewusst zu machen: Heuristische Prinzipien und subjektive Verzerrungen sind gängige, ja menschliche „Fehler“ und Diagnostik muss immer mit Unschärfen leben. Diese zu kontrollieren und ihren Einfluss auf die Diagnosestellung möglichst auszuschließen, muss Ziel eines jeden sein, der solche Diagnosen stellt. Dies gilt ungeachtet einer möglichen generellen Diskussion um die Brauchbarkeit und Reliabilität von Diagnosesystemen wie DSM-IV und ICD-10.

Intellektuelle Fähigkeiten Jugendlicher mit früherer ADHS-Diagnose

Schürmann, S., Breuer, D., Wolff Metternich-Kaizman, T. & Döpfner, M. (2012). Intellektuelle Fähigkeiten bei Jugendlichen mit früherer ADHS-Diagnose. Zusammenhänge zu ak-

tuellen ADHS-Symptomen, Komorbidität und früherer Medikation: Ergebnisse der 8.5-Jahres-Katamnese der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie (KAMT).

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 40 (1), 51-60.

In der Literatur gibt es übereinstimmende und auch plausible

Belege für schlechtere Schulleistungen von Kindern und Jugendlichen, bei denen ADHS diagnostiziert wird oder wurde – Einflüsse auf bzw. Zusammenhänge der ADHS-Diagno-

se mit Intelligenzleistungen sind hingegen umstritten. Vor diesem Hintergrund gingen Schürmann und Kollegen folgenden Fragestellungen nach:

(1) Korreliert bei ehemaligen ADHS-Patienten die im Jugendalter gezeigte Intelligenzleistung mit der aktuellen ADHS-Symptomatik? Und (2) bestehen dabei Unterschiede zwischen ehemaligen ADHS-Patienten, die zu einem früheren Zeitpunkt eine Medikation mit Methylphenidat erhalten hatten, und jenen, die keine Medikation erhalten hatten? Die Autoren untersuchten diese Zusammenhänge im Rahmen einer 8,5-Jahres-Katamnese der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie (KAMT-Studie, Döpfner et al., 2004), deren Ziel es ist, kurz- und langfristige Effekte einer im Grundschulalter durchgeführten multimodalen (medikamentös und/oder verhaltenstherapeutisch ausgerichteten) Behandlung von Kindern mit ADHS zu überprüfen. In dieser Studie wurden 75 ADHS-diagnostizierte Kinder zwischen sechs und zehn Jahren ambulant behandelt. Zwei Kinder schieden nach einer ersten Phase des Beziehungsaufbaus aus, die verbliebenen 73 erhielten eine multimodale Behandlung (nur verhaltenstherapeutisch, nur medikamentös oder kombiniert).

Die Ausgangsstichprobe bildeten 75 Kinder, die im Alter zwischen sechs und zehn Jahren in die KAMT-Studie aufgenommen worden waren. Mit allen 75 konnte zum Katamnese-Zeitpunkt telefonisch ein halbstrukturiertes klinisches Interview durchgeführt werden. 61 von ihnen waren bereit, an-

schließend in die Klinik zu kommen und die vorgesehenen Fragebögen zu bearbeiten (N=61). Zur Sicherung der Repräsentativität der N=61 Teilnehmer ergab ein Vergleich zwischen ihnen und den 14 verweigernden Jugendlichen keine großen Unterschiede hinsichtlich des klinischen Urteils, das nach dem Interview gebildet wurde, und des jeweiligen Anteils von ihnen, die eine reguläre Schul- und Berufsausbildung absolviert hatten.

Für die N=61 Teilnehmer nahmen Schürmann und Kollegen auf der Basis der Telefoninterviews eine klinische Einschätzung der jeweiligen expansiven Symptomatik in der Familie und in der Schule/am Arbeitsplatz vor. Die Teilnehmer bearbeiteten außerdem einen Intelligenztest (Kaufman-Test zur Intelligenzmessung für Jugendliche und Erwachsene, K-TIM; Melchers, Schürmann & Scholten, 2006), bei dem sie – als ein weiteres Maß zur Einschätzung des Leistungsverhaltens – von der Erstautorin standardisiert beobachtet wurden (Beurteilungsbogen: Verhalten während der Untersuchung, VWU; Döpfner, Schürmann & Frölich, 2007).

Die wichtigsten Ergebnisse: Für den Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomatik und Intelligenzleistungen zeigten sich für die meisten der untersuchten Variablen nur sehr geringe, nicht signifikante Korrelationen. Die Hypothese, dass die aktuelle ADHS-Symptomatik schwach negativ mit der Intelligenzleistung korreliert, konnte nicht bestätigt werden. Lediglich eine Subskala des VWU (VWU-ADHS-Symptome) zeigte signifikante Korrelationen zu den Intelligenzskalen (Skala Gesamt-Intelligenz $r =$

$-.33$; sign. $p < .01$) – Jugendliche, die im klinischen Urteil als auffälliger in der ADHS-Symptomatik eingeschätzt wurden, zeigten also signifikant niedrigere Intelligenztestergebnisse. Möglicherweise konnte durch die Verhaltensbeobachtung in der Untersuchungssituation eine residuale ADHS-Symptomatik besser erfasst werden als durch globalere Beurteilungen von Eltern und Patienten selbst. Frühere Befunde (z. B. Biedermann et al., 2009), die bei persistierender ADHS geringere Intelligenzleistungen nachgewiesen haben, konnten von Schürmann und Kollegen lediglich bezogen auf das unmittelbare Testverhalten bestätigt werden.

Die Hypothese, dass sich Jugendliche, die länger als ein Jahr medikamentös mit Methylphenidat behandelt worden waren, in ihren Intelligenzleistungen nicht von jenen unterscheiden, die eine kürzere oder gar keine medikamentöse Behandlung bekommen hatten, konnte nur teilweise bestätigt werden. Auf Gesamtskalenebene konnte diese Annahme nur für die Skala kristalline Intelligenz bestätigt werden, für die Skalen Gesamtintelligenz und fluide Intelligenz zeigten die ehemals länger als ein Jahr medikamentös behandelten Jugendlichen höhere Leistungen, wobei die Effektstärken im unteren bis mittleren Bereich liegen ($d = 0.39$). Da es sich um eine Äquivalenzhypothese handelte, wurde das α -Niveau auf $p \leq .20$ für den t-Test angehoben.

Kommentar: Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen dieser Studie sind, wie es die Autoren selbst einräumen, mit großer Vorsicht zu ziehen. Die Hypothesen konnten nicht

oder nicht eindeutig bestätigt werden, für Teilergebnisse liegen die Effektstärken lediglich im unteren Bereich. Zudem besteht das große methodische Problem, dass die Studie eine Analyse von naturalistischen Verläufen ist. So gab es zum Beispiel keine Zufallsverteilung zwischen Behandlung mit und ohne Medikation, was die Aussagekraft der Ergebnisse weiter einschränkt.

Die Ergebnisse entsprechen den bisherigen unklaren Befunden zu Kurzzeiteffekten von Methylphenidat auf Intelligenzleistungen (vgl. Banaschewski & Rothenberger, 2010; Barkley, 2006).

Literatur

- Banaschewski, T. & Rothenberger, A. (2010). Pharmakotherapie mit Stimulanzien bei Kindern und Jugendlichen. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 289-307). Stuttgart: Kohlhammer.
- Barkley, R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorders. A handbook for diagnosis and treatment* (3. Ausg.). New York: Guilford.
- Biedermann, J., Petty, C. R., Ball, S. W., Fried, R., Doyle, A. E., Cohen, D., Henderson, C. & Faraone, S. V. (2009). Are cognitive deficits in attention deficit/hyperactivity disorder related to the course of the disorder? A prospective controlled follow-up study of grown up boys with persistent and remitting course. *Psychiatry Research*, 170, 177-182.

Döpfner, M., Breuer, D., Schürmann, S., Wolff Metternich, T., Rademacher, C. & Lehmkuhl, G. (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 13, 117-129.

Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2007). *Therapieprogramm für Kinder mit*

hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) (4. Aufl.). Weinheim: Beltz, PVU.

Melchers, P., Schürmann, S. & Scholten, S. (2006). *Kaufman-Test zur Intelligenzmessung für Jugendliche und Erwachsene (K-TIM)*. Leiden: PITS.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.



Nina Rehbach, Dipl.-Psych., ist Wissenschaftliche Referentin der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen

Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und hauptamtliche Redakteurin des *Psychotherapeutenjournals*.

Dipl.-Psych. Nina Rehbach

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
rehbach@ptk-bayern.de

Buchrezension

Bründel, H. (2011). Sexuelle Gewalt in schulischen Institutionen – Hintergrund, Analysen, Prävention. Frankfurt a. M.: Verlag für Polizeiwissenschaft. 254 Seiten. 24,90 €.

Sara Jahnke

Mit dem vorliegenden Buch hat es sich die Schulpsychologin Heidrun Bründel zum Ziel gesetzt, über das Auftreten, die Bedingungen und die Folgen von sexuellem Missbrauch an Schulen und Internaten zu berichten. Der Text richtet sich vor allem an die interessierte Öffentlichkeit. Im Zentrum steht dabei die Missbrauchsdebatte 2010. Über die Chronologie, Rezeption und Bedeutung der Ereignisse wird ausführlich berichtet. Erinnern wir uns: Zu Beginn des Jahres 2010 gab der Leiter des Canisius-Kollegs in Berlin, Pater Mertes, bekannt, dass es in der Vergangenheit an seiner Schule eine Vielzahl von sexuellen Missbrauchsdelikten gegeben hat. Dies löste eine Welle weiterer Enthüllungen aus. Menschen, die in Kinderheimen, Sporteinrichtungen, privaten Schulen usw. Opfer wurden, brachen öffentlich ihr oft jahrzehntelanges Schweigen und sensibilisierten Medien und Öffentlichkeit für das Tabuthema. Die Autorin hat den Anspruch, „die Aufmerksamkeit auf Prozesse zu lenken, die den Missbrauch möglich gemacht haben“ (S. 12). Die Thematik ist für Psychotherapeuten nur mittelbar relevant. Wenn sie jedoch Missbrauchspatienten behandeln, liefert dieses Buch spezifische Hintergrundinformationen.

Bründel geht davon aus, dass es keine monokausalen Erklärungen für das Phänomen sexueller Missbrauch geben kann. In den einzelnen, sehr gut strukturierten Kapiteln setzt sie sich daher sowohl mit institutionellen/strukturellen Faktoren als auch mit Aspekten der Täterpersönlichkeit ausein-

ander. Akribisch trägt sie Informationen aus psychologischen, forensischen und medialen Quellen zusammen und entwickelt daraus ein facettenreiches Bild. Die Leser werden umfangreich informiert über Gewalt- und Machtstrukturen in schulischen Einrichtungen und der Kirche, verschiedene Missbrauchsdefinitionen und ihre Prävalenzschätzungen, psychologische Erklärungsmodelle für das Täterverhalten und die Folgen für die Opfer. Verbreitete Fehlannahmen wie die, dass die Zahl sexueller Missbrauchsfälle kontinuierlich ansteigen würde, werden mit Blick auf die Kriminalstatistik korrigiert. Erfreulicherweise macht Bründel ebenfalls deutlich, dass Pädophilie als sexuelles Interesse an Kindern nicht zwangsläufig zu Kindesmissbrauch führt und nicht alle Missbrauchstäter pädophil sind. Das Buch endet mit einer interessanten Darstellung der Initiativen der Bundesregierung, präventiv tätig zu werden.

Doch die Autorin berichtet nicht nur, sie bezieht auch Stellung. Was sich dabei auf Meinung und was sich auf empirisch fundiertes Wissen stützt, ist für den Leser nicht immer nachvollziehbar. Dies ist besonders dann problematisch, wenn bestehende Vorurteile entgegen anderslautender empirischer Evidenz wiedergegeben werden. Die Aussage „Missbrauch hat Suchtcharakter. Kein Täter hört freiwillig auf.“ (S. 97) ist mit Blick auf den regen Zustrom, den Präventionsprojekte wie das Berliner Dunkelfeldprojekt für potenzielle oder ehemalige Täter zu verzeichnen ha-

ben, nicht haltbar. Weiterhin vertritt Bründel die These, dass vor allem in Institutionen, in denen strenge, rigide Einstellungen gegenüber Sexualität vorherrschen (Kirche) oder in sexual-liberalen, reformpädagogischen Einrichtungen (z. B. Odenwaldschule) Missbrauch begünstigt wird. Zwar gesteht die Autorin durchaus ein, dass alle Antworten in Bezug auf Missbrauch in schulischen Einrichtungen aufgrund der mangelhaften empirischen Basis nur vorläufig sein können; der pauschal anklagende Tonfall gegenüber den Einrichtungen mag dennoch (oder gerade deshalb) bei manchen Lesern einen bitteren Beigeschmack hinterlassen.

In den besten Abschnitten des Buches gelingt es Bründel, den komplexen Forschungsstand zum Thema Missbrauch für ein Laienpublikum verständlich wiederzugeben. In dieser einfachen Zugänglichkeit und thematischen Breite liegt Bründels größte Leistung. Das Buch ist geeignet für Leser, die sich über die jüngst bekannt gewordenen Missbrauchsfälle informieren möchten oder eine Einstiegslektüre zum Thema sexueller Missbrauch suchen. Dabei sollten jedoch vor allem ihre Abhandlungen zu kirchlichen und reformpädagogischen Institutionen eher als engagierter Diskussionsbeitrag denn als faktengestützte Analyse des dortigen Missbrauchsgeschehens verstanden werden.

*Dipl.-Psych. Sara Jahnke
Dresden*

Bundesweite Studie zur Situation angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

BPTK bittet um breite Unterstützung und Mitwirkung der Angestellten

Obwohl es den Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) nun bereits seit über zehn Jahren gibt, sind die beiden Berufsgruppen im Angestelltenbereich nur selten gemäß ihrer Qualifikation verankert:

- sie sind in Stellenplänen oft nicht enthalten,
- es fehlen eindeutige Beschreibungen von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten gerade auch in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen und
- es fehlen definierte Aufstiegsmöglichkeiten und die Möglichkeit zur Übernahme von Leitungsfunktionen.


Um die Interessen der angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten politisch besser vertreten zu können, ist eine belastbare empirische Datenbasis Voraussetzung. Aktuell ist dies beispielsweise besonders relevant, da die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in den Krankenhäusern durch Empfehlungen zur Strukturqualität ersetzt werden soll. Dies ist eine historische Chance, den Beruf des Psychotherapeuten, der in der Psych-PV nicht berücksichtigt ist, im Personalportfolio der Krankenhäuser zu verankern. Eine verbesserte Datenlage kann die Interessenvertretung auch in anderen Bereichen, z. B. bei den Beratungsstellen, unterstützen.

Vor diesem Hintergrund plant die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) im Februar 2013 eine bundesweite Befragung aller Angestellten. Diese wird anonym in Zusammenarbeit mit dem renommierten IGES-Institut durchgeführt. Ziel ist es, eine Bestandsaufnahme zu den beruflichen Positionen, Tätigkeitsspektren, (Führungs-)Aufgaben und Funktionen in den jeweiligen Institutionen sowie Angaben zur psychotherapeutischen Versorgungssituation zu erhalten. Die Befragung wird einen allgemeinen Teil für alle angestellten PP und KJP sowie einen spezifischen Teil für verschiedene Tätigkeitsfelder enthalten.

Aktuell diskutieren Vertreter der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundesausschüsse „Psychotherapeuten in Institutionen“, „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ sowie „Zukunft der Krankenhausversorgung“ in zwei Workshops das Konzept und die Inhalte der Befragung. Ausgewählte Vertreter der angestellten PP und KJP werden über ein Review-Panel und einen Pretest im Januar die abschließende Qualitätssicherung der Befragung gewährleisten.

Um möglichst repräsentative Ergebnisse zu erhalten, sind wir auf eine hohe Teilnahmequote angewiesen. Wir bitten Sie daher, möglichst zahlreich an der Befragung teilzunehmen. Die Befragung wird im Februar 2013 stattfinden. Hierfür sendet Ihnen Ihre Landespsychotherapeutenkammer ein Schreiben mit weiteren Informationen zu.

**Für Ihre Unterstützung und Mitwirkung
möchten wir uns schon vorab herzlich bedanken.**



Prof. Dr. Richter
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

21. Deutscher Psychotherapeutentag

Am 10. November 2012 fand in Düsseldorf der 21. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) statt. Gesundheitspolitische Schwerpunktthemen waren das neue Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik sowie die anstehende Reform der Bedarfsplanung. Intensiv diskutierte der DPT die Perspektiven der Ausbildung zum Psychotherapeuten. Neben eindeutigen Voten für eine Reform der postgradualen Ausbildung waren im DPT auch Stimmen zu hören, die dafür warben, die Option einer Direktausbildung zu prüfen und damit die Debatte um die Zukunft der Psychotherapeutenausbildung wieder zu öffnen.

Frau Monika Konitzer eröffnete als Präsidentin der gastgebenden Landespsychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (NRW) den 21. Deutschen Psychotherapeutentag. Für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter begrüßte Staatssekretärin Marlis Bredehorst die Delegierten in Düsseldorf. Sie bekräftigte die Ausführungen von Frau Konitzer, dass der Erhalt und die Förderung psychischer Gesundheit Kernanliegen der



v. r. Marlis Bredehorst, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW Staatssekretärin und Monika Konitzer, Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer NRW

Gesundheitspolitik in NRW seien, genauso wie die angemessene Behandlung psychisch kranker Menschen. Für das Ministerium stehe fest, dass eine Reform der Bedarfsplanung die Versorgung im Ruhrgebiet verbessern müsse.

Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik – kein Moratorium!

Die nächste Phase für das neue Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) muss per Ersatzvornahme in Kraft gesetzt werden. Die gemeinsame Selbstverwaltung konnte sich nicht auf den Vorschlag für den PEPP-Entgeltkatalog des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhausbereich (InEK) einigen. Anders als die meisten psychiatrischen Fachverbände hat die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) von Beginn an für den Einstieg in das neue Entgeltsystem auf der Basis des Entgeltkatalogs geworben. Das Entgeltsystem biete, erläuterte Professor Dr. Rainer Richter im Bericht des Vorstands, grundsätzlich die Chance zu einer stärker psychotherapeutisch ausgerichteten Versorgung. Viele der von anderen vorgetragenen Kritikpunkte am neuen Entgeltsystem seien aus Sicht der Psychotherapeuten fachlich nicht nachvollziehbar.

Neuregelung der Fortbildungspflicht von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Krankenhaus

Am 18. Oktober 2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Neufassung der Regelung zur Fortbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Krankenhaus beschlossen, welche zum 1. Januar 2013 in Kraft tritt. Damit wird die Fortbildungspflicht von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach der neuen Regelung erstmalig im Kontext der Erstellung der Qualitätsberichte Ende 2013 überprüft werden.

Die größte Änderung gegenüber der bisherigen Regelung besteht darin, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten künftig stets über ein aktuelles Fortbildungszertifikat (d. h. nicht älter als fünf Jahre) der Landespsychotherapeutenkammer verfügen müssen und nicht – wie bisher – erst nach fünf Jahren Tätigkeit im Krankenhaus. Im Krankenhaus tätige neuapprobierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen das Fortbildungszertifikat erstmals fünf Jahre nach ihrer Approbation vorlegen. Ausführliche Informationen zur Neuregelung finden sich unter www.bptk.de.



21. Deutscher Psychotherapeutentag

Herr Prof. Richter stellte klar: **Der PEPP-Entgeltkatalog ist KEIN fallbezogenes Abrechnungssystem wie das DRG-System.** Bei den PEPP-Entgelten handelt es sich um Tagespauschalen, d. h. es wird weiterhin jeder Tag vergütet, den ein Patient im Krankenhaus verbringt. Die Tagespauschalen unterscheiden sich von den bisherigen Tagespflegesätzen nur darin, dass sie – je nach Aufwand – unterschiedlich hoch sein können. Damit wird es zum ersten Mal möglich, besonders aufwändige, hochkomplexe Behandlungen, wie z. B. die 1:1 Betreuung oder spezialisierte Psychotherapieprogramme, deren Kosten weit über den üblichen Tagespflegesätzen liegen können, angemessen zu vergüten.

Degressive Tagesentgelte setzen keine Fehlanreize: Der degressive Kostenverlauf ist eine Abbildung der Realität in den Kalkulationshäusern. Die Behandlungskosten sind zu Beginn eines stationären Aufenthaltes besonders hoch. Ein System mit einheitlichen Vergütungssätzen pro Tag würde Kurzlieger massiv unterfinanzieren und Langlieger in den Bereichen der hohen Verweildauern übervergüten. Einheitliche Vergütungsstufen würden also Anreize zu unnötig langen Verweildauern setzen.

Die veraltete Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wird durch Empfehlungen zur Strukturqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern ersetzt. Dies bietet end-

lich die Chance, die über 20 Jahre alte Psych-PV durch Vorgaben zu ersetzen, die sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren und daher eine stärker psychotherapeutische Ausrichtung ermöglichen werden. Die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten waren in der Psych-PV noch nicht verankert.

Vor diesem Hintergrund hat sich die BpTK bei der Anhörung im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 12. November 2012 für eine Ersatzvornahme des BMG ausgesprochen.

Angestelltenbefragung

Dr. Dietrich Munz erläuterte die Planung einer bundesweiten Angestelltenbefragung. Die BpTK werde gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern Anfang des Jahres eine Befragung aller angestellten Psychotherapeuten durchführen. Im stationären Bereich diene dies dazu, sich adäquat an der Entwicklung der Empfehlungen zur Strukturqualität psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen beteiligen zu können.

Alle angestellten Psychotherapeuten, so z. B. die Psychotherapeuten in der Kinder- und Jugendhilfe, in den Rehabilitationseinrichtungen genauso wie im Strafvollzug oder in anderen Tätigkeitsfeldern, sollen um Auskunft gebeten werden, damit künftig sowohl die Landespsychotherapeuten-

kammern als auch die BpTK ihre politische Arbeit in den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern empirisch besser fundieren können.

Reform der Bedarfsplanung: Psychisch kranke Menschen müssen weiterhin warten

Mit Betroffenheit nahmen die Delegierten des 21. DPT den Bericht des Vorstandes zu den Plänen des G-BA zur Kenntnis. Während sich die Versorgung psychisch kranker Menschen auf dem Land verbessern dürfte, drohe, so berichtete Frau Monika Konitzer, eine Verschlechterung in allen anderen Gebieten. Den voraussichtlich zusätzlichen 1.150 Niederlassungen in ländlichen Regionen stünden bis zu 6.200 Praxissitze vor allem in Kreis- und Großstädten gegenüber, die stillgelegt werden könnten, wenn Psychotherapeuten ihren Praxissitz abgeben wollten und dieser nicht mehr neu vergeben, sondern von den Kassenärztlichen Vereinigungen aufgekauft werde.

Der G-BA habe für seine Arbeit handfeste Vorgaben durch den Bewertungsausschuss erhalten, erläuterte Konitzer. Der Bewertungsausschuss, eigentlich für Vergütungsfragen zuständig, habe in diesem Jahr Bedarfsplanung betrieben. Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung sei die extrabudgetäre Vergütung der Psychotherapeuten ein zentrales Ziel gewesen. Wachsende Ausgaben für Psychotherapie sollten keinesfalls zulasten der anderen Arztgruppen gehen. Die Krankenkassen hätten das Angebot dankend angenommen, da sie eine Begrenzung des Zuwachses an psychotherapeutischen Praxen auf dem Land durchsetzen und gleichzeitig den verstärkten Abbau von Praxen in Kreis- und Großstädten hätten ermöglichen können.

Bedarfsplanung nicht nach sachgerechten Kriterien

Der Bewertungsausschuss habe damit der Entscheidung des G-BA vorgegriffen, der gesetzlich eigentlich beauftragt sei, nach sachgerechten Kriterien die Grundlagen für eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung zu schaffen. Gute Nachrichten gebe es nur für die Menschen in ländlichen Regionen. In den meisten an-

deren Regionen würden die Vorgaben der Bedarfsplanung so verändert, dass die ausgewiesene Überversorgung sich noch einmal erhöhe. Circa 6.200 Praxissitze sollten nun abbaubar sein, obwohl in Deutschland psychisch kranke Menschen durchschnittlich 12,5 Wochen auf ein erstes Gespräch mit einem niedergelassenen Psychotherapeuten warteten.

Auf der Strecke bleibe dabei eine Bedarfsplanung nach sachgerechten Kriterien. 1999 seien – erinnerte Konitzer – gravierende Planungsfehler bei der Bestimmung der notwendigen Anzahl von Psychotherapeuten gemacht worden. Man habe als Ausgangsjahr der Berechnungen das Jahr 1999 gewählt, obwohl es den Heilberuf des Psychotherapeuten überhaupt erst seit dem 1. Januar 1999 gegeben habe und obwohl klar gewesen sei, dass längst noch nicht alle Zulassungsverfahren von Psychotherapeuten abgeschlossen seien. Man habe als Grundlage Gesamtdeutschland und nicht wie bei den anderen Arztgruppen Westdeutschland genommen, was zusammen mit dem falschen Ausgangsjahr dazu geführt habe, dass bis heute rund 4.000 Psychotherapeuten im deutschen Gesundheitssystem fehlten.

Der DPT forderte einstimmig, die Versorgung von körperlich und seelisch kranken Menschen nach den gleichen Kriterien zu planen. Was für die Berechnung der Anzahl der Ärzte gegolten habe, müsse auch für die Berechnung der Anzahl der Psychotherapeuten gelten. Verantwortungsvolle Politik könne Fehler korrigieren. Versorgungspolitik sei mehr als eine Vergütungsfrage. Eine Politik, die die Behandlung psychisch kranker Menschen ernst nehme, müsse die Wartezeiten deutlich verkürzen.

Versorgungsorientierte Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinien

Eine versorgungsorientierte Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinien, so berichtete Frau Andrea Mrazek für den Vorstand der BPTK, sei dringend notwendig. Als Beispiel nannte sie die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie. Die internationale NICE-Leitlinie empfehle für diese Patienten Psychotherapie in allen Phasen der

Erkrankung. Die Psychotherapie-Richtlinien geben jedoch vor, dass Psychotherapie nur dann zulässig sei, wenn eine psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik einer psychotischen Erkrankung vorliege. Diese Regelung der Psychotherapie-Richtlinien sei schon seit langem nicht mehr „state of the art“ und dringend reformbedürftig.

Ein weiteres Beispiel für die Reformbedürftigkeit sei die Versorgung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Es gebe evidenzbasierte verhaltenstherapeutische sowie psychodynamische Behandlungsansätze. Die Psychotherapie-Richtlinien böten jedoch nicht den adäquaten Rahmen für ihre Anwendung. Bei psychodynamischen Verfahren sei die notwendige Kombination von Einzel- und Gruppentherapie nicht gestattet. Insgesamt seien die in den Psychotherapie-Richtlinien vorgesehenen Kontingente nicht auf den Versorgungsbedarf von Patienten mit Borderline-Störungen zugeschnitten. Schon dieser Punkt mache, so Frau Mrazek, deutlich, dass es bei einer Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien nicht um pauschale Kürzungen der Kontingente der Verfahren gehen könne. Man brauche einen versorgungs- und indikationsbezogenen Ansatz. Vor allem müsse man die Ergebnisse der Überprüfung der Richtlinien-Psychotherapie abwarten. Als erste Maßnahme schlage die BPTK vor, die Diskussion um eine Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens voranzutreiben. Dazu plane sie Round-Table-Gespräche. Für die weitere Debatte um die Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinien solle es spezifische Workshops geben, die eine intensive Debatte innerhalb der Profession erlauben sollten. Sie vertraue auf die Bereitschaft der Psychotherapeuten, die Versorgung zu verbessern, und gehe im Übrigen davon aus, dass der Bewertungsausschuss hier nicht wie in der Bedarfsplanung, die Arbeit des G-BA übernehme.

Perspektiven der Ausbildung – Diskussion um Direktausbildung eröffnet

Nach einer thematischen Einführung von Herrn Peter Lehndorfer berichtete Herr Dr. Volker Grigutsch, Ministerialdirigent im BMG, den Delegierten über die Pläne des



Dr. Volker Grigutsch, Ministerialdirigent im Bundesministerium für Gesundheit

BMG zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Das BMG werde in den nächsten Monaten gemeinsam mit den Bundesländern die Option einer Direktausbildung prüfen. Er sicherte den Delegierten zu, dass dies eine ergebnisoffene Prüfung sei. Auch der Vorschlag der BPTK zur Reform der postgradualen Ausbildung werde in Erwägung gezogen. Herr Dr. Grigutsch betonte, dass es keine Reform der Ausbildung gegen den Berufsstand geben werde. Er machte aber auch deutlich, dass man mit einer schnellen Novellierung nicht rechnen dürfe. Es seien sowohl verfassungsrechtliche Fragen zu klären als auch der Kontext zu der Aus- und Weiterbildung anderer akademischer Heilberufe zu beachten. Herr Dr. Grigutsch stellte klar, dass das BMG innerhalb einer Reform der postgradualen Ausbildung keinen Raum für Modellvorhaben zu einer Direktausbildung sehe. Modellvorhaben seien innerhalb einer Ausbildungsstruktur denkbar, aber nicht über die bestehenden Ausbildungsstrukturen hinaus möglich. Eine Direktausbildung als Modellvorhaben im Rahmen einer Reform der postgradualen Ausbildung gehe deutlich über die Variation innerhalb einer grundlegenden Struktur hinaus.

Dem hielten die Delegierten des DPT die Beschlüsse des 16. und 17. DPT zur Re-

form der postgradualen Ausbildung entgegen. Sie bedauerten, dass die dringlichen Probleme in der Psychotherapie, wie die katastrophale finanzielle Lage der Psychotherapeuten in Ausbildung während der Praktischen Tätigkeit und die Gefahr für die Qualität durch den Zugang zur Psychotherapieausbildung über Bachelorabschlüsse, weiter ungelöst blieben. Andererseits sprachen mehrere Delegierte sich dafür aus, dass die Profession sich intensiver mit der Option einer Veränderung der Ausbildungsstruktur beschäftigt. In den ursprünglichen Debatten zur Reform der Ausbildung hatte die Profession fast einstimmig gegen eine Direktausbildung votiert. Nun zeigten einige Delegierte die Bereitschaft, sich mit den Chancen

und Risiken einer Direktausbildung zu befassen.

Ausbau der Weiterbildungsordnung prüfen

Der DPT beschloss mit großer Mehrheit, die Muster-Weiterbildungsordnung um den Bereich der Gesprächspsychotherapie zu ergänzen. Die Kommission „Zusatzqualifizierung“ hatte hierzu den Delegierten, dem Auftrag des 20. DPT entsprechend, einen fachlichen Regelungsentwurf vorgelegt. Die Muster-Weiterbildungsordnung der BPTK enthält damit Vorgaben für eine Weiterbildung in den Bereichen Klinische Neuropsychologie, systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie. Mit großer Mehrheit

beauftragten die Delegierten des 21. DPT zudem die Kommission „Zusatzqualifizierung“, anhand von Leitlinien und empirischen Daten weitere Bereiche zu prüfen, die sich für Weiterbildungsgänge zur Erlangung einer Zusatzbezeichnung für eine psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Krankheiten eignen. Hierbei sollen insbesondere fachliche, versorgungsbezogene und gesundheitspolitische Gesichtspunkte Berücksichtigung finden.

Haushalt 2013 beschlossen

Der DPT entlastete einstimmig den Vorstand für das Haushaltsjahr 2011 und verabschiedete ebenfalls einstimmig den Haushalt für das Jahr 2013.

Borderline-Patienten psychotherapeutisch behandeln – BPTK-Symposium „Gute Praxis Psychotherapeutische Versorgung“



Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gilt als komplexe und schwerwiegende psychische Erkrankung, die häufig chronisch verläuft, wenn sie nicht rechtzeitig behandelt wird. Wie wirksam Psychotherapie zur Behandlung dieser Erkrankung ist und welche guten Versorgungsmodelle es bereits gibt, war Thema des BPTK-Symposiums.

Dank der Entwicklung spezifischer Psychotherapieansätze seit Anfang der 90er Jahre ist die BPS heute gut behandelbar.

Evidenzbasierte Psychotherapie

Evidenzbasierte verhaltenstherapeutische Methoden sind die Schematherapie und die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). Zu den evidenzbasierten psychodynamischen Therapieansätzen gehören die mentalisierungsbasierte und die übertragungsfokussierte Therapie.

DBT-Netzwerk Berlin

Ein Beispiel für eine gute ambulante Versorgung ist das Borderline Netzwerk Berlin. Im Borderline Netzwerk arbeiten derzeit 30 Psychotherapeuten mit.

Der Behandlungsbedarf in Berlin kann damit aber bei Weitem nicht gedeckt werden. Jeder Therapeut des Netzwerkes hat täglich mindestens drei Behandlungsanfragen. Wenn man von einer Prävalenzrate von 1,1 Prozent ausgeht, bedeutet das allein in Berlin 14.000 bis 15.000 Patienten

mit einer BPS, die zeitgleich zu versorgen sind. Ihnen stehen 2.000 zugelassene Psychotherapeuten gegenüber.

Rahmenbedingungen ändern

Um die Versorgung von Patientinnen mit BPS zu verbessern, sind deshalb auch Änderungen an den Rahmenbedingungen notwendig. Die Behandlung erfordert in der Regel eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, sowie eine deutlich längere Behandlungsdauer als sie laut Psychotherapie-Richtlinien vorgesehen ist. Weiterhin ist eine Flexibilisierung der Behandlungsbedingungen erforderlich, um z. B. Krisen aufzufangen oder eine langfristige Erhaltungstherapie anbieten zu können.

Einen ausführlichen Bericht sowie Informationen zu den weiteren Veranstaltungen, finden Sie auf unserer Homepage unter: www.bptk.de.

Reform der Sicherungsverwahrung

Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 17. Dezember 2009 und 13. Januar 2011 sowie das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 4. Mai 2011 haben den Ge-

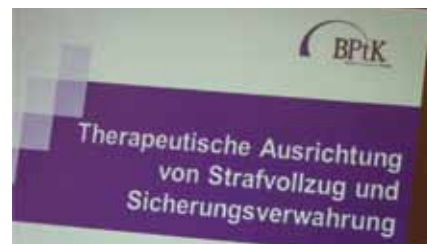
setzgeber verpflichtet, die gesetzlichen Regelungen zur Sicherungsverwahrung unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen grundsätzlich zu reformieren. Die Gerichte haben dabei ange-

mahnt, dass hierbei ein freiheitsorientiertes und therapiegerichtetes Gesamtkonzept der Sicherungsverwahrung zugrunde zu legen ist und die verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen, der im Urteil des BVerfG ausge-

führten sieben „Gebote“, zu beachten sind. Dem Bundesgesetzgeber ist dabei die Aufgabe zugewachsen, die wesentlichen Leitlinien für die Ausgestaltung der Sicherungsverwahrung vorzugeben, um damit sicherzustellen, dass die konzeptionelle Ausrichtung der Sicherungsverwahrung nicht durch Landesrecht unterlaufen werden kann.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) lud am 17. Oktober 2012 in Berlin zu der Veranstaltung „Therapeutische Aus-

richtung von Strafvollzug und Sicherungsverwahrung“ ein. Dabei wurden die Auswirkungen des Gesetzentwurfs, der am 14. Juni 2012 von der Bundesregierung in den Deutschen Bundestag eingebracht wurde, auf die künftige Ausgestaltung der Betreuungs- und Behandlungsangebote in den Einrichtungen des Strafvollzugs und der Sicherungsverwahrung diskutiert. Der Gesetzentwurf wurde inzwischen am 8. November 2012 vom Deutschen Bundestag beschlossen.



Einen ausführlichen Bericht zum BPTK-Symposium der BPTK „Therapeutische Ausrichtung von Strafvollzug und Sicherungsverwahrung“ finden Sie unter www.bptk.de.

Muster-Weiterbildungsordnung – Aufnahme des Bereichs Gesprächspsychotherapie

Der 21. Deutsche Psychotherapeutentag hat am 10. November 2012 beschlossen, die Gesprächspsychotherapie als III. Bereich in Abschnitt B der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer aufzunehmen.

III. Gesprächspsychotherapie

Vorbemerkung

Die Gesprächspsychotherapie ist gemäß § 2 Satz 1 Nr. 1 ein Bereich der Muster-Weiterbildungsordnung. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG hat in seinem Gutachten zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie vom 16. September 2002 auf der Basis der Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in vier Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen die Zulassung der Gesprächspsychotherapie für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten empfohlen. Zugleich hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in diesem Gutachten dargelegt, dass die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Psychotherapieverfahren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bislang für keinen Anwendungsbereich der Psychotherapie festgestellt worden ist. Daher beschränkt sich die Möglichkeit der Weiterbildung in dem Bereich Gesprächspsychotherapie nach dieser Muster-Weiterbildungsordnung auf die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und bezieht sich dabei ausschließlich auf die Anwendung der Gesprächspsychotherapie in der Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen.

1. Definition

Die Gesprächspsychotherapie – auch als „Klientenzentrierte Psychotherapie“ oder „Personenzentrierte Psychotherapie“ bekannt – ist ein Psychotherapieverfahren, das gestörte Selbstregulationsprozesse behandelt, die durch Inkongruenzen ausgelöst oder aufrechterhalten werden und zur Ausbildung von krankheitswertigen Symptomen und Verhaltensmustern führen. Inkongruenzen als Fokus der Behandlung in der Gesprächspsychotherapie entstehen durch einen jeweils spezifischen Mangel in der Übereinstimmung von Prozessen der aktuellen Erfahrung und der Selbstwahrnehmung sowie zwischen verinnerlichten Werten und

dem Selbstkonzept. Erfahrung (experience) ist hierbei ein weit gefasster Begriff, der alles einschließt, was in einem gegebenen Moment in einem Menschen vor sich geht und spürbar werden kann.

2. Weiterbildungsziel

Ziel der Weiterbildung im Verfahren Gesprächspsychotherapie ist die Erlangung der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sowie nach Bestehen der vorgeschriebenen Prüfung.

3. Bestandteile der Weiterbildung und Weiterbildungszeit

Die Weiterbildung erstreckt sich über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Die Weiterbildung besteht aus folgenden Inhalten:

- Mindestens 240 Stunden theoretische Weiterbildung
- Mindestens 240 Stunden praktische Weiterbildung
- Mindestens 65 Stunden Selbsterfahrung:
 - davon jeweils mindestens 25 Stunden Einzelselbsterfahrung (Lehrtherapie) und Gruppenselbsterfahrung
- Mindestens 60 Stunden Supervision

4. Weiterbildungsinhalte

4.1 Theoretische Weiterbildung (mindestens 240 Stunden)

Die theoretische Weiterbildung umfasst die curriculare Vermittlung der folgenden Inhalte:

4.1.1 Grundlagen der Gesprächspsychotherapie (mindestens 72 Stunden)

- Grundbegriffe der Gesprächspsychotherapie
- Allgemeine und spezielle Krankheits- und Störungslehre der Gesprächspsychotherapie, Ätiologie und Pathogenese
- Theorie und Praxis des geschäftspsychotherapeutischen Behandlungskonzepts, Aufbau und Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung, Verwirklichung der geschäftspsychotherapeutischen Grundprinzipien
- Theorie und Praxis der Diagnostik, Anamnese, Indikationsstellung, Prognose und des Behandlungsplans auf geschäftspsychotherapeutischer Grundlage

- Indikations-, Prozess- und Veränderungsdiagnostik (Evaluation) und Dokumentation in der Gesprächspsychotherapie
- Probatorische Sitzungen, Antragstellung und Berichterstattung in der ambulanten Gesprächspsychotherapie

4.1.2 Theorie und Praxis geschäftspsychotherapeutischer Methoden (mindestens 72 Stunden)

Erlebniszentrierte Methoden:

- Experiencielle Psychotherapie (z. B. Gendlin, Wiltschko)
- Focusing (z. B. Bommert & Dahlhoff, Gendlin, Wiltschko)
- Prozess-Erlebniszentrierte Psychotherapie (z. B. Elliott)
- Emotion-Focused Therapy (Greenberg)
- Erfahrungsaktivierende Methoden:
- Körperarbeit (z. B. Korbei, Teichmann-Wirth, Kern)
- Traumarbeit (z. B. Finke, Lemke)
- Expressive Kunsttherapie (z. B. Rogers, Welwka)

Differenzielle Methoden:

- Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (Sachse)
- Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie (Swidens)
- Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie (z. B. Sachse, Binder & Binder, Finke, Teusch, Tscheulin)
- Differenzielle inkongruenzbezogene Methoden (Speierer)

4.1.3 Rahmenbedingungen und Settings (mindestens 40 Stunden)

Rahmenbedingungen der Psychotherapie, verschiedene Behandlungssettings (Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapie im ambulanten, teilstationären und stationären Rahmen), störungsspezifische Behandlungsplanung (Setting, Struktur, Dauer), Gestaltung des Behandlungsbeginns und des Abschlusses

4.1.4 Gesprächspsychotherapeutische Kriseninterventionen und Behandlungen im Rahmen der Notfallpsychologie (mindestens 16 Stunden)

4.1.5 Kasuistiken, Fallseminare (mindestens 40 Stunden)

4.2 Praktische Weiterbildung (mindestens 240 Stunden)

Die praktische Weiterbildung umfasst mindestens 240 Behandlungsstunden unter kontinuierlicher Supervision. Fünf Behandlungsfälle sind ausführlich zu dokumentieren.

Es ist zu gewährleisten, dass die Weiterbildungsteilnehmer über ein breites Spektrum von krankheitswertigen Störungen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit Gesprächspsychotherapie erwerben.

Die schriftlichen Falldokumentationen als Abschluss der Weiterbildung sollen wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen, die Diagnostik, Indikationsstellung und Ergebnisevaluation einschließen, ein ätiopathogenetisch orientiertes Verständnis der Erkrankung darlegen sowie den Behandlungsverlauf und die Behandlungsmethodik in Verbindung mit der Theorie darstellen.

4.3 Supervision (mindestens 60 Supervisionsstunden)

Die Supervision dient der Reflexion und Verbesserung der diagnostischen und indikativen Entscheidungen sowie des psychotherapeutischen Handelns. Neben der Kontrolle der Umsetzung des theoretischen Wissens und der Qualität der praktischen Fertigkeiten geht es auch um die Auseinandersetzung mit dem persönlichen Psychotherapiestil der Weiterbildungsteilnehmer sowie mit ihren individuellen Handlungs- und Beziehungsmustern.

Während der Weiterbildung sind Ausschnitte aus mindestens 15 Behandlungsstunden in der Supervision vorzustellen. Diese sollen von mindestens fünf verschiedenen Behandlungsfällen stammen.

4.4 Selbsterfahrung (mindestens 65 Stunden)

Die Selbsterfahrung bietet den Weiterbildungsteilnehmern die Möglichkeit zur individuellen Erfahrung von und mit geschäftspsychotherapeutischen Beziehungsangeboten. Sie dient insbesondere der Reflexion von Einstellungen, Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften der Weiterbildungsteilnehmer, die für eine effiziente

gesprächspsychotherapeutische Tätigkeit bedeutsam sind und soll deren Entwicklung durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie fördern.

5. Zeugnisse, Nachweise und Prüfungen

Dem Antrag auf Anerkennung der Weiterbildung nach § 10 der Muster-Weiterbildungsordnung sind beizufügen:

- Zeugnisse und Bescheinigungen über die abgeleitete Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte entsprechend § 9 der Muster-Weiterbildungsordnung
- Dokumentation von fünf Falldarstellungen (siehe 4.2)

6. Weiterbildungsbefugnis

Die Weiterbildungsbefugnis kann für einzelne oder mehrere Teile der Weiterbildung erteilt werden, sofern die Voraussetzungen gemäß § 6 Absatz 4 sowie die im Folgenden genannten, spezifischen Voraussetzungen erfüllt sind.

6.1 Zur Weiterbildung Befugte

Voraussetzungen für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für den Weiterbildungsteil Praktische Tätigkeit sind:

- Approbation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- eine abgeschlossene, von der Kammer anerkannte Aus-/Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie
- eine mindestens fünfjährige psychotherapeutische Tätigkeit in dem Bereich Gesprächspsychotherapie
- eine mindestens dreijährige Tätigkeit als Dozent/Dozentin in dem Bereich Gesprächspsychotherapie
- Tätigkeit an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte
- kontinuierliche Fortbildung in Gesprächspsychotherapie
- persönliche Eignung

6.2 Befugnis für den Weiterbildungsteil Supervision und Selbsterfahrung

Voraussetzungen für die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis für den Weiterbildungsteil Supervision und Selbsterfahrung sind:

- Approbation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- eine abgeschlossene, von der Kammer anerkannte Aus-/Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie
- eine mindestens fünfjährige psychotherapeutische Tätigkeit im Bereich Gesprächspsychotherapie
- eine mindestens dreijährige Tätigkeit als Dozent/Dozentin in dem Bereich Gesprächspsychotherapie
- kontinuierliche Fortbildung im Bereich Gesprächspsychotherapie
- die persönliche Eignung

6.3 Weiterbildungsstätten

Voraussetzung für die Zulassung einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 der Muster-Weiterbildungsordnung ist die geschäftspsychotherapeutische ambulante oder stationäre Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen von Krankheitswert. Kliniken mit Beschränkung auf die Behandlung bestimmter Störungen und niedergelassene Psychotherapeuten, die von der Kammer zur Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie befugt wurden, können bei Nachweis der übrigen Kriterien eine eingeschränkte Weiterbildungsbefugnis erhalten. Institutionen oder Einzelpersonen, die einzeln nicht die Kriterien einer vollen Befugnis erfüllen, können sich zum Zwecke der Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie in Verbänden zusammenschließen. Diese Zusammenschlüsse können dann zugelassen werden, wenn es den Weiterbildungskandidaten möglich ist, alle durch die Weiterbildung festgeschriebenen Inhalte nachzuweisen.

7. Übergangsregelungen

Übergangsregelungen gelten entsprechend § 15 des Abschnitts A der Muster-Weiterbildungsordnung.

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 dem zu Ende gehenden Jahr wurden für uns Psychotherapeuten wichtige Themen diskutiert und auch wichtige Entscheidungen getroffen. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung und Bedarfsplanung ist, wie wir mehrfach berichteten, ein Problem. Als Kammer haben wir immer wieder gegenüber Politik und Presse auf die Versorgungslücken hingewiesen, die in langen und unzumutbaren Wartezeiten zum Ausdruck kommen. Nun vereinbarten KBV und Krankenkassen die sog. Ausbudgetierung, d. h. Trennung der Vergütung der Psychotherapeuten von der der anderen Ärzte. Damit müssen die Krankenkassen die erbrachten genehmigungspflichtigen Leistungen und auch die Probatorik voll bezahlen. Mengenausweitungen aufgrund gestiegener Morbidität müssen somit von den Kassen bezahlt werden! Die übrigen Leistungen verbleiben in der Gesamtvergütung und werden voraussichtlich weiter quotiert werden. Gleichzeitig wurde vereinbart, die psychotherapeutische Versorgung im ländlichen Raum durch neue Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten zu verbessern. Wir hoffen und gehen davon aus, dass sich dies auch in den derzeit

schlecht versorgten Bereichen in Baden-Württemberg niederschlagen wird.

Mit großer Sorge sehen wir dabei, dass es bisher keine verbindliche Regelung gibt, wie die Versorgung in den Gebieten Baden-Württembergs erhalten bleibt, in denen die Versorgungsdichte zwar besser ist, die aber nach der derzeitigen Bedarfsplanung nominell als (massiv) überversorgt gelten. Hierauf hat der Kammervorstand jüngst auch in einem Schreiben an Sozialministerin Katrin Altpeter hingewiesen. Nach der letzten Gesundheitsreform mit dem Versorgungsstrukturgesetz kann der Zulassungsausschuss beschließen, dass Sitze in diesen Regionen nicht an Nachfolger weiter gegeben werden können. Die KV muss die Praxisinhaber dann entschädigen. Es gibt zwar Äußerungen aus der KVBW, dass das nicht stattfinden soll, verbindliche Regelungen zum Erhalt der bestehenden Versorgungsdichte gibt es jedoch nicht. In diesem Zusammenhang ist es außerordentlich bedauerlich, dass die Landesregierung bisher im Unterschied zu anderen Bundesländern ablehnt, die Kammer in den Landesauschuss, das Gremium der Bedarfsplanung auf Landesebene, aufzunehmen. Allerdings arbeiten wir daran, dies zu ändern. Auf alle

Fälle wird uns die Bedarfsplanung und Versorgung psychisch kranker Menschen auch im nächsten Jahr beschäftigen, wir werden weiter darüber informieren.

Aus dem Dargestellten wird die enge Verflechtung von Versorgung und wirtschaftlichen Interessen deutlich. In einem gemeinsam mit der Landesärztekammer veranstalteten Symposium haben wir dieses Thema aufgegriffen, um die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems mit Fachleuten kritisch zu reflektieren. Insbesondere wurden die Gefahren dieser Entwicklung auf unsere tägliche Arbeit mit den Hilfe suchenden Patienten diskutiert. Diese Auseinandersetzung mit ethischen Fragen wird durch die aktive Kammerarbeit neben vielen anderen Aufgaben und aktuellen politischen Auseinandersetzungen wachgehalten und auch künftig immer wieder zu diskutieren sein.

Wir wünschen Ihnen für die kommende Weihnachtszeit und den Jahreswechsel erholsame Tage und einen guten Rutsch.

Ihr Kammervorstand

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

Vertreterversammlung (VV) am 19. und 20. Oktober 2012

Wegen der großen Themenfülle wurde der Beginn der Herbst-VV schon für Freitag nachmittag angesetzt. Zu Beginn ergänzte Präsident Dr. Dietrich Munz den schriftlich vorliegenden Bericht des Kammervorstandes. Nach der ausführlichen Diskussion des Berichtes, der auch auf der Kammerhomepage zum Download bereitsteht, stand die Diskussion zur Psychotherapeu-

tenausbildung auf der Tagesordnung. Die große Mehrheit der Delegierten bekräftigte dabei die hierzu bei der letzten Vertreterversammlung verabschiedete Resolution, in der die VV sich klar zu einer Reform der Psychotherapieausbildung bekannt hatte, insbesondere zur Sicherstellung der ausreichenden Vergütung der PiA und der Festlegung der Zugangsvoraussetzung zur

Ausbildung auf Masterniveau. Die vom Bundesministerium für Gesundheit in die Diskussion eingebrachte Direktausbildung wurde in dieser Resolution in Form von Modellversuchen befürwortet, einer regelhaften Einführung zum jetzigen Zeitpunkt aber eine klare Absage erteilt. Diese Position wurde von der großen Mehrheit der Versammlung erneut bekräftigt.

Anschließend wurde nach der Wiederaufnahme der Diskussion zu einem Leitbild der LPK Baden-Württemberg der zwischenzeitlich nach Anregungen einzelner Vertreterversammlungsmitglieder überarbeitete Text mit großer Mehrheit verabschiedet. Das Leitbild finden Sie auf der Kammerhomepage unter www.lpk-bw.de/kammer/leitbild_lpk_2012.pdf.



Blick ins VV-Plenum

Am Samstag standen dann zunächst mehrere Satzungsänderungen auf der Tagesordnung. So können zukünftig den Mitgliedern der Vertreterversammlung die Einladung und die Sitzungsunterlagen per E-Mail zugeschickt werden, sofern sie nicht ausdrücklich auf dem postalischen Versand der Unterlagen bestehen. Anschließend wurde eine Änderung der Hauptsatzung verabschiedet, in der festgelegt wurde, dass der

Haushaltsplan vier Wochen lang bei der Kammergeschäftsstelle eingesehen werden kann, nachdem der entsprechende Termin auf der Homepage der Kammer vorher bekannt gemacht werden muss.

Die Weiterbildungsordnung der LPK wurde bezüglich der Weiterbildungsstätten und der Übergangsbestimmungen präzisiert. Dabei wurden die Anforderungen und Verantwortlichkeiten der Weiterbildungsstätten klarer begrifflich gefasst und definiert. Als neuer Weiterbildungsbereich neben der Neuropsychologie wurde die Systemische Psychotherapie in die Weiterbildungsordnung aufgenommen.

Ein Antrag auf Reduzierung der Anzahl der Mitglieder der Vertreterversammlung um ca. 25% wurde von der Versammlung mit großer Mehrheit abgelehnt. Insbesondere wurde bei der Begründung der Ablehnung betont, dass die Repräsentanz der verschiedenen Gruppierungen nicht geschmälert werden sollte.

Abschließend wurde der geprüfte Jahresabschluss 2011 genehmigt, der Vorstand entlastet sowie der Haushaltsplan und die Beitragstabelle 2013 verabschiedet. Ein Antrag auf Reduzierung des Kammerbeitrages wurde nach ausführlicher Diskussi-



Dr. Dietrich Munz erläutert den Bericht des Vorstands

on mit deutlicher Mehrheit abgelehnt. Durch die mehrjährige Beitragsstabilität findet de facto eine stetige Beitragssenkung statt. Besonders erwähnt wurde, dass die Staffelung in verschiedene Beitragsgruppen bei den Mitgliedern gut akzeptiert ist. Der Kammerbeitrag kann durch umsichtiges Haushalten und eine gute Vorplanung im Vorstand und Haushaltsausschuss für 2013 stabil gehalten werden.

!!!!!! WICHTIG !!!!!!! WICHTIG !!!!!!!

Alle Satzungs- und Ordnungsänderungen sowie die neue Beitragstabelle finden die Mitglieder der LPK BW im Einhefter in der Mitte dieses Heftes. Alle Änderungen finden Sie darüber hinaus auch auf unserer Homepage.

!!!!!! WICHTIG !!!!!!! WICHTIG !!!!!!!

„Alles wird besser? Ändert sich das Psychotherapieverständnis durch neue Formen der Versorgung?“ – Gemeinsames Symposium der LPK mit der Landesärztekammer

Am 13. Oktober 2012 fand in den Räumen der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg in Stuttgart-Degerloch ein gut besuchtes Symposium mit dem Titel „Alles wird besser? Ändert sich das Psychotherapieverständnis durch neue Formen der Versorgung?“ statt, das die LPK BW gemeinsam mit der Landesärztekammer (LÄK) durchführte.

Nach einer Einführung durch die beiden Präsidenten Dr. Ulrich Clever (LÄK) und Dr. Dietrich Munz (LPK) sprach Giovanni Maio, Professor am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg, zum Thema: „Psychotherapie als berechnende Dienstleistung nach Vertrag? Zu den ethischen Grenzen einer ökonomi-

sierten Psychotherapie.“ Er kritisierte die aktuelle Betrachtung von Therapeuten als „Leistungserbringer“ und von Patienten als „Kunden“. Die therapeutische Beziehung, die eigentlich durch Vertrauen und Verstehen gekennzeichnet sein sollte, weiche zunehmend einem „Vertragsverhältnis“, welches einer helfenden Beziehung und damit einer Heilung im Wege stehe.

Paul Janssen, emeritierter Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Dortmund, vertrat in seinem Vortrag mit dem Titel „Die psychoanalytische Therapie ist in Deutschland in der Versorgungsrealität angekommen“ die Ansicht, dass die Psychotherapie ihre wichtige Stellung in der Krankenversorgung nur

dann festigen könne, wenn weiterhin entsprechende wissenschaftliche Studien auf den Weg gebracht werden. Er bezweifelte, dass eine schnellere Versorgung, so wie sie von den Selektivverträgen versprochen werde, auch eine bessere sei. Die Psychotherapie könne den Patienten nur gerecht werden, wenn auch in Zukunft noch eine ausreichend lange und tiefergehende Behandlung möglich sei.

Jürgen Hardt, langjähriger Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, betonte in seinem Vortrag zur „Psychotherapie auf dem Gesundheitsmarkt“ die persönliche und gesellschaftliche Verantwortung der Psychotherapeuten gegenüber den Patienten. Gesundheit werde zuneh-

mend als Ware nach ökonomischen Kriterien gehandelt, deren Produktionskosten minimiert werden solle. Dadurch entstehe eine Situation, in der Einsparungen in der Versorgung wichtiger werden könnten als die Qualität bzw. das Ergebnis der jeweiligen Behandlung. In diesem Zusammenhang sprach er sich für mehr gesellschaftliche Solidarität mit den Kranken aus.

Alexander Noyon, Professor an der Hochschule Mannheim, stellte in seinem Vortrag mit dem Titel „Die moderne kognitive Verhaltenstherapie als integratives Kon-

zept zur Behandlung psychischer Störungen“ die humanistische Ausrichtung der modernen Verhaltenstherapie dar, die sich aus den aktuellen Ansätzen ergebe. Die Tatsache, dass etwa 40% der Wirkfaktoren jeder Psychotherapie auch nach neueren Forschungen ungeklärt seien, mache deutlich, dass die therapeutische Beziehung in allen Behandlungen im Vordergrund stehen müsse. Es sei unbestritten, dass psychisch schwer Erkrankte nur in komplexen und dadurch zeitaufwändigen Therapien erfolgreich behandelt werden könnten.

Die daran anschließende kritische Diskussion machte deutlich, dass die Kommerzialisierung des Gesundheitssystems bei den Psychotherapeuten bereits angekommen ist, und deren grundlegende Auswirkungen auf die Therapeut-Patient-Beziehung und damit auf den ganzen Therapieprozess vielfach schon Realität sind. Alle Referenten waren sich darüber einig, dass die Therapeuten-schaft angesichts dieser Situation dazu aufgerufen ist, die grundlegende Bedeutung einer qualitativ hochwertigen Behandlung gegenüber einer zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen zu verteidigen.

Vorstandsgespräch mit Manfred Lucha (MdB, Bündnis90/Die Grünen)

Am 22. Oktober dieses Jahres konnte Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz gemeinsam mit den Mitvorständen Martin Klett, Kristiane Göpel und Dr. Roland Straub sowie Geschäftsführer Christian Dietrich den Landtagsabgeordneten Manfred Lucha (Bündnis90/Die Grünen) in der LPK-Geschäftsstelle begrüßen. Manfred Lucha ist Mitglied im Landtagsausschuss für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, in dem auch alle wichtigen gesundheitspolitischen Themen und Weichenstellungen verhandelt werden. Lucha kennt die Belange psychisch Kranker aus seiner Berufserfahrung als Krankenpfleger und Diplom-Sozialarbeiter, er ist seit über 25 Jahren in der psychiatrischen Versorgung der Region Bodensee-Oberschwaben tätig und u. a. auch Sprecher des gemeindepsychiatrischen Verbundes Bodenseekreis.

Das Gespräch konzentrierte sich vor allem darauf, Herrn Lucha über die Kammer selbst und ihre aktuellen Themen wie etwa die Versorgungsproblematik mit Wartezeiten zu informieren. Weiter war die Vernetzung der Profession der Psychotherapeuten im Hinblick auf die neuen Akzente der Landesregierung mit Regionalisierung der Gesundheitsplanungsgremien und mehr Bürgerdialog Thema des Gesprächs. Das Anliegen der Kammer, noch mehr in gesundheitspolitischen Gremien der Landes-

regierung einbezogen und beteiligt zu sein, wurde ausführlich erläutert und diskutiert. Hingewiesen wurde dabei auf die fehlende Beteiligung der LPK im vom Sozialministerium zur besseren Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung neu eingerichteten sektorübergreifenden Landesbeirat oder bei der Krankenhausplanung. Erinnert wurde in diesem Zusammenhang daran, dass die Integration des Psychotherapeutengesetzes in das Landeskrankenhausgesetz und damit die Berücksichtigung der neuen, den Ärz-

ten gleichgestellten Berufsgruppe als Heilberuf noch ausstehe und daran, dass die Vorgängerregierung dies mit inhaltlich falschen Begründungen abgelehnt hatte. Vorstand und Geschäftsführung waren sich mit MdB Lucha einig, dass z. B. Landtagsanfragen, die sich mit der Versorgung psychisch kranker Menschen im Land befassen, von der Expertise der LPK unterstützt werden können und sollen. Eine erste konkrete Vereinbarung hierzu wurde bei Gesprächsende getroffen.

Mit auf den Weg gegeben wurden Manfred Lucha auch Daten zur aktuellen Versorgung sowie die Chancen und vor allem Risiken der aktuell in Neufassung befindlichen Bedarfsplanungsrichtlinien. Hierzu



Landtagsabgeordneter Manfred Lucha (Mitte; Bündnis 90/Die Grünen) im Gespräch mit dem Kammervorstand (hier im Bild Kristiane Göpel und Dr. Roland Straub)

wurde vom Vorstand mit ähnlichem Inhalt jüngst auch ein Schreiben an Sozialministerin Katrin Altpeter versandt, in dem auf die Gefahr eines möglichen mittelfristigen Abbaus von Kassensitzen für die Versorgung hingewiesen wurde.

Insgesamt konnten beide Seiten dieses erste Gespräch vor allem mit dem Blick auf eine künftige kontinuierliche und vertiefende Zusammenarbeit als einen erfolgreichen Einstieg bewerten.

AG Standortfaktor Gesundheit – zwei weitere Projektgruppen-Berichte verabschiedet

Wie mehrfach berichtet, ist die LPK sehr intensiv an den Projektgruppen der von

der Landesregierung initiierten „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg“ betei-

ligt. Die Gesundheitsstrategie stellt den konzeptionellen Rahmen dar für eine ge-

sundheitsfördernde Gesamtpolitik. Ziel ist, die Entstehung chronischer Erkrankungen zu vermeiden oder hinauszuzögern, die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern und damit die Wettbewerbsfähigkeit des Landes zu sichern. Im Zuge der Einführung des Konzeptes wurde die AG „Standortfaktor Gesundheit“ gegründet, die als Plattform für eine informative Koordination sowie zur Umsetzung und Weiterentwicklung dient.

Die Projektgruppen (PG) haben ihre Arbeit weitgehend abgeschlossen und deren Abschlussberichte verfasst. Drei davon wurden jüngst beim Gesundheitsforum Baden-Württemberg vorgestellt.

In den Abschlussbericht der PG „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“ wurden mehrere Anregungen der LPK aufgenommen (für die LPK:

Dr. Rüdiger Nübling). So u. a. die Kritik an den nach wie vor vielerorts zu einseitig „medizinzentriert“ ausgerichteten Rehabilitationskonzepten sowie die Forderung, die Klinikleitungen von Sucht- und psychosomatischen Rehakliniken auch durch Psychologische Psychotherapeuten zu besetzen.

Der Bericht der PG „Aktiv für gesundes Altern in Baden-Württemberg“ (LPK-Vertreter: Christian Dietrich) betont die Notwendigkeit psychischer Gesundheit bis ins hohe Alter und in diesem Zusammenhang die besondere Bedeutung gemeindenaher Möglichkeiten zur Förderung der Mobilität und körperlichen Aktivität von alten Menschen. Die medizinische Rehabilitation anstatt Pflege bzw. die Vernetzung zwischen Reha und Pflege ist ein weiterer Schwerpunkt des Berichts. Hier soll das Augenmerk auf die Verbesserung des körperli-

chen Befindens unter Beachtung psychischer und sozialer Belastungsfaktoren gelegt werden.

Die PG „Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“ (für die LPK: Kristiane Göpel) entwickelte in ihrem Bericht für fünf Altersstufen (0 bis 3, 4 bis 6, 7 bis 12 und 13 bis 18 Jahre) spezifische Vorschläge zur Förderung der psychischen und körperlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

Weitere Berichte, u. a. auch mit LPK-Beteiligung, sind schon abgeschlossen (z. B. zur Gesundheitsberichterstattung) oder stehen kurz vor dem Abschluss (z. B. zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement; weitere Infos sowie alle Berichte zum Download finden Sie unter www.lpk-bw.de → Fachportal → Vernetzung → Gesundheitsstrategie BW).

Hinweis für Kammermitglieder in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung – Fortbildungszertifikat zum Wunschtermin

Dieser Hinweis gilt für Mitglieder, die in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätig sind und deshalb der gesetzlichen Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V unterliegen: Sichern Sie sich bereits jetzt das Fortbildungszertifikat zum Wunschtermin und kommen so der nächsten großen Antragsflut zuvor!

Die KVBW hat Ihnen im Regelfall mitgeteilt, bis wann Sie spätestens Ihr erstes bzw. Ihr nächstes Fortbildungszertifikat der Kammer vorlegen müssen. Dieser späteste Nachweisttermin ist z. B. für diejenigen,

die bereits ein auf den 30.06.2009 datiertes Zertifikat haben, der 30.06.2014. Bezüglich des erforderlichen Nachweises bitten wir Sie Folgendes zu beachten:

Wenn Sie bereits jetzt oder einige Zeit vor Ablauf Ihrer Nachweisfrist die erforderlichen 250 Fortbildungspunkte gesammelt haben, können Sie Ihre Unterlagen jederzeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg zur Prüfung einreichen (Antrag und Antragsunterlagen finden Sie auf unserer Homepage). Sofern die erforderliche Punktzahl erreicht

ist, wird Ihr Fortbildungszertifikat entweder sofort (= Datum des Eingangs Ihres Antrags) oder zu einem Datum Ihrer Wahl, dem sog. Wunschtermin (z. B. 30.06.2014) erteilt. Beim Wunschtermin müssen Sie allerdings berücksichtigen, dass immer nur Fortbildungspunkte Berücksichtigung finden können, die Sie in den fünf Jahren vor diesem Wunschdatum erworben haben! Wenn Sie möchten, dann können Sie sich also bereits jetzt frühzeitig absichern und kommen so der zu erwartenden nächsten großen Antragsflut zuvor.

Termine

Landespsychotherapeutentag 2013 am 22.06.2013 in Stuttgart. Thema „Arbeit und psychische Gesundheit – Psychische Belastungen/Erkrankungen am Arbeitsplatz“.

Berufs- und strafrechtliche Problemstellungen im psychotherapeutischen Praxistag, am 25.01.2013, 17.30–21.00 Uhr, Max-Planck-Haus Heidelberg, sowie am

01.02.2013, ebenfalls 17.30–21.00 Uhr im Hotel Stadt Tübingen in Tübingen.

Psychotherapeutische Notfallversorgung am 23.03.2013 in Freiburg mit PD Dr. G. Piper und Prof. Dr. J. Bengel.

Weitere Infos dazu unter www.lpk-bw.de.

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

Delegiertenversammlung: Klare Positionierung für Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und Vergütung der Psychotherapeut/innen



Den Vorstandsbericht präsentierte Kammerpräsident Nikolaus Melcop. (Foto: Johannes Schuster)

Im Fokus der zweiten Delegiertenversammlung im Jahr 2012 standen die dringend notwendige Änderung der Bedarfsplanung und die Vergütungssituation unseres Berufsstandes. In einer Positionsbestimmung unterstützten die Delegierten die Positionierung des Vorstands der PTK Bayern zu den aktuell diskutierten Fragen der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und der Vergütung der Psychotherapeut/innen im ambulanten und institutionellen Bereich. Ein entspre-

chender Leitantrag wurde einstimmig angenommen. Darin wurden insbesondere die ungerechtfertigten gravierenden Vergütungsunterschiede im Gesundheitswesen verurteilt. Es wurde betont, dass sinnvolle Innovationen im Bereich der Psychotherapie dringend erforderlich seien und keinesfalls zu Lasten der Behandlungsqualität gehen dürften. Die Delegierten wiesen im Einklang mit dem Vorstand erneut auf die Notwendigkeit zur Schaffung weiterer Behandlungskapazitäten und der Verhin-

derung eines möglichen Abbaus bei sog. „Übersorgung“ hin. Vor dieser Diskussion und Abstimmung hatte Kammerpräsident Nikolaus Melcop im **Bericht des Vorstands** die Aktivitäten des Vorstands vorgestellt. Melcop nahm dabei u. a. Bezug auf die Lobby- und Pressearbeit der Kammer und auf die Proteste von niedergelassenen Psychotherapeut/innen wegen zu geringer Honorare.

Melcop kommentierte die Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband vom 9.10.2012 zur psychotherapeutischen Versorgung. Dass mit dieser Vereinbarung auch die Einrichtung von 1.150 psychotherapeutischen Sitzen im ländlichen Raum beschlossen wurde, sei einerseits ein Fortschritt, andererseits sei diese Zahl für die Versorgung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfes **bei Weitem nicht ausreichend** und die Gefahr des Abbaus von Sitzen gerade in den Städten damit nicht gebannt. Die Entscheidung berge darüber hinaus **Gefahren und Chancen in Bezug auf längst überfällige Innovationen im psychotherapeutischen Bereich**.

Hinsichtlich der **Situation der angestellten Kolleg/innen** entwickle sich die Vergütung für Psychotherapeut/innen und Ärzt/innen in den Tarifsystemen immer weiter auseinander. Positiv sei jedoch, dass in Kliniken unser Berufsstand immer häufiger Leitungsfunktionen erreiche. Erforderlich sei ein Engagement von und mit den Angestellten – das habe auch der diesjährige Angestelltentag am 5.10.2012 verdeutlicht.

In Bezug auf die **Zukunft der Ausbildung** warnte er vor Tendenzen der Abqualifizierung. Vor dem Hintergrund eines breiten Spektrums an möglichen Vorstellungen für eine Reform sei die Besinnung auf die eigentlichen Ziele erforderlich: Erhalt der Qualität der Ausbildung mit einem klar definierten inhaltlichen und stabilen (Schutz-) Rahmen durch gesetzliche Neuregelungen.

Melcop erläuterte darüber hinaus **Fort-schritte in der Verbesserung der Rahmenbedingungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen**: u. a. in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Straftäterinnen und Straftätern, der Versorgung der Kinder und Jugendlichen und in der Prävention von Spielsucht.

Zum Abschluss seines Berichts zeigte er aus sozialwissenschaftlich verorteten Blickwinkeln die aktuell deutlich verbesserten Rahmenbedingungen für die Verwirklichung von Werten der Berufsgruppe der Psychotherapeut/innen im gesellschaftlichen Möglichkeitsraum auf. Hierzu zählte er u. a. die teilweise Abkehr von rein neoliberalen Leitvorstellungen in der Politik, die Sonderposition für die Finanzierung von Psychotherapie im KV-System, die geplante Neuordnung der Qualitätskriterien für Kliniken und die wachsende Zahl von Beispielen für aktives Engagement von Bürger/innen und von Psychotherapeut/innen für ihre Werte im öffentlichen Raum.

Weitere Berichte

Nach dem Vorstandsbericht informierten die **satzungsgemäßen Vertreter/innen der Hochschulen** (Prof. Angelika Weber), der **Psychotherapeut/innen in Ausbildung** (Lisa Brendel) sowie der **Ausbildungsinstitute** (Christoph Kröger) über ihre Tätigkeit. Im Anschluss folgten die **Berichte aus den Ausschüssen** der Kammer für **Aus-, Fort- und Weiterbildung** (Thomas Stadler), für die **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Martina Kindsmüller) sowie die **Psychotherapie in Institutionen** (Peter Dillig).

Delegierte beschließen die Vorbereitung einer Weiterbildungsordnung

Vizepräsident Bruno Waldvogel führte in den Tagesordnungspunkt Weiterbildung ein. Die PTK Bayern verfüge derzeit nicht über eine Weiterbildungsordnung, da sie bislang gesetzlich dazu nicht befugt sei und auch einige Bedenken bestanden hätten. Im Oktober 2008 haben die Delegierten den Vorstand beauftragt, sich um eine gesetzliche Befugnis zu bemühen. Im Juli 2010 habe sich der Vorstand für eine Wei-

terbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren als Zweit-Verfahren nach der Approbation ausgesprochen. Auf der Delegiertenversammlung im April 2011 seien die Ergebnisse der BPTK-Kommission „Zusatzqualifizierung“ vorgestellt und diskutiert worden. Inzwischen habe der Deutsche Psychotherapeutentag mit großen Mehrheiten die Erweiterung der Muster-Weiterbildungsordnung beschlossen. Fast alle Psychotherapeutenkammern haben inzwischen eine Weiterbildungsordnung eingeführt. Die erforderliche Neuregelung der Ausbildung wird zukünftig sowohl bei einer Realisierung des favorisierten Ausbildungsmodells des Bundesgesundheitsministeriums als auch bei einer Realisierung des Gesetzentwurfes der BPTK zur Novellierung des PsychThG eine Weiterbildung in den Altersschwerpunkten und den Verfahren für den Erwerb der Fachkunde notwendig machen. Mit der Zulassung der Neuropsychologischen Therapie durch den G-BA hat sich der Bestand von Weiterbildungsordnungen in den anderen Landeskammern bzw. der Muster-Weiterbildungsordnung der BPTK erstmalig im Sozialrecht ausgewirkt. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen habe der Vorstand entschieden, die Erstellung einer Weiterbildungsordnung zu beantragen. Die berufsrechtliche Befugnis dazu ist mit der vorgesehenen Novellierung des Heilberufekammer-Gesetzes (HKaG) für Mitte 2013 zu erwarten. Nach kurzer Diskussion beschlossen die Delegierten einstimmig den Antrag des Vorstands, „einen Ausschuss einzurichten mit dem Auftrag, nach dem Vorbild der Muster-Weiterbildungsordnung einen Entwurf einer Weiterbildungsordnung mit den in der Muster-Weiterbildungsordnung enthaltenen



Vizepräsident Bruno Waldvogel. (Foto: Johannes Schuster)

Bereichen zur kommenden Delegiertenversammlung vorzulegen“.

Delegiertenversammlung beschließt die Einrichtung von sechs Ausschüssen und einer Kommission – Mitglieder gewählt

Zunächst beschlossen die Delegierten die Auflösung des Ausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildung, um die Einrichtung der neu vorgesehenen Ausschüsse für Weiterbildung und für Fortbildung zu ermöglichen.

Die Vorstandsmitglieder Bruno Waldvogel, Peter Lehdorfer und Heiner Vogel erläuterten die Aufgaben der sechs Ausschüsse sowie einer Kommission. Da sich für einen „Ausschuss Psychotherapie in Institutionen“ nicht genug Delegierte fanden, hat der Vorstand vorgeschlagen, eine Kommission einzurichten. Dies vor dem Hintergrund der Vorgaben des Heilberufekammer-Gesetzes, dass Personen, die nicht Mitglied der Delegiertenversammlung sind, nicht in einen Ausschuss gewählt werden dürfen. Der Vorstand stellte die für die Kommission vorgesehenen Mitglieder vor. Die Delegierten begrüßten den Vorschlag des Vorstands, so zu verfahren. Die

Wahlen zu den Ausschüssen bzw. die Beratungen zur Einrichtung einer Kommission „Psychotherapie in Institutionen“ erbrachte folgende Ergebnisse:

Ausschuss für Berufsordnung
Dr. Gisela Röper
Dr. Jürgen Thorwart
Dr. Sabine Zaudig
Ausschuss für Einsprüche
Klemens Funk
Elisabeth Gerz-Fischer
Angelika Rothkegel
Finanzausschuss
Rudolf Bittner
Angelika Rothkegel
Albrecht Stadler
Prof. Dr. Markos Maragos
Dr. Sabine Zaudig
Ausschuss für Fortbildung
Dr. Peter Dillig
Rudi Merod
Dr. Andreas Rose
Barbara Sacher
Thomas Stadler
Ausschuss für psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen
Dr. Silvia Mara Corso
Peter Drißl
Silke von der Heyde
Martina Kindsmüller
Gabriele Melcop
Angelika Rothkegel
Thomas Stadler
Willi Strobl
Ausschuss Weiterbildungsordnung
Rainer Knappe
Dr. Herbert Uhllein
Brigitte Seelmann-Eggebert
Kommission für Psychotherapie in Institutionen
Dr. Maria Gavranidou
Christian Hartl
Robert Mayer
Agnes Mehl
PD Dr. Monika Sommer
Gabriele Tavan



Einstimmige Annahme des Haushaltsabschlusses 2011. (Foto: Johannes Schuster)

Haushaltsabschluss 2011, Reisekosten- und Entschädigungsordnung und Haushaltsplan 2013

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte detailliert den Jahresabschluss für das Jahr 2011. Nach der Stellungnahme von Rudolf Bittner, Finanzausschuss, wurde der Jahresabschluss 2011 durch die Delegiertenversammlung antragsgemäß angenommen und der Vorstand entlastet.



Vizepräsident Peter Lehndorfer. (Foto: Johannes Schuster)

Im Anschluss erläuterte Vizepräsident Peter Lehndorfer die geplanten Änderungen der Reisekosten- und Entschädigungsordnung der PTK Bayern und den Haushaltsplan 2013. Nach Diskussion nahmen die Delegierten die geänderte Fassung der Ordnung und den Haushaltsplan mit großer Mehrheit an.

Delegierte und Stellvertreter für die Bundesdelegiertenversammlung nachgewählt

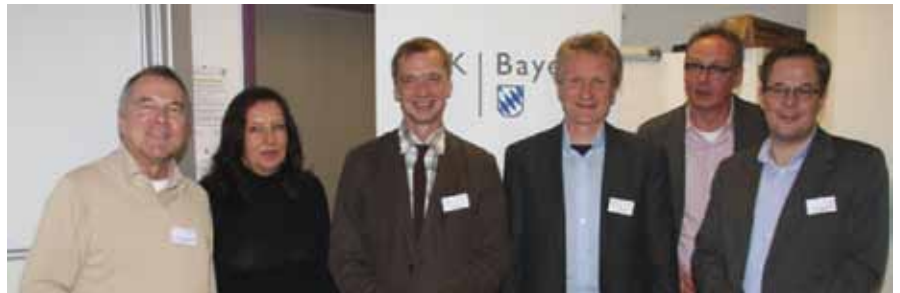
Da die Zahl der Kammermitglieder weiter gestiegen ist, stehen der PTK Bayern für die Deutschen Psychotherapeutentage 16 (statt bisher 15) Bundesdelegierte zu. Als 16. Bundesdelegierte wurde Karin Tritt gewählt. Ihr 1. Stellvertreter ist Peter Dillig, 2. Stellvertreterin Martina Kindsmüller. Diese Nachwahl zog Veränderungen in den Stellvertretungen anderer Bundesdelegierter nach sich. Zum 1. Stellvertreter von Rainer Cebulla wurde Thomas Flohrschtz (bisher Karin Tritt) gewählt, 2. Stellvertreterin ist Ines Hüppauf (bisher Martina Kindsmüller). Als 2. Stellvertreter von Anke Pielsticker wurde Jens Ulshöfer (bisher Peter Dillig) gewählt. Für die zurückgetretene Karin John als 2. Stellvertreterin von Benedikt Waldherr wurde Jürgen Thorwart gewählt.

Delegierte beschließen Reform der Gutachter-Richtlinie Forensik und Anpassung der Gebührensatzung

Andreas Rose gab einen Überblick zu den vorgeschlagenen Änderungen der Gutachter-Richtlinie Forensik. Die Änderungen seien in erster Linie durch eine Vereinheitlichung der Verfahrensvorgänge zu begründen. Die Delegierten beschlossen einstimmig die Änderungen der Richtlinie und die Änderung der Gebührensatzung nach Wegfall eines Fachgesprächs nach § 9 Abs. 1 Satz 8 der Richtlinie. Die Änderung der Gebührensatzung tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger in Kraft.

Angestelltentag der PTK Bayern: Viele Fragen zu Tarifpolitik und Vergütung, Impulse zur Teamentwicklung und Selbstfürsorge

Am 5.10.2012 fand in der Ludwig-Maximilians-Universität München der dritte Angestelltentag der PTK Bayern statt. Großes Interesse fanden die Ausführungen des ver.di-Vertreters Dominik Schirmer zu Entwicklungen in der Tarifpolitik und in der Eingruppierung von PP/KJP, die in aller Regel in ihren Grundberufen als Diplom-Psycholog/innen respektive Sozialpädagog/innen eingestuft und vergütet werden. Schirmer warb hier dafür, dass PP/KJP in Institutionen sich aktiv für eine adäquate Eingruppierung und Vergütung einsetzen und die Gewerkschaften bei Tarifverhandlungen über ihr Arbeitsfeld und seine Anforderungen informieren. Die Fachvorträge des Vormittags von Dr. Isabella Deuerlein und Prof. Jörg Fengler widmeten sich der Teamentwicklung und der Prävention von Burn-Out bei Einzelnen wie bei ganzen Teams. In den Workshops am Nachmittag standen das Konzept der Salutogenese und der Entwicklung von Arbeitszufriedenheit am Beispiel der Jugendhilfe im Vordergrund. Einen genderspezifischen Ansatz bot der Workshop „Männer und Burn-Out“



Die Referent/innen und Expert/innen des Angestelltentages 2012 (v. l.): Prof. Dr. Jürgen Fengler, Fengler-Institut für Angewandte Psychologie, Alfter, Dr. Isabella Deuerlein, Institut für Psychodynamische Organisationsberatung (IPOM), München, Vorstandsmitglied Heiner Vogel, Kammerpräsident Nikolaus Melcop, Stefan Postpischil, Psychologischer Psychotherapeut, JVA Stadelheim, München und Dominik Schirmer, Landesbezirksfachbereichsleiter, ver.di, München. (Foto: Astrid Petersdorff)

von Stefan Postpischil. Präsident Nikolaus Melcop hatte zu Beginn der Veranstaltung dargestellt, dass die PTK Bayern die Interessen der angestellten Psychotherapeut/innen bei vielen Anlässen engagiert vertritt, und stellte dar, welche Themen dabei aufgegriffen werden. Zum Schluss der Veranstaltung konnten alle Teilnehmenden im Gespräch mit den Angestelltenvertreter/innen im Vorstand, Birgit Gorgas

und Heiner Vogel, Vorschläge an den Vorstand für weitere Aktivitäten und Unterstützung ihrer Anliegen formulieren. Ein gemeinsamer Wunsch war dabei der nach weiteren Angestelltentagen in den nächsten Jahren. Die Fachvorträge der Referent/innen haben wir auf der Webseite der Kammer in unserer Nachricht vom 18.10.2012 zum Herunterladen bereitgestellt.

Rund 150 Teilnehmer/innen bei Veranstaltung „Philosophie und Psychotherapie“



Die Referenten und Experten der Veranstaltung „Philosophie und Psychotherapie“ (v. l.): Prof. Felix Tretter, Dr. Dirk von Boetticher, Prof. Matthias Kettner, Vizepräsident Bruno Waldvogel, Kammerpräsident Nikolaus Melcop, Josef Parnas, M.D., Dr. med., Prof. Thomas Fuchs, Prof. Hans Westmeyer und Prof. Peter Henningsen, Klinikum rechts der Isar der TU München. (Foto: Johannes Schuster)

Am 27.10.2012 fand in München die Fortbildungsveranstaltung „Philosophie und Psychotherapie“ statt, eine Kooperationsveranstaltung des Isar-Amper-Klinikums München-Ost, der PTK Bayern sowie der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der TU München. Kammer-

präsident Nikolaus Melcop betonte in der Eröffnung, dass Psychotherapie ohne Philosophie nicht denkbar sei. Die Philosophie schaffe auch heute noch die Möglichkeit, unsere wissenschaftlichen Grundannahmen, psychotherapeutischen Konzepte und Forschungsansätze zu prüfen und zu modifizieren. Nach der Einführung

durch Prof. Felix Tretter, Isar-Amper-Klinikum, ging Prof. Matthias Kettner, Universität Witten/Herdecke, auf die philosophische Behandlung von Psychotherapie ein und erläuterte Indikationen, Risiken und Nebenwirkungen. Zur Bedeutung des Subjekts in der Psychotherapie referierte Josef Parnas, M. D., Dr. med., Ärztlicher Direktor des Departments Psychiatrie der Universität Kopenhagen. Prof. Thomas Fuchs, Universitätsklinikum Heidelberg, informierte über das eingebettete Selbst in der Psychotherapie. Dr. Dirk von Boetticher, Universitätsmedizin Göttingen, stellte die Intersubjektivität vor. Prof. Hans Westmeyer, Freie Universität Berlin, sprach über wissenschaftstheoretische Aspekte der Psychotherapie. Die Fachvorträge können auf der Kammerwebsite in unserer Meldung vom 30.10.2012 heruntergeladen werden.

Vizepräsident Bruno Waldvogel zum Vizepräsidenten des Verbandes Freier Berufe in Bayern gewählt

Auf der Delegiertenversammlung des Verbandes Freier Berufe in Bayern am 7.11.2012 in München wurde der Vizepräsident der PTK Bayern, Bruno Waldvogel, zum Vizepräsidenten des Verbandes gewählt. Damit gehört erstmals ein Psychotherapeut dem Präsidium des Verbandes an. Die in dem Verband Freier Berufe in Bayern zusammengeschlossenen Kammern und Verbände repräsentieren insgesamt ca. 181.000 Mitglieder. Der Verband der Freien Berufe in Bayern wird gebildet durch die Kammern der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten, Tierärzte), Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Architekten, Bau-Ingenieure und zahlreiche Verbände dieser und weiterer Freier Berufe. Bruno Waldvogel

kündigte in seiner Kandidatenrede an, sich besonders für den Erhalt der Freien Berufe und des Kammerwesens sowie für das Ansehen der Freien Berufe in Politik und Gesellschaft einsetzen zu wollen.



Der wiedergewählte Präsident des Verbandes der Freien Berufe in Bayern Dr. jur. Fritz Kempfer und der neu in das Präsidium gewählte Vizepräsident Bruno Waldvogel (links) beglückwünschen sich zu ihrer Wahl. (Foto: Peter Lehndorfer)

Ergebnis der Umfrage zu Behandlungsangeboten für Straftäterinnen und Straftäter und Fortbildungsbedarf

Am 15.10.2012 hat die Kammer die angekündigte Umfrage zur Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten von Straftäterinnen und Straftätern gestartet. Die beiden Fragen wurden mit weiteren Informationen zur Vereinbarung mit dem Justizministerium an alle Kammermitglieder geschickt, von denen eine E-Mail-Adresse vorliegt. Die Antworten konnten online abgegeben werden. Gefragt wurde erstens nach dem Interesse, an der geplanten FoBi-Veranstaltung zur psychotherapeutischen Behandlung

von Straftäterinnen bzw. Straftätern teilzunehmen. Bei der zweiten Frage konnten sich die Mitglieder bereit erklären, Straftäterinnen und Straftäter zu behandeln. Gleichzeitig erklärten sie sich damit einverstanden, dass ihre Kontaktdaten im Intranet des Justizministeriums aufgelistet werden. Nach Ablauf der zehntägigen Rückmeldefrist lag das Ergebnis vor: Insgesamt nahmen 57 Mitglieder und zwei Nicht-Mitglieder an der Umfrage teil. 43 Mitglieder und zwei Nicht-Mitglieder wollen an der FoBi-Veranstaltung teilnehmen.

28 Mitglieder wollen Straftäter/innen behandeln und auf die Liste für die Justiz gesetzt werden. 15 Mitglieder haben beide Fragen mit Ja beantwortet. Die Liste wurde dem Justizministerium Ende Oktober 2012 übermittelt. Den Termin und Veranstaltungsort der Veranstaltung werden wir Ihnen auf der Website unserer Kammer und in den Länderseiten rechtzeitig mitteilen.

Wir möchten uns bei allen, die geantwortet haben, herzlich bedanken!

PTK Bayern nimmt Stellung zum Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetz

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in einem Urteil vom 4.5.2011 den Gesetzgebern in Bund und Ländern aufgetragen, bis spätestens 31.5.2013 ein neues Gesetz zur Sicherungsverwahrung zu entwickeln, das dem verfassungsrechtlichen „Abstandsgebot“ Rechnung trägt. Hierbei muss sich der Vollzug der Sicherungsverwahrung vom Vollzug der Freiheitsstrafe deutlich unterscheiden. Anfang September hat die PTK Bayern zum Gesetzentwurf über den Vollzug der Sicherungsverwah-

rung (Bayerisches Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetz – BaySVVollzG), den der Ministerrat am 31.7.2012 gebilligt hatte, detailliert Stellung genommen. Die Sicherungsverwahrten sollen nach den Vorgaben des BVerfG einen Rechtsanspruch auf wissenschaftlich fundierte Behandlungsmaßnahmen erhalten, damit sich deren Gefährlichkeit reduziert. Der Gesetzentwurf der Bayerischen Staatsregierung schlägt ein therapeutisches Konzept vor. Darüber hinaus geht der Entwurf im Rahmen des „Ab-

standsgebotes“ auf die Frage ein, wie Sicherungsverwahrte künftig unterzubringen sind. Die PTK Bayern unterstützt den in der Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung enthaltenen Vorschlag, den Begriff der „Sicherungsverwahrung“ durch den der „Sicherungsunterbringung“ zu ersetzen, um den hierbei im Vordergrund stehenden Therapiegedanken besser zum Ausdruck zu bringen. Darüber hinaus begrüßt die PTK Bayern, dass in Umsetzung der Vorgaben des

BVerfG psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der Qualifikation eines akademischen Heilberufes als Bestandteil des Vollzugsplans vorgesehen sind. Die weiteren wichtigsten von der PTK Bayern vertretenen Standpunkte bzgl. der Umsetzung des Gesetzentwurfs finden Sie in unserer Homepagemeldung vom

12.9.2012. Am 11.10.2012 hat die Bayerische Staatsregierung ihren Gesetzentwurf offiziell veröffentlicht. Die Staatsregierung hat unsere Vorschläge und Empfehlungen weitestgehend nicht übernommen. Es soll nach Aussagen des Ausschusses für Verfassung, Recht, Parlamentsfragen und Verbraucherschutz jedoch im Frühjahr 2013

eine Expertenanhörung zum Gesetzentwurf der Staatsregierung geben. Die Kammer wird alles daran setzen, als Experte zu dieser Anhörung eingeladen zu werden. Wir werden Sie darüber und über die konkrete Antwort des Bayerischen Justizministeriums auf unserer Website oder im Psychotherapeutenjournal informieren.

Kurznachrichten

Großes Medienecho auf Presseinfo Versorgung/Honorare

Die Presseinfo der Kammer mit dem Titel „PTK Bayern fordert Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und der Honorare“ (20.9.2012) wurde in zahlreichen Printmedien (u. a. Passauer Neue Presse, Mittelbayerische Zeitung, Neue Presse Coburg, Der Neue Tag, Weiden) und weiteren Onlinemedien (u. a. facharzt.de und ärztezeitung.de) übernommen.

Stellungnahme zur „psychiatrischen“ Versorgung von Kindern und Jugendlichen

MdL Harald Schneider (SPD) hat Ende August im Bayerischen Landtag eine schriftliche Anfrage zur „psychiatrischen“ Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern gestellt. Das Gesundheitsministerium hat die PTK Bayern um Beantwortung der unsere Kammer betreffenden Fragen gebeten. Die Fragen (u. a. „Dramatische Zunahme“ der psychischen Erkrankungen bei Kindern? Anzahl der stationären und ambulanten Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche; Versorgungssicherheit von Kindern und Jugendlichen) wurden Mitte September in einer detaillierten Stellungnahme beantwortet.

Gespräch mit dem Bayerischen Landesarzt Dr. Andreas Zapf

Das Gespräch mit Dr. Andreas Zapf, Präsident des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), oberster Vertreter des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern und als Landesarzt Berater des bayerischen Gesundheitsministers, fand am 4.9.2012 statt. In dem Gespräch wurden zunächst die Veränderungen im Krankheitsspektrum

insbesondere in Bezug auf psychische Störungen diskutiert. Im Bereich der Psychotherapie ging es um die Wirksamkeit, Verfahren, Organisationsstrukturen der PP/KJP, deren Tätigkeitsfelder, Kompetenzprofile, Verdienstmöglichkeiten und Eingruppierung. Weitere Themen waren die psychotherapeutische Versorgung in Bayern, die Prävention, die Gesundheitsförderung und Früherkennung bei psychischen Störungen. Angesprochen wurden darüber hinaus auch die Rolle der Selbstverwaltung in der innovativen Gestaltung der Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsversorgungsforschung. Dr. Zapf hat die Mitarbeit der PTK Bayern in unterschiedlichen Gremien begrüßt.

Kammer-Website für Smartphones angepasst

Seit Ende Juni 2012 kann die Website der Kammer auf allen Smartphones mithilfe einer mobilen Version besser genutzt werden. Die Website wird automatisch den betreffenden Smartphone-Browsern angepasst und ist aufgrund einer höheren Auflösung besser lesbar.

Bevorstehende Veranstaltungen

Pathologisches Glücksspielen – Know-how für Psychotherapeut/innen: Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS)/Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG). Termin: 26.1.2013, 9.30 bis 16.45 Uhr in München.

Kinder krebskranker Eltern: Gemeinsame FoBi-Veranstaltung der PTK Bayern mit der Psychoonkologie an der Medizinischen Klinik III, Klinikum der Universität München, Campus Großhadern, und dem Ver-

ein lebensmut. Termin: Verlegung vom 16.11.2012 auf den 6.3.2013 in München.

Vorschau: 10-Jahres-Jubiläum der PTK und 5. Bayerischer Landes- psychotherapeutentag:

Am 26.4.2013 findet anlässlich des 10-jährigen Kammerjubiläums ab 17 Uhr im Münchener Gasteig eine Festveranstaltung statt. Den Festvortrag wird Prof. Dirk Revenstorf, Tübingen, mit dem Titel „Liebe, Narzissmus und Psychotherapie in der Postmoderne“ halten. Einen Tag später findet ebenfalls im Münchener Gasteig der Landespsychotherapeutentag statt. Titel: „Narzissmus – zwischen Psychopathologie und gesamtgesellschaftlichem Phänomen“.

Alle Kammermitglieder sind herzlich eingeladen!

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

Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

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 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de, www.ptk-bayern.de

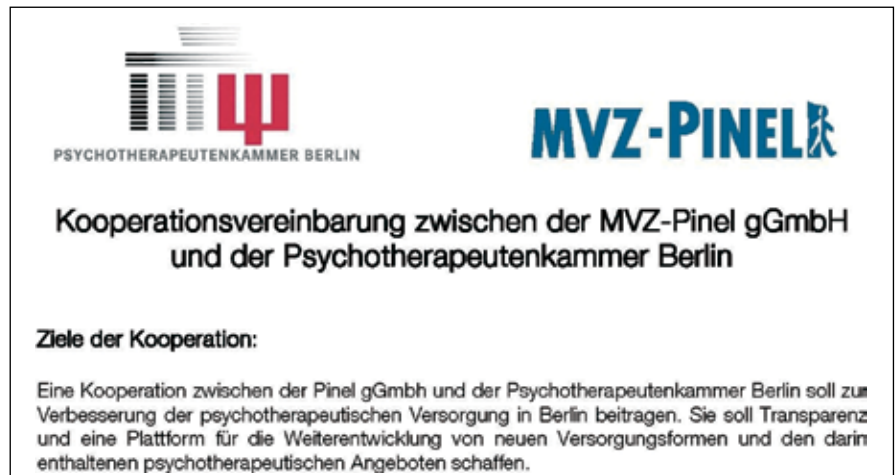
Neue Wege in der Psychotherapie-Entwicklung in Berlin

Michael Krenz, Präsident
Brigitte Kemper-Bürger,
Geschäftsführerin

Die widersprüchlichen, stetig steigenden und zunehmend konfliktträchtigen Anforderungen an die PsychotherapeutInnen und die Psychotherapie von Berliner Gesundheitspolitikern aller Parteien, VertreterInnen der Krankenkassen und PatientInnen werden vom Vorstand und der Geschäftsführung sehr genau beobachtet, analysiert und diskutiert.

So hat die Debatte schnell an Fahrt gewonnen – in Berlin, einem Land mit einer der höchsten ausgewiesenen „Überversorgung“ mit Psychotherapiepraxen (ca. 800 Sitze, nach geltender Bedarfsplanung) bei gleichzeitigen Versorgungsengpässen in fast allen Bezirken wird der Ruf von allen Seiten nach Erweiterungen und Strukturierung des Psychotherapieangebotes, insbesondere für psychotherapeutisch unterversorgte Patientengruppen, mit der Ankündigung lauter, Praxissitze stillzulegen.

Diese lokale Diskussion wird vor dem Hintergrund weiterer konflikthafter Reformvorhaben geführt, die mittel- und unmittelbare Auswirkungen auf die psychotherapeutische Tätigkeit haben: Die angekündigte Veränderung der Psychotherapierichtlinien bis zum 30.6.12, die neue Bedarfsplanungsrichtlinie mit einem angekündigten erheblichen Abbau von Praxissitzen, die Konflikte um die zukünftige Honorierung und die anstehende Reform der Ausbildung im Zuge der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. In allen anstehenden Reformfeldern geht es auch um die Frage: „Wie ist eine notwendige, qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und angemessene psychotherapeutische Versorgung weiterzuentwickeln, insbesondere für bisher unterversorgte Patientengruppen?“



Vertrag Pinel gGmbH/PTK Berlin

Im nachfolgenden Beitrag sollen verschiedene Projektansätze zeigen, dass konkret neues therapeutisches Handeln konzipiert und ausprobiert wird. Das Ziel hier ist die Verbesserung der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, die die Richtlinienpsychotherapie nicht oder noch nicht in Anspruch nehmen können oder wollen. Dabei ist der Berliner Psychotherapeutenkammer wichtig, dass alle diese Ansätze **nicht anstatt** der Richtlinienpsychotherapie, sondern **ergänzend** dazu verstanden werden. Diese psychotherapeutischen Interventionen sind spezifisch auf den institutionellen Kontext bezogen, um ihre Wirksamkeit zu entfalten. Die Berliner Psychotherapeutenkammer selbst ist bei keinem der Ansätze Vertragspartner, sondern Ideengeber, „Geburtshelfer“ und Unterstützer. Die konzeptionellen, oft jahrelangen Vorarbeiten dazu, wurden in den Ausschüssen, im Vorstand und in der Geschäftsstelle geleistet. Weitere „essentials“: Allen PatientInnen muss die freie Wahl des Psychotherapeuten ermöglicht werden. Die Finanzierung der psychotherapeutischen Versorgung einer Patientengruppe darf nicht zu Lasten anderer vorgenommen werden.

1. Verbesserung der Versorgung von PsychiatriepatientInnen

Durch eine Kooperationsvereinbarung mit einem der größten Anbieter im Bereich der Gemeindepsychiatrie, der Pinel gGmbH, will die PTK Berlin dazu beitragen, dass zu definierende differenzierte psychotherapeutische Interventionen bei diesen Patientengruppen gezielt zum Einsatz kommen. Ein breites und gut ausgebautes Netzwerk aus verschiedenen Berufsgruppen von SozialarbeiterInnen, PsychiaterInnen, PflegerInnen und PsychotherapeutInnen stellen ein umfassendes psychosoziales Angebot sicher und versuchen so u. a. die stationären Einweisungen zu verringern. Die Psychotherapie, sowohl als Einzel- als auch als Gruppenpsychotherapie, soll hier zukünftig einen definierten und angemessenen Platz finden. Erste IV-Verträge sind dazu mit Berliner Krankenkassen geschlossen worden.

2. Versorgungsangebote für PatientInnen mit einer AU-Bescheinigung und einer „F-Diagnose“

In eine ähnliche Richtung zielen erste Kooperationsgespräche mit der Psychiatrie-Initiative Berlin-Brandenburg (PiBB) und

VertreterInnen von Krankenkassen. Im Rahmen eines bereits bestehenden IV-Vertrages mit der DAK wurde ein Versorgungsangebot mit vier Bausteinen aus Psychiatrie, Soziotherapie, therapeutischen Einzelgesprächen und Gruppentherapie aufgebaut. Die therapeutischen Angebote sind als strukturierte Kurzzeitinterventionen aufgebaut, die auch präventive Anteile enthalten. In den Kooperationsgesprächen geht es der PTK Berlin darum herauszustellen, dass solche Angebote für manche PatientInnen sehr brauchbar und auch ausreichend sein können. Aber auch diese Kurzzeitangebote müssen für viele PatientInnen ergänzend zu einer notwendigen Psychotherapie gedacht werden. Eine sorgfältige Diagnose und Indikationsstellung am Beginn einer Behandlung bleibt zwingend. Ob und wenn ja in welchem Umfang durch einen solchen IV-Vertrag eine qualitativ hochwertige **und** kostengünstige Versorgung gewährleistet werden kann, bleibt abzuwarten.

3. Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Koronarerkrankungen und PatientInnen in der hausärztlichen Versorgung

In mehreren kleinen Projekten soll durch eine Erstdiagnose und Befundung zur Symptomatik der psychisch erkrankten, bzw. von Erkrankung bedrohten HausarztpatientInnen bereits bei Beginn einer hausärztlichen Behandlung weitere Behandlungspfade zwischen Hausarzt, PsychotherapeutIn und PatientIn abgestimmt werden. Ziel soll die Vermeidung von langwierigen diagnostischen und medizinischen Behandlungen sein, die die psychischen Ursachen oder Begleiterkrankungen nicht hinreichend aufnehmen.

Insbesondere bei der Behandlung von schwer erkrankten KoronarpatientInnen zeigen alle internationalen Studien den hohen Anteil an psychischen Vor- und Begleiterkrankungen, die unbehandelt zu erheblichen Komplikationen und erhöhter Mortalität führen. In einem Projekt mit dem Deutschen Herzzentrum soll die Einbeziehung psychotherapeutischer Interventionen in personalisierte Behandlungskonzepte erprobt werden.

4. Psychotherapie im Altenpflegeheim

HeimbewohnerInnen mit schweren chronifizierten psychischen Erkrankungen, ihre Angehörigen, das Pflegepersonal und das soziale Umfeld des Heims stehen im Mittelpunkt eines Modellprojekts mit einem großen Wohlfahrtsverband („Volkssolidarität“) in einem Bezirk in Berlin. Zwei fest ange stellte PsychotherapeutInnen sollen mit gezielten Einzel- und Gruppenangeboten für verschiedene (Patienten-)Gruppen auch die Weiterentwicklung des Heimes fördern. In einem solchen Projekt werden auch psychotherapeutische Interventionen mit der Organisationsentwicklung verknüpft.

5. Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psych. Erkrankungen („Hard to reach“) und Hilfenbedarf nach SGB VIII und SGB V

In einem übergreifenden Projektteam aus einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Jugendamt, Kammer, Senatsverwaltung und Krankenkassen wird versucht, eine Sozialgesetzbuchübergreifende Finanzierung zu

schaffen, die es den betroffenen Jugendlichen ermöglicht, möglichst in einem Behandlungskontext mit den gleichen Bezugspersonen zu bleiben, um so dauerhafte Krankenkarrerien mit Drehtüreffekten zu vermeiden.

Solche Projekte bieten die Chance, neue psychotherapeutische Versorgungskonzepte und Beschäftigungsfelder zu entwickeln, auszuprobieren und zu erschließen. Eine solche Entwicklung sollte unbedingt von PsychotherapeutInnen und nicht von Kassen, der Politik oder anderen Professionen ausgehen! Für die Kammer muss das Augenmerk auf dem Erhalt der Qualitätsstandards und der Einhaltung der Behandlungsleitlinien liegen. Der Begriff Psychotherapie darf nicht beliebig werden!!

In Gesprächen mit politischen Funktionsträgern und Krankenkassen werden wir immer wieder nach neuen Versorgungsangeboten in Kooperation mit Ärzten und anderen Leistungserbringern gefragt. Wenn Sie Träger eines neuen Versorgungsansatzes sind, wären wir für entsprechende Rückmeldungen (wenn möglich mit schriftlichen Ausführungen) sehr dankbar. Gerne möchten wir Ihnen auch die Gelegenheit geben, Ihr Projekt im Rahmen unserer Kammermedien oder im Rahmen einzelner Veranstaltungen vorzustellen.

Bitte schreiben Sie an: Dr. Beate Locher, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit: Locher@psychotherapeutenkammer-berlin.de. Bei Fragen wenden Sie sich an: Frau Locher, Herrn Krenz, Kammerpräsident, oder Frau Kemper-Bürger, Geschäftsführerin, Tel. 030 887140-0/-13.

Humanistische Psychotherapie stellt Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie

Dr. Manfred Thielen

Am 12.10.12 hat die Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT), gleichzeitig mit der Eröffnung ihres Kongresses: „Humanistische Psychotherapie – Einheit und Vielfalt“, einen Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) gestellt. In diesem Antrag definiert sich die Humanistische Psychotherapie



Plenum

(HP) als eine der vier Grundorientierungen der Psychotherapie, zu der die Gesprächspsychotherapie, die Gestalttherapie, die Körperpsychotherapie, das Psychodrama, die Transaktionsanalyse, die Logotherapie/Existenzanalyse und die Integrative Therapie gehören. Die anderen drei Grundorientierungen sind die behaviorale, die psychodynamische und die systemische Psychotherapie. In einer Presseerklärung machte die AGHPT deutlich, dass sie darin den ersten Schritt sehe, die HP wieder in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen, wie z. B. zu Zeiten der Kostenerstattungsregelung der Techniker Krankenkasse 1983-1996. Deshalb strebt sie perspektivisch auch die sozialrechtliche Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) an.

Die verschiedenen Richtungen der HP haben ein gemeinsames Menschenbild zur Grundlage. „Die Humanistische Psychotherapie beruht auf einem ressourcenorientierten Menschenbild, v. a. in Bezug auf die Fähigkeit des Patienten zu kreativem Wachstum und konstruktiver Veränderung, das in der humanistischen Philosophie verankert ist. In der Humanistischen Psychotherapie wird der Mensch holistisch in seiner bio-psycho-sozialen Ganzheit gesehen. Im Humanistischen Menschenbild trägt der Mensch die für die Befreiung aus psychischem Leid erforderlichen Ressourcen in sich, die durch die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung und durch psychotherapeutische Interventionen aktiviert und auf zu bewältigende Lebensprobleme angewandt werden können. Der Mensch wird als Subjekt in seinen biologischen, biografischen, sozialen und ökologischen Bezogenheiten und Bedingtheiten gesehen, dessen Erleben introspektiv bzw. intersubjektiv (selbstempathisch bzw. empathisch) erfasst werden kann. Der Mensch wird als verkörpert gesehen. Daher ist die psychotherapeutische Arbeit mit dem Körper (z. B. dem Körpererleben und/oder dem Körperausdruck) ein zentraler Aspekt der Humanistischen Psychotherapie.“ (vgl. www.aghpt.de, Texte, „Was ist Humanistische Psychotherapie“)

Auch in dem grundlegenden Verständnis und den Vorgehensweisen im psychothe-

rapeutischen Prozess gibt es große Gemeinsamkeiten. Die Humanistische Psychotherapie versteht sich als experienciell, weil sie sich an der unmittelbaren Erfahrung orientiert; experimentell, weil der psychotherapeutische Prozess als Ergebnis kooperativer Kreativität gesehen wird, und existenziell, weil Themen wie Fragen nach dem Sinn, Werten und Zielen einen zentralen Stellenwert im therapeutischen Prozess einnehmen.

Auf dem Kongress sprach Werner Eberwein, Mitglied des Vorstandes der AGHPT, über das Menschenbild der HP, unterstützt durch faszinierende und bewegte Bilder.

In dem Antrag an den WBP, der federführend von Prof. Jürgen Kriz formuliert wurde, wird von dem breiten Verfahrensbegriff des WBP ausgegangen. Nach diesem besteht z. B. die psychodynamische Psychotherapie aus 22 Methoden, wovon das Ursprungsverfahren Psychoanalyse lediglich eine Methode neben psychoanalytisch-interaktioneller Psychotherapie, psychodynamischer Fokalthherapie, psychodynamischer Kurztherapie, supportiver Psychotherapie u. a. ist. Auch die Verhaltenstherapie ist laut WBP ein Cluster von Techniken und Methoden, in der die Schematherapie, neben so unterschiedlichen Richtungen wie der Rational-Emotiven Therapie, der Kognitiven Therapie, der Acceptance and Commitment Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Mindfulness Based Stress Reduction u. a. steht.

Wenn der WBP seinen Verfahrensbegriff ernst nimmt und seiner Vorgehensweise bei der Anerkennung der psychodynamischen Psychotherapie folgt, dann müsste die Anerkennung der HP als Verfahren konsequenterweise folgen.

Auf dem Kongress hat Prof. Dr. Jürgen Kriz in seinem Vortrag diese Einheitlichkeit der HP begründet. Prof. Dr. Volker Tschuschke hat sich in einem weiteren Hauptvortrag mit der Problematik der randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) kritisch auseinandergesetzt.

Er hält sie zur Untersuchung des höchst komplexen psychotherapeutischen Pro-

zesses für wenig bzw. nicht geeignet, da sie diesen nicht ausreichend realitätsnah untersuchen könnten und einer Reihe gravierender Störvariablen unterlägen. (Die Hauptvorträge des Kongresses können unter www.aghpt.de, „Vorträge“ angehört werden.)

Auf dem Kongress waren ca. 500 Teilnehmende, davon fast die Hälfte Studierende und PiA. Er zeigte, dass die HP lebt. Viele Teilnehmende gaben ein positives Feedback, Ältere äußerten das Gefühl, jetzt wieder eine Heimat zu haben, Jüngere waren begeistert über die Vielfalt der Richtungen der HP, die ihnen vorher z. T. gar nicht bekannt waren. Eine Berliner Psychologiestudentin berichtete z. B., dass sie während ihres gesamten Studiums lediglich eine Folie zur HP gesehen hätte. Andere StudentInnen bestätigten, dass die HP im Psychologiestudium wenig vertreten sei. Von daher waren insbesondere die jüngeren KollegInnen dankbar, dass sie in Vorträgen und Workshops die Vielfalt und die Arbeitsweisen der HP kennenlernen konnten.



Dank an Herrn Eberwein und Herrn Thielen für die Kongress-Organisation

Der Kongress und der Antrag sind der Beginn eines Wiederaufbruchs der Humanistischen Psychotherapie und ihrer weiteren Etablierung als vierter Grundorientierung der Psychotherapie in Deutschland. International gehört die HP seit Langem zu einer der verbreitetsten und anerkanntesten Richtungen der Psychotherapie. Die AGHPT, die aus elf Fach- und Berufsverbänden besteht, hat das perspektivische Ziel, dass die HP den KassenpatientInnen zur Verfügung gestellt und damit die psychotherapeutische Versorgung verbessert wird.

Klinische Neuropsychologie als GKV-Leistung

**Dr. Sabine Heel und
Dr. Thomas Merten**

Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnganisch verursachten Störungen in den Bereichen geistiger (kognitiver) Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens, der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Ziel ist es, psychische Gesundheitsstörungen in den genannten Bereichen und die daraus folgenden psychosozialen Beeinträchtigungen und Aktivitätseinschränkungen zu erkennen und zu heilen oder zumindest zu lindern.

Neuropsychologische TherapeutInnen stellen ohne Zweifel eine Minderheit in der deutschen Psychotherapeutenlandschaft dar, obwohl die von ihnen behandelten Krankheitsbilder keineswegs selten sind und mit zunehmender Alterung unserer Bevölkerung in Zukunft noch viel mehr an Bedeutung gewinnen werden. Gedacht sei an die Behandlung von Folgen von Schlaganfällen und an progressive Demenzen, die neben Schädel-Hirn-Verletzungen, Hirntumoren und entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems, die Multiple Sklerose eingeschlossen, ein wichtiges Arbeitsgebiet bilden.

Ursprünglich als Fachverband der deutschsprachigen NeuropsychologInnen gegründet, hat sich die *Gesellschaft für Neuropsychologie* (GNP) zwangsläufig seit den 1990er-Jahren immer mehr berufspolitischen Themen gewidmet. Den mehr als zehnjährigen Weg, den die in der GNP vereinten PsychologInnen für eine bessere ambulante Versorgung gingen, haben im März dieses Jahres Dr. Sebastian Bodenburg (Hamburg) und Dr. Birgit Albs-Fichtenberg (Trier) in einem Vortrag in der Berliner Urania nachgezeichnet. Anlass für diesen Rückblick war ein für die gesamte Psychotherapie berufspolitisch *eigentlich* historisch zu nennendes Ereignis:

In seiner Sitzung am 24.11.2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschieden, die *Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung* zu ändern. Die **Neuropsychologische Therapie** wurde als anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode angefügt. Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger (BANz. Nr. 31, S. 747) vom 23.2.2012 wurde dieser Beschluss rechtskräftig. Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen können mit diesem Datum die Neuropsychologische Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch nehmen. Derzeit erfolgt die Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 Abs. 3 SGB V. Im Regelfall können die Kosten für Behandlungen bis 60 Einheiten à 50 Minuten übernommen werden, im begründeten Ausnahmefall kann die Behandlung um weitere 20 Einheiten verlängert werden. Es können Erwachsene und Kinder in Einzel- und Gruppensettings behandelt werden, auch Angehörige können einbezogen werden. Heilmittel und Richtlinienpsychotherapie können gleichzeitig erbracht werden.

Die zugehörigen Dokumente können unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1415/ abgerufen werden.

Anlässlich des Beschlusses des G-BA fand am 3.3.2012 die Informationsveranstaltung mit anschließendem Festakt der GNP in der Urania statt. An dieser nahmen seitens des Vorstandes der Berliner Landespsychotherapeutenkammer Christoph Stößlein und aus dem Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung Inge Brombacher teil. Auf der Internetseite der GNP (www.gnp.de) können unter der Rubrik *Fachinformationen* die Vorträge der ReferentInnen eingesehen werden. Besonders hervorzuheben sind die Ausführungen von Dieter Best, Bundesvorsitzender der DPTV zum Thema Sonderbedarfszulassungen sowie von Birgit Heinrich, Geschäftsführerin der Landespsychotherapeutenkammer

Rheinland-Pfalz zu Fragen der Nachqualifikation für PsychotherapeutInnen ohne Fachkunde.

Mit der Verabschiedung der Veränderung des Gesetzes über die Weiterbildung der Heilberufe durch das Berliner Abgeordnetenhaus im Juni 2011 wurde es der Berliner Psychotherapeutenkammer möglich, Zusatzbezeichnungen für Psychologische PsychotherapeutInnen zu bestimmen. Eine entsprechende Weiterbildungsordnung wurde am 8.3.2012 von der Berliner Kammer verabschiedet, die derzeit noch aufsichtsrechtlich genehmigt werden muss. Für den Bereich der Klinischen Neuropsychologie wurde durch die Kammer eine **Kommission Neuropsychologie** eingerichtet, die sich mit der Umsetzung der Weiterbildungsordnung für den Bereich der *Klinischen Neuropsychologie* befasst. Die Kommissionsmitglieder sind PD Dr. Michelle Brehm, Inge Brombacher, Dr. Sabine Heel, Dr. Thomas Merten und Christoph Stößlein. Sie werden durch Mechthild Engert (Gesundheitsreferentin bei der Kammer) in kompetenter Weise unterstützt.

Um interessierte Berliner KollegInnen zeitnah über die weiteren Entwicklungen informiert zu halten, haben wir einen E-Mail-Verteiler eingerichtet, in den Sie auf Wunsch gerne aufgenommen werden können: gnp.landesvertretung.berlin@googlemail.com.

Redaktion

Dorothee Hillenbrand (Vi.S.d.P.), Inge Brombacher, Christiane Emer-Schwab, Dr. Beate Locher, Brigitte Reysen-Kostudis, Harald Scherdin-Wendlandt, Christoph Stößlein und Dr. Manfred Thielen.

Geschäftsstelle

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

Fachexkursion der PKHB nach Peking begeistert die Teilnehmer

Von **Karl Heinz Schrömgens**

„Wann bietet die Kammer die nächste Fachreise an? China zu erleben und die Gespräche mit Fachkollegen, das war so hochspannend und beeindruckend.“ Ayse Yildiray, Psychotherapeutin aus Bremen, drückte aus, was wohl alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer empfunden haben. China zwischen Tradition und Moderne, diese Eindrücke wurden als faszinierend und befremdend zugleich wahrgenommen.

17 Personen hatten sich zu der einwöchigen Fachexkursion nach Peking angemeldet: Kammermitglieder sowie Freunde und Angehörige, mehr als die Hälfte nutzte die Möglichkeit, ein 4-tägiges Anschlussprogramm mit Besuch der „Kaiserstädte“ Luoyang und Xian, tausend Kilometer südwestlich von Peking, zu buchen. Am Pekinger Flughafen wurde die Gruppe vom Reiseleiter, Herrn Cai, in Empfang genommen. Eine kleine Reisegruppe des Hartmann-Bundes, die ebenfalls mit dem Fachreisedienst Bartsch eine Reise arrangiert hatte, schloss sich den Bremer Kollegen an. Unser chinesischer Begleiter führte uns mit seinen ausgezeichneten Sprachkenntnissen und seiner Kenntnis von Land und Leuten kundig durch Peking. Ihm gelang es, Begeisterung für das alte, aber auch für das neue China zu wecken, ohne die Schattenseiten zu verbergen.

Die ersten beiden Tage standen ganz im Zentrum der Akklimatisierung und des Besuchs der touristischen Höhepunkte: Himmelstempel und „Verbotene Stadt“, der alte Kaiserpalast und der vorgelagerte „Platz des himmlischen Friedens“, auf dem Tausende Chinesen in langen Schlangen den Sonntag nutzten, um das Mao-Mausoleum zu besuchen. Peking präsentierte sich als eine Weltstadt, lebendig und pulsierend; die riesigen Wolkenkratzer und der ungebrochene Bau-



Tai Chi im Schatten der Wildgans-Pagode

boom, der dichte Verkehr, in dem moderne Mittelklassewagen dominierten, brachten uns zum Staunen und wirkten zugleich eigentümlich gewaltsam. Verwöhnt wurde die Gruppe vom sonnigen Wetter während des gesamten Aufenthaltes. Vom gefürchteten Smog war glücklicherweise nichts zu spüren. Der Besuch der „Großen Mauer“, mit dem ein schweißtreibender Aufstieg über viele Stufen verbunden war, stellte für viele Teilnehmer die Erfüllung eines lang gehegten Wunsches dar und war ein Höhepunkt der Reise.

Neben dem touristischen Programm nahm das Fachprogramm einen breiten Raum ein. Als erstes stand der Besuch eines „Psychologisch-psychotherapeutischen Beratungszentrums“ an. Wir wurden sehr herzlich empfangen. Nach der gegenseitigen Vorstellung führte Dr. Sun Yu Xiao, Leiter des Zentrums, in die Arbeit ein. Zu unserer Überraschung ist das Zentrum privatwirtschaftlich organisiert, die Finanzierung erfolgt hauptsächlich über Verträge mit Pekinger Betrieben, die für die Behandlung ihrer Mitarbeiter psychotherapeutischen Sachverstand einkaufen. Daneben kann das Zentrum auch direkt aufgesucht werden; die Patienten haben allerdings die Kosten selbst zu tragen. Es zeigte sich,

dass die 16 psychotherapeutischen Mitarbeiter ein integriertes Psychotherapieverständnis auf psychodynamischer Grundlage vertreten, in dem neben Psychoanalyse und Verhaltenstherapie Konzepte der humanistischen Psychotherapie, vor allem von Rogers aufgenommen wurden. Dr. Sun selbst verfügt über einen Masterabschluss in Psychologie mit anschließender Promotion in Angewandter Psychologie, mit staatlicher Lizenz zur Ausübung von Psychotherapie. Im Vordergrund der Arbeit stehen das psychische Belastungserleben im betrieblichen Umfeld, aber auch zunehmend psychische Probleme von Jugendlichen, z. B. Internetsucht und Schulverweigerung. Gerade das letztere Problem gewinnt vor dem Hintergrund des konfuzianisch-hierarchischen Selbstverständnisses von Familien und der zwar inzwischen aufgeweichten, aber im Grundsatz noch geltenden „Ein-Kind-Politik“ eine besondere Bedeutung. Die Wünsche und Erwartungen der Eltern, aber auch der beiden Großeltern-Paare, die auf dieses Kind gerichtet werden, seien enorm. Zugleich haben diese Kinder in einer solchen Gemengelage wenige Freiräume zur Selbstentwicklung. Daneben werden Ehe- und Sexualprobleme, wenn auch noch zögerlich, zunehmend an das Zentrum herangetra-

gen. Ältere Menschen würden wenig erreicht, diese fühlten sich häufig, auch ohne materielle Sorgen, als „vergessene“ Gruppe. Im Zentrum wird nur mit psychotherapeutischen Mitteln gearbeitet. Wenn medikamentöse Behandlung notwendig wird, geschieht dies über Kooperation mit einer psychiatrischen Klinik.

Im Anschluss an diesen Informationsteil entwickelte sich eine spannende Diskussion anhand von zwei Fallbeispielen. Zum einen stellte eine Bremer Psychotherapeutin ein Kind mit einer Angstproblematik vor, zum anderen Dr. Sun eine junge Frau, die unter einem depressiven Syndrom litt. Es zeigte sich, dass sich trotz der kulturellen Unterschiede rasch ein gemeinsames Verständnis herausbildete. Von dieser Begegnung auf der Fachebene waren alle Teilnehmer äußerst angetan.

Ein weiterer Programmpunkt stellte der Besuch der psychiatrischen Klinik des „Beijing Anding Hospital“ dar. Zunächst fand eine Besichtigung des Hauses statt. Wir konnten Einblick in die Aufenthaltsräume der Patienten und in die verschiedenen Angebote der Klinik, z. B. Ergotherapie, Seidenmalerei, Kalligraphie, nehmen. Eine Teilnehmerin, die in der bremischen Psychiatrie tätig ist, zeigte sich beeindruckt von der lebendigen Stimmung, die die Patienten ausstrahlten. Vorrangige Krankheitsbilder waren Schizophrenie, depressive und bipolare Störungen sowie Substanzerkrankungen. Dr. Wu Jiang, ein junger Arzt, stellte in einer Power-Point-Präsentation die Geschichte und Arbeit der Klinik dar. Insbesondere betonte er die Auswirkungen des Modernisierungsschubes in China auf die psychische Verfassung der Menschen. Im Anschluss informierte die Klinikleiterin Frau Professor Yang über die Entwicklung der Psychotherapie und besonders der Psychoanalyse in China. Sie selbst gehörte zur ersten Generation von Psychoanalytikern, die in den Jahren 1988 bis 1999 von der Deutsch-Chinesischen Aka-



Bremer Reisegruppe im Beratungszentrum

demie für Psychotherapie in Peking ausgebildet worden ist. Diese Trainings fanden mit maßgeblicher deutscher Unterstützung statt, aber auch Fachkollegen anderer Länder beteiligten sich aktiv. Frau Yang berichtete von einer zunehmenden gesellschaftlichen Anerkennung der Psychotherapie. Insbesondere staatliche Stellen hätten erfahren, wie hilfreich der Einsatz von Psychotherapeuten insbesondere bei Traumatisierungen infolge von Massenfällen und Naturkatastrophen gewesen sei.

Zum Fachprogramm zählte darüber hinaus der Besuch des Pekinger Krankenhauses für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM). Dr. Chen Pong stellte die Arbeitsweise des Hauses vor und demonstrierte an einem Patienten mit halbseitiger Lähmung seine Akupunktur-Technik. Er verwies darauf, dass neben der traditionellen Medizin ebenfalls eine Integration der Schulmedizin, falls erforderlich, erfolge. Neben der stationären Behandlung unterhält die Klinik auch eine rege in Anspruch genommene Ambulanz. Eindrücklich war der Besuch der Apotheke der Klinik, in der auf der Basis eines jahrhundertealten Erfahrungswissens Mischungen aus verschiedenen Kräutern und Naturprodukten hergestellt werden.

Neben diesem Fachprogramm fanden weitere Besichtigungen des alten und modernen Peking statt. Stolz wurde uns das Olympiagelände mit dem „Vogelnest“ im Zentrum vorgeführt. Der Besuch des alten Sommerpalastes und des Lama-Tempels, einer tibetisch-buddhistischen Gebetsstätte, schloss das touristische Programm ab. Zeigten sich die Teilnehmer in den ersten Tagen noch verunsichert, sich infolge fehlender Sprach- und Schriftkenntnisse frei zu bewegen, wurden sie zunehmend mutiger, sodass sie sich auch ohne Reiseleiter ins Pekinger Gewühl stürzten. Besonders noch vorhandene Altstadtbereiche in Chaoyang lösten einen starken Anreiz aus, sich außerhalb von Hochhausschluchten zu bewegen.

Am Ende der ersten Woche hieß es dann für sieben Teilnehmer, Abschied zu nehmen. Sie reisten zurück nach Bremen, während die übrigen den Nachtzug nach Luoyang nahmen, um die Grotten von Longmen, das Shaolinkloster und am nächsten Tag die alte Kaiserstadt Xian zu besuchen. Auf dem Programm stand auch ein Besuch der in der Nähe gelegenen „Terrakotta-Armee“, die erst vor 40 Jahren entdeckt worden ist. Er rundete das Besuchsprogramm ab. Die Teilnehmer waren sich einig im Urteil: eine in allen Belangen sehr gelungene Reise ins China von heute.

„Wir fragen uns schon länger, was da nicht stimmt“

Arbeitsgruppe der Kammer will psychotherapeutische Versorgung verbessern

Der Kammervorstand hat im September beschlossen, eine Arbeitsgruppe (AG) zum Thema „Psychotherapeutische Versorgung“ in Bremen einzurichten. Helga

Loest sprach mit Dr. Michael Tillmann, der die Koordination der AG übernommen hat, über Aufgaben und Ziele der neuen AG.

H. Loest: Sie sind vom Kammervorstand als Koordinator der neu ins Leben gerufenen AG „Psychotherapeutische Versorgung“ benannt worden. Was sind die Aufgaben und Ziele der AG?

Dr. Tillmann: Bremen verfügt über sehr gute ambulante psychotherapeutische, neurologische und psychiatrische Angebote, z. B. die psychoanalytischen Institute, die Universitätsambulanz, verhaltenstherapeutische Ambulanz. Wir sollten diskutieren, wie diese Angebote miteinander vernetzt werden können sowie mit psychosozialen Einrichtungen, wenn eine ambulante Psychotherapie nicht indiziert ist.

Es sollten auch Ideen diskutiert und Konzepte entwickelt werden, wo darüber hinaus Engpässe in der ambulanten Versorgung bestehen: z. B. bei psychisch kranken RisikopatientInnen, die zu Gewalttaten neigen, Akutsprechstunden für PatientInnen, die akut erkranken, oder auch niederschwellige Angebote für psychisch erkrankte PatientInnen mit schweren Beeinträchtigungen (Psychose, Borderline, Suchterkrankungen). Wir sollten fragen, inwiefern hierfür Rahmenbedingungen für psychotherapeutische Praxen verändert werden müssten.

Auch Vorschläge für eine Erhaltungstherapie, wenn Behandlungsbedarf nach abgeschlossenen Behandlungen besteht, können diskutiert werden.

H. Loest: Provokant gefragt: Machen sich nicht schon genug Akteure im Gesundheitswesen – z. B. die Gesundheitsbehörde, die KV oder die Krankenkassen – Gedanken über eine bessere Versorgung severely kranker Menschen in Bremen?

Dr. Tillmann: Ja, und sehr kompetent und mit viel Engagement und nicht nur die, die Sie genannt haben. In Bremen warten dennoch psychisch Kranke etwa 8,8 Wochen auf ein Erstgespräch. Psychische Krankheiten nehmen zu in einer globalisierten Welt, die mit einem Verlust an Geborgenheit einhergeht.

Aus Kassensicht stellt sich die Frage anders. In einer Stadt wie Bremen gibt es aus Kassensicht trotz gelegentlicher Kostenerstattung – zugespitzt formuliert – kein Versorgungsproblem. Ein gewisser Unmut auf GKV-Seite ist durchaus nachvollziehbar, da jede Kasse für jeden Kostenerstattungsantrag eine ausführlich dokumentierte Stellungnahme beim Bundesversicherungsamt abliefern muss. Die Krankenkassen haben den Eindruck, die PsychotherapeutInnen – nicht nur in Bremen – seien selbst verantwortlich für die langen Wartezeiten für PatientInnen, weil sie zu wenige Wochenstunden arbeiten.

Die Bremer KV richtet nach meinem Eindruck nur sehr restriktiv halbe Praxissitze ein. Andere KVen, z. B. in Niedersachsen, sind da flexibler. Ohne eine Reform der Bedarfsplanung droht ein Abbau von 110 Sitzen allein in Bremen, denn die Bedarfsplanung orientiert sich nicht an der Häufigkeit psychischer Erkrankungen.

Es sollte aber nicht nur um Geld oder Praxissitze gehen. Ich stelle mir vor, dass auch kreativ Ideen entwickelt werden, die kein Geld kosten, z. B. durch Vernetzung.

H. Loest: Klar ist, dass die AG sich aus aktiv in der Versorgung tätigen Kammermitgliedern zusammensetzen soll, und zwar

aus ambulant und stationär Tätigen. Wie viele Mitglieder soll die AG umfassen?

Dr. Tillmann: Jeder ist willkommen. Wenn sich mehr KollegInnen finden, könnten wir auch über den Tellerrand hinausschauen und fragen, wie es in benachbarten Ländern aussieht. Jeder kann durchaus ein Thema übernehmen, das ihm Spaß macht. Dann arbeitet es sich leichter.

H. Loest: Wenn Kammermitglieder sich an der Arbeit beteiligen wollen, was müssen sie tun?

Dr. Tillmann: Zur ersten Sitzung kommen am 15.01.2013 um 20.00 Uhr in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Bremen, Hollerallee 22, 28209 Bremen. Wer nicht kommen kann, aber Interesse hat, kann mir schreiben. E-Mail-Kontakt unter: mtillm@web.de

H. Loest: Haben Sie bereits einen zeitlichen Horizont erarbeitet? Wann kann mit ersten Ergebnissen gerechnet werden?

Dr. Tillmann: Das hängt vom Verlauf der ersten Sitzung im Januar 2013 ab und davon, wie viele mitmachen. Dort werden die genannten Fragen diskutiert und Aufgaben verteilt.

H. Loest: Was ist Ihre persönliche Motivation, in dieser AG mitzuarbeiten?

Dr. Tillmann: In den letzten Jahren nehmen in meiner Praxis und bei KollegInnen die wöchentlichen Anfragen nach einem Therapieplatz stetig zu. Gleichzeitig sind wir doch offiziell „überversorgt“. Wir fragen uns schon länger, was da nicht stimmt.

Sorgen um Zukunft des Psychotherapie-Nachwuchses in Bremen

Universität Bremen will keine zusätzlichen Studiengänge einrichten

Am 17.10.2012 trafen sich Dr. Sylvia Helbig-Lang und Karl Heinz Schrömgens als Vertreter des Kammervorstands mit Gerlinde Walter, stellvertretende Abteilungsleiterin im Wissenschaftsressort und Referatsleiterin Hochschulen der Senatorin für Bildung,

Wissenschaft und Gesundheit, um über die Zukunft von Ausbildungsgängen an der Universität Bremen zu diskutieren, die die Zugangsvoraussetzungen für eine postgraduale Weiterbildung in Psychologischer Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfüllen. Die mit der Bologna-Reform erfolgte Umstellung der Studiengänge auf Bachelor und Master hat auch direkte Konsequenzen für die Zulas-

sung zur postgradualen Psychotherapie-Ausbildung. Aktuell kann eine Zulassung zur Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin auf Basis eines Masterabschlusses in Pädagogik, Sozialpädagogik oder Psychologie erfolgen, während für die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin allein ein Master in Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie qualifizierend ist. An der Uni-

versität Bremen existiert gegenwärtig nur der Studiengang Psychologie, der diese Anforderungen erfüllt, was insbesondere im Bereich der KJP zu einer starken Verknappung des Nachwuchses führt.

Auf Nachfrage der Kammer machte die Vertreterin der Senatorischen Behörde deutlich, dass es auf absehbare Zeit nicht zur Schaffung weiterer Studiengänge an der Universität Bremen kommen wird. Auch der existierende Bachelor „Soziale Arbeit“ wird nicht durch einen weiterführenden Master ergänzt. Die Behörde begründete dies mit den gestiegenen Ausbildungskosten durch die mit der Bologna-

Reform einhergegangenen längeren Studienzeiten. Dies würde auch allgemein zu einer Überprüfung aller Studiengänge der Universität Bremen führen, um die Wirtschaftlichkeit der Universität zu erhöhen. Entsprechend würden aktuell Stellenausschreibungen auch für Professuren nur befristet erfolgen.

Die Kammer wies nachdrücklich darauf hin, dass diese Politik zu einer deutlichen Verunsicherung der Studierenden und einer möglichen Herabsetzung der Bedeutung des Bremer Studiengangs führen könnte. Gleichzeitig hob sie die zentrale Rolle des Studiengangs für die zukünftige

Absicherung der psychotherapeutischen Versorgung in der Region hervor – insbesondere, da mit Ausnahme von Hamburg und Kiel keine weiteren Studiengänge in Klinischer Psychologie im norddeutschen Raum existieren. Hier besteht die Gefahr, zukünftig nicht genug psychotherapeutischen Nachwuchs ausbilden zu können, um den steigenden Bedarf an Psychotherapie zu decken. Der Vorstand wird daher auch weiterhin die Entwicklung der Studiensituation an der Universität Bremen verfolgen und sich für den Erhalt und eine hinreichende Ausstattung der Psychologie einsetzen.

Kammerversammlung beschließt Weiterbildung „Systemische Therapie“

Am 6. November fand die gut besuchte 27. Versammlung der Bremer Psychotherapeutenkammer statt. Auf der Tagesordnung stand die Erweiterung der Weiterbildungsordnung um den Bereich „Systemische Therapie“. Der stellvertretende Kammerpräsident Hans Schindler führte mit einem kurzen Vortrag „Systemische Therapie – ihre Relevanz für die Behandlung psychisch kranker Menschen“ ins Thema ein. Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie ist sowohl durch RCT-Studien als auch durch naturalistische Effektivitätsstudien nachgewiesen (vgl. PTJ 1/2007). Obwohl vom GBA bisher noch nicht als Richtlinienverfahren anerkannt, spielt sie für ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, in der stationären Psychotherapie und Psychiatrie sowie in Erziehungs- und Familienberatungsstellen eine wichtige Rolle. Dieser Tatsache folgend ist es nur angemessen, den approbierten Kammermitgliedern die Möglichkeit einzuräumen, sich durch eine anerkannte Weiterbildung entsprechend zu qualifizieren.

Einstimmig wurde beschlossen, den allgemeinen Teil der Weiterbildungsordnung zu verändern, „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ als mögliche Bereiche einzuführen und die Systemische Therapie hier aufzunehmen. Ohne Gegenstimme mit wenigen Enthaltungen wurde dann der Weiterbildungsordnungsteil angenommen. Dieser entspricht im Wesentlichen der auf dem Deutschen Psychotherapeut-

entag beschlossenen Rahmenprüfungsordnung und wird auf der Website der Bremer Psychotherapeutenkammer nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde nachzulesen sein.

Danach standen die Aussprache über den schriftlich vorgelegten Bericht des Vorstands und eine Resolution zur Verbesserung der Honorarsituation der niedergelassenen Psychotherapeuten auf der Tagesordnung. In der Diskussion fand die Arbeit des Bremer Kammervorstands viel Anerkennung, auch weil das Thema der Honorarsituation aufgegriffen wurde und aktiv vertreten wird. Deutlich wurde aber auch, dass die psychotherapeutischen Vertreter in der KV gefordert sind, diese Anliegen in

den dortigen Gremien einzubringen. Darüber hinaus brauchen wir eine Unterstützung aus dem politischen Bereich und durch den Gesetzgeber, wenn die Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen entscheidend verbessert werden soll. Einstimmig wurde die Resolution angenommen. Gleichgerichtete Aktivitäten von Vorstand und einzelnen Mitgliedern sind geplant.

Zwei Anträge aus der Mitgliedschaft wurden mit unterschiedlichem Ausgang diskutiert. Der Antrag, dass Erlöse aus ganzen oder halben Praxisverkäufen nicht auf die Beitragsermittlung angerechnet werden, wurde mit einer deutlichen Mehrheit abgelehnt. Ein Antrag, dass Weiterbildungszerti-



Dr. Sylvia Helbig-Lang, Hans-Schindler und Helga Loest vom Kammervorstand (von links)

fikate auch rückwirkend beantragt werden können, fand bei vielen Enthaltungen eine Mehrheit. Seine Umsetzbarkeit muss nun mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen besprochen werden, da die PKHB mit der PKN in Kooperation Akkredi-

tierung und Zertifizierung der Fortbildung betreiben.

Danach ging es zum Abschluss noch um Finanzen. Der Jahresabschluss war turnusgemäß von einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft einer prüferischen Durchsicht unterzogen worden. Der Vorstand wurde von der Versammlung ohne Gegenstimmen entlastet, der Haushaltsplan 2013 und der konstant bleibende Hebesatz danach einstimmig beschlossen.

Welche Hilfen es für Menschen gibt, die bereits seelisch erkrankt sind, beschrieb Björn Husmann in seinem Statement. Er verwies darauf, wie wichtig es sei, dass Betroffene sich professionelle Unterstützung holen, um ihre psychische Erkrankung behandeln zu lassen. Viele Menschen seien so belastet, dass sie den Kontakt zu den eigenen Bedürfnissen verlieren würden. Die Folge sei, dass ihre Genuss- und Regenerationsfähigkeit abnehme und sie diese in der Psychotherapie erst wieder aufbauen müssten.

Podiumsdiskussion der Kammer stieß auf großes Interesse

„Wenn Arbeit krank macht“: Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet

Der diesjährige Beitrag der Psychotherapeutenkammer zur „Woche der seelischen Gesundheit“ ist auf ein breites Interesse gestoßen. Zu der von der Kammer veranstalteten Podiumsdiskussion „Wenn Arbeit seelisch krank macht ... – Gesundheitsmanagement in Betrieben. Was stärkt die Mitarbeiter?“ kamen am 8. Oktober rund 80 Zuhörerinnen und Zuhörer in das Fortbildungszentrum der Bremer Ärztekammer am Klinikum Bremen-Mitte. Unter der Moderation von Axel Janzen, Beisitzer im Kammervorstand, wurde den Fragen nachgegangen, welche krank machenden Faktoren es am Arbeitsplatz gibt, wie sie einzudämmen sind und welche präventiven Ansätze sich in den Betrieben bewährt haben.

Auf dem Podium diskutierten Birgit Holtmann, Personalleiterin der Eurogate-Gruppe in Bremen und Bremerhaven, Uwe Schmid, Gewerkschaftssekretär von ver.di Bremen, der Bremer Psychotherapeut und 1. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren, Björn Husmann, und Kammervorstandsmitglied Helga Loest, die als Coach und Organisationsberaterin tätig ist. Axel Janzen führte in das Thema ein und beeindruckte mit Zahlen, die die Dimension des Problems verdeutlichten. Demnach stieg allein die Zahl der

Burnout-Diagnosen seit 2004 um 1400 Prozent. Der Anteil der seelischen Erkrankungen an Krankschreibungen beträgt derzeit 12,5 Prozent. Damit hat sich der Anteil seit 2000 etwa verdoppelt. Rund 40 Prozent aller vorzeitigen Verrentungen gehen mittlerweile auf das Konto psychischer Erkrankungen.

Birgit Holtmann gab Einblicke in die betriebliche Wirklichkeit und wies darauf hin, dass ihr Unternehmen gerade in den vergangenen Jahren große Anstrengungen unternommen habe, um seelischen Erkrankungen angemessen zu begegnen beziehungsweise ihnen vorzubeugen. Insbesondere das Eingliederungsmanagement sei verbessert worden und die betriebliche Sozialberatung habe ihre Angebote um Aspekte psychischer Belastung/Erkrankung erweitert.

Uwe Schmid, der als Gewerkschaftssekretär für die Bereiche Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen zuständig ist, berichtete von zunehmenden seelischen Belastungen gerade in den von ihm vertretenen Bereichen. Insbesondere in zuwendungsorientierten Berufen wie Kranken- und Altenpflege, Sozialarbeit oder Medizin komme zu der Arbeitsverdichtung ein intensiver Kontakt mit Fragen von Leid, Schmerz und Tod, der nicht spurlos an den helfenden Personen vorbeigehe und seelisch sehr belastend sein könne.

Wie wichtig Führungskräfte sind, wenn es um das Thema seelische Gesundheit am Arbeitsplatz gehe, verdeutlichte Helga Loest. Sie verwies auf die Vorbildfunktion der Vorgesetzten. Die Beschäftigten nicht nur als Produktivitätsfaktor, sondern auch als Mensch zu sehen, sei wichtig. Betriebliche Beratungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die neben sozialen auch die psychischen Probleme der Beschäftigten berücksichtigen, seien sinnvoll und notwendig.

Dass das Thema viele Interessierte anspricht, war auch den Reaktionen aus dem Publikum zu entnehmen. Zahlreiche Zuhörer melden sich zu Wort und diskutierten mit. Der lebhafteste Austausch sorgte für einen interessanten Abend, der einmal mehr verdeutlichte, wie wichtig das Thema seelische Gesundheit in dieser Zeit geworden ist.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:
Sylvia Helbig-Lang, Hans Schindler, Helga Loest und Karl Heinz Schrömgens.

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer Bremen
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

Risiko Großstadtleben? Herausforderungen für eine moderne Psychotherapie – 4. Hamburger Psychotherapeutentag 2012 am 15.09.2012 in den Räumen der Uni Hamburg

Hamburg – Das Leben in der Großstadt steht für die Vielfalt der Lebensformen und Kulturen, für die Freiheit der individuellen Lebensgestaltung, für Ungebundenheit und Unabhängigkeit im Umgang mit sich selbst und anderen. Aber: Aktuelle Studien weisen auf eine höhere Stressbelastung bei Stadtbewohnerinnen und Stadtbewohnern hin. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Städten ist hoch, auch in Hamburg. Verstärkt das Leben in der Großstadt also das Risiko, psychisch krank zu werden? Dieser und weiteren Fragen zum Leben in der Großstadt widmete sich der 4. Hamburger Psychotherapeutentag.

Frau Elke Badde, Staatsrätin der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, führte in ihrem Grußwort aus, dass es der Hamburger Politik ein Anliegen sei, Strategien und Maßnahmen zu entwickeln, um an den Entstehungszusammenhängen und Risikofaktoren für psychische Belastungen anzusetzen. Der Pakt für Prävention, an dem auch die Kammer als Kooperationspartnerin beteiligt sei, solle hier neue Impulse für Vernetzung und Projekte setzen. Die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung sei ein weiteres zentrales Vorhaben der Behörde. Es dürfe dabei aber nicht ausschließlich um die Frage eines „Mehr“ an Therapieplätzen gehen, sondern u. a. auch um eine bessere Verzahnung der bestehenden Angebote und eine gleichmäßigere Verteilung in der Stadt.

Prof. Dr. Rainer Richter griff den Faden von Frau Badde auf und begrüßte ausdrücklich, dass die Behörde sich der psychotherapeutischen Versorgung annehme und bei der Weiterentwicklung die fachliche Expertise der Profession nutze. Er schlug einen historischen Bogen zur



Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 4. Hamburger Psychotherapeutentages

100-jährigen Tradition der universitären Psychologie in Hamburg und einer ihrer renommierten Vertreterinnen, der Pädagogin und Psychologin Martha Muchow. Martha Muchow forschte und lehrte gemeinsam mit William Stern zu Beginn des 20. Jahrhunderts an der Universität Hamburg. Ihr Forschungsinteresse galt insbesondere sozial benachteiligten Gruppen und war stets an praktischen Problemen orientiert. In ihrem wegweisenden Buch mit dem Titel „Der Lebensraum des Großstadtkindes“ (1935) veröffentlichte sie die Ergebnisse einer Studie, die sie in Hamburg-Barmbek durchgeführt hatte, und postulierte, dass der Lebensraum Großstadt nicht nur determinierend wirke, sondern Kinder sich diesen als Akteurinnen und Akteure aktiv aneigneten.

Prof. Dr. Christoph Türcke begann seinen Vortrag mit einer Reflexion über den Be-

deutungswandel des Begriffs „Sensation“, der im ursprünglichen Wortsinn einen einfachen Sinneseindruck beschreibt und sich zu einer Beschreibung eines aufsehenerregenden Ereignisses gewandelt hat. Anhand dieses Bedeutungswandels lässt sich, so Türcke, auch ein gesellschaftlicher Wandel nachzeichnen, in dem das Extreme immer mehr zum Standard wird. Er verglich diese Veränderung mit einem Jahrmarkt, der nicht wie früher ein begrenztes und besonderes Ereignis sei, sondern nun das ganze Jahr über stattfindet. Das Individuum komme in zweierlei Hinsicht unter Sensationsdruck. Zum einen dürfe man nichts Sensationelles verpassen, zum anderen müsse man selbst aufsehenerregend sein, um überhaupt wahrgenommen zu werden. Türcke beschrieb, dass die steigende Menge, Vielfalt und Intensität der Reize das Leben in der modernen Gesellschaft zu einer täglichen Her-

ausforderung für die Verarbeitung dieser Sinneseindrücke machten. Er vertrat die These, dass es die Großstadt als „Ort“ nicht mehr gebe, sondern diese sich durch die elektronischen Medien gleichsam transzendiert habe. Im „stillen Kämmerlein“ zu Hause, das früher dem Rückzug und der Verarbeitung der „draußen“ erlebten Eindrücke gedient habe, stehe heute der Computer und biete eine unbegrenzte Zahl virtueller Wahrnehmungen bzw. Sensationen an. Als Resultat dieser Entwicklung von Entgrenzung befinde sich der Mensch heute zunehmend in einem Zustand konzentrierter Zerstreuung, der von einem erhöhten Erregungsniveau und der unaufhörlichen Suche nach Befriedigung geprägt sei. In dieser Situation gehe es darum, wieder Rückzugsräume zu schaffen, Strategien der Verlangsamung und „Bremstätigkeiten“ zu entwickeln. Der Psychotherapie komme mit ihren Grundhaltungen und ihrem Setting auf diesem Hintergrund eine wichtige Bedeutung zu.

Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl ging in seinem Vortrag zunächst auf die erhöhten Prävalenzraten psychischer Störungen in Großstädten ein und formulierte die These, dass ein spezifischer Stressfaktor in Städten der soziale Stress des permanenten Vergleiches, des Zwangs zur Statussicherung und Selbstoptimierung sei. Das zu-

nehmende Auseinanderklaffen zwischen Arm und Reich verschärfe diesen Stress. Relativ egalitäre Verhältnisse und Beziehungen hingegen wirkten stabilisierend auf die Gesundheit. Stadtentwicklungspolitik müsse diese Überlegungen stärker einbeziehen. Haubl beleuchtete besonders kritisch die Tendenzen zur Gentrifizierung in Hamburg, durch die bestehende integrale Nachbarschaften mit hoher Ortszufriedenheit und Ortsbindung bedroht seien.

PD Dr. Karin Siegrist setzte sich kritisch mit einer im Jahr 2011 veröffentlichten Studie auseinander, nach der Menschen, die in Städten aufgewachsen seien, eine höhere Stressreaktivität hätten und dadurch einem erhöhten Risiko ausgesetzt seien, psychisch krank zu werden. Sie vertrat die These, dass Variablen wie Bildung, berufliche Position, Einkommen, soziales Umfeld und sozialer Status wesentlich bestimmen für die Vulnerabilität seien als der Wohnort. Auch Siegrist unterstrich die Wichtigkeit des Faktors der sozialen Ungleichheit und betonte, dass insbesondere starker sozialer Stress zu einer erhöhten Gehirnaktivität im präfrontalen Kortex und der Amygdala führe. Es gelte zu erforschen, ob und wie die so entstandene chronisch erhöhte Stressreaktivität durch Psychotherapie veränderbar sei und welche Bedeutung dabei z. B. die therapeutische Beziehung spiele.

Die Workshops am Nachmittag boten die Möglichkeit einer vertieften Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten des Tagungsthemas. Welchen Risiken sind Kinder, die in einer Großstadt leben, in ihrer Entwicklung ausgesetzt? Welche Belastungen haben Paare im System Großstadt zu bewältigen? Wie wirken sich veränderte Abläufe, Strukturen und Werte in der Arbeitswelt auf das seelische Erleben aus? Diese Fragen wurden intensiv in drei verschiedenen Veranstaltungen diskutiert. In einem weiteren Workshop wurde die Notwendigkeit einer verstärkten interkulturellen Öffnung in der Psychotherapie thematisiert und mit konkreten Überlegungen zur Umsetzung verknüpft. Um „Lebenskompetenzen“, die nach Erich Fromm grundlegend für die seelische Gesundheit des Menschen sind, ging es im fünften Workshop. Die Bedeutung von Qualitäten wie Bezogenheit, Identität, Verwurzelung, Transzendenz und eines orientierenden Rahmens in der psychotherapeutischen Arbeit wurde erkundet und diskutiert.

In der Abschlussrunde wurde deutlich, dass zahlreiche Erkenntnisse in Bezug auf das Zusammenspiel von Lebenswirklichkeiten und seelischer Gesundheit bestehen und die Profession aufgefordert ist, sich mit ihrem Wissen deutlicher an Diskussionen zu politischen und sozialen Fragen zu beteiligen.

Berufsrecht – Ein spannendes und kontroverses Thema

Bettina Nock, *Psychologische Psychotherapeutin, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg*

Hamburg – Ein altherwürdiger Hörsaal unter der Kuppel der Universität Hamburg bildete den Rahmen für eine große Informationsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Hamburg zu „Grundlagen des Berufsrechts für PP und KJP“ am 24. Oktober 2012 und spiegelte die Wichtigkeit dieses Themas. Fast 300 Kolleginnen und Kollegen waren der Einladung gefolgt und lauschten mit Interesse den beiden Vorträgen von Bettina Nock und RA Hartmut Gerlach. Petra Rupp strukturierte den Abend mit ihrer gelungenen Moderation.

Bettina Nock, Vorsitzende der Beschwerdekommision und Vorstandsmitglied, führte in die gesetzlichen und rechtlichen Strukturen der Kammer ein; sie beschrieb Aufgaben und Ablauf des Beschwerdemanagements der Kammer und die Arbeit der damit betrauten Gremien, insbesondere der Beschwerdekommision. Danach wurden spezielle berufsrechtliche Themen vorgestellt, die wiederholt Gegenstand von Beschwerden waren und Beschwerdekommision und Geschäftsstelle zunehmend beschäftigen. Dazu gehören der Umgang mit dem Ausfallhonorar, weiterhin Einhalten der bzw. Entbindung von der Schweigepflicht, das Führen der Behandlungsdokumentation, das Recht des Pati-

enten auf Einsichtnahme in seine Patientenakte, Fragen zur Abstinenz usw.

Am Ende gab es einen Ausblick auf das neue Patientenrechtegesetz und die möglichen Auswirkungen auf die Arbeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Eine besondere Herausforderung wird es sein, in einem nach innen (innerhalb unserer Profession) und außen (gegenüber Patientenorganisationen) geführten Diskussionsprozess die Rechte der Patientinnen und Patienten auf ihre informationelle Selbstbestimmung abzuwägen gegenüber den sich aus der therapeutischen Beziehung ergebenden speziellen Umgangsweisen und Notwendigkeiten bei



Die Berufsrechtveranstaltung der PTK Hamburg im Hörsaal B der Universität Hamburg

der Aufzeichnung und Offenlegung therapeutischer Inhalte.

Bettina Nock kündigte an, dass nach Verabschiedung des Gesetzes (voraussichtlich in der ersten Jahreshälfte 2013) eine spezielle Info-Veranstaltung der PTK Hamburg dazu geplant sei.

Nach einer Erfrischungspause hielt Rechtsanwalt Hartmut Gerlach seinen im Verlauf zunehmend „interaktiv“ mit dem Publikum gestalteten Vortrag zu berufsrechtlichen Fragen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, wobei seine Ausführungen gleichermaßen für die Er-

wachsenentherapeuten erhellend waren. Anhand eines Beispielfalls zeigte er die verschiedenen Aspekte und Auswirkungen des Berufsrechts im therapeutischen Alltag und ging praxisnah auf den Umgang mit berufsrechtlichen Fragen ein.

Zu beiden Vorträgen erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer umfassende Handouts/Broschüren, sodass ein späteres Nachschlagen zu den angesprochenen rechtlichen Themen und den sich daraus ergebenden Fragen jederzeit möglich ist.

In der abschließenden Fragerunde und Plenumsdiskussion, die sich nahtlos an

den Vortrag von Herrn Gerlach anschloss, wurde deutlich, wie groß das Interesse der Kolleginnen und Kollegen am Umgang mit berufsrechtlichen Fragen auch aus der persönlichen Betroffenheit in der praktischen täglichen Arbeit ist. Die Vielzahl konkreter Fragen aus dem Publikum, genährt von Erfahrungen aus der Praxis, wurden von den beiden Referenten anschaulich und umfassend beantwortet, wobei man sicherlich einzelnen persönlichen Fragen nicht immer gerecht werden konnte.

Die Veranstaltung endete nach 2,5 Stunden intensiven Inputs und Austausches; viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekundeten ihr Interesse an weiteren Veranstaltungen zu spezifischen Fragestellungen des Berufsrechts. Angesichts der durchweg positiven Resonanz durch Kolleginnen und Kollegen lässt sich resümieren, dass es eine gelungene Veranstaltung war – sowohl in Organisation als auch Inhalt –, die eine Wiederholung verdient hat.

Aufgrund vielfältiger Nachfragen ist für das Frühjahr 2013 eine speziell für die Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgerichtete Informationsveranstaltung in Vorbereitung, die Folgen des Kinderschutzgesetzes vor dem Hintergrund „Kindeswohlgefährdung“ und Fragen des Sorgerechts zum Inhalt haben wird.

Was Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Hamburg bewegt

Hamburg – Die Zuspitzung der Arbeitssituation für KJP in Hamburg durch die flächendeckende Einführung der Ganztagsbetreuung an Schulen war ein Anlass für eine Veranstaltung der Psychotherapeutenkammer Hamburg am 30.10.2012, Informationsaustausch und Vernetzung der Kolleginnen und Kollegen nach der Ausweitung der KJP-Sitze im Rahmen der 20%-Regelung ein anderer. In der gut besuchten Veranstaltung wurde zunächst über die Versorgungslage in Hamburg informiert und diskutiert. Bei einer insge-

samt ausreichenden Anzahl von niedergelassenen KJP zeigt sich wieder einmal das schon seit Langem bestehende Problem, dass in den kinderreichsten Stadtteilen Hamburgs die wenigsten KJP praktizieren. Daran haben auch die 70 Neuzulassungen im Jahr 2010 nur unwesentlich etwas geändert. Die Ballung von KJP-Praxen in den beliebten innerstädtischen Bezirken führt dort zu Klagen über eine mangelnde Auslastung der Praxis, während in den Randgebieten die KJP nicht wissen, wohin mit den Patienten. Wie sich unter diesen Be-

dingungen eine bessere Verteilung der Patientinnen und Patienten organisieren lässt, wurde ebenso besprochen wie die Frage, wie man die im nächsten Jahr neu ausgeschriebenen Sitze in die unterversorgten Gebiete bekommen könnte.

Die für die anwesenden KJP weitaus brisantere Thematik dieses Abends bezog sich auf die Frage, wie zukünftig die Arbeit aussehen könne, wenn die überwiegende Mehrzahl der Patienten bis 16:00 Uhr in der Schule ist und Eltern und Lehrer sich

gegen das Ausfallen von Unterricht sperren. Momentan sind die meisten Kolleginnen und Kollegen auf das „Goodwill“ von Lehrern und Schulleitungen angewiesen, um ihre Patienten ausreichend behandeln zu können.

„Ich habe einige Patienten seit den Sommerferien nicht mehr gesehen“, sagt eine KJP, die eigentlich immer eine volle Praxis hatte.

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg hat im August dieses Jahres zum zweiten Mal eine Umfrage unter allen KJP durchgeführt zu der Frage der Auslastung der Praxen zu verschiedenen Tageszeiten und der Veränderung der Situation durch die GBS. Im Gegensatz zu der Umfrage von 2010 haben sich dieses Jahr mehr als dreimal so viele Kolleginnen und Kollegen beteiligt. Die Schwierigkeit, Vormittags- und frühe Nachmittagsstunden zu besetzen, hat sich gegenüber 2010 um ca. 25 bis 30% er-

höht, und die Bereitschaft der Schulen, Kinder für eine psychotherapeutische Behandlung freizustellen, ist um die Hälfte gesunken. Viele Kolleginnen und Kollegen befürchten, ihre Arbeit zukünftig weder zeitlich noch inhaltlich auf einem angemessenen Niveau halten zu können. Eine übergreifende Regelung dieses Problems zeigte sich für alle KJP als dringend erforderlich.

Die von einigen Kolleginnen und Kollegen eingebrachte Möglichkeit, Psychotherapie in die Schulen zu verlegen, erschien den meisten Anwesenden keine gute Lösung zu sein. Die beiden Systeme Schule und Psychotherapie wurden als zu unterschiedlich und wenig kompatibel angesehen. Weder inhaltliche noch berufsrechtliche Bedingungen psychotherapeutischer Arbeit seien im Setting Schule ausreichend gewährleistet, war die mehrheitlich vertretene Meinung. Eine engere Vernetzung mit Schulen im Stadtteil wurde dagegen als

sinnvoll und anstrebenswert diskutiert. Heiterkeit bei den Anwesenden löste der Wunsch eines Kollegen nach einer Quotenregelung für männliche KJP bei der Vergabe von Praxissitzen aus, auch wenn die „Verweiblichung“ des Berufs durchaus als Problem gesehen wurde.

Insgesamt wurde an diesem Abend deutlich, wie wichtig eine enge und regelmäßige Zusammenarbeit von Vertretern der KJP für alle Kolleginnen und Kollegen ist. Der Wunsch nach einer regelmäßig tagenden Arbeitsgruppe KJP wurde den anwesenden Vorstandsmitgliedern und Delegierten mit auf den Weg gegeben.

Geschäftsstelle

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

Bericht zum 10. Kammertag der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Hamburg – Am 1. September 2012 trafen sich Delegierte und Ausschussmitglieder zum Kammertag, der in diesem Jahr zum 10. Mal stattfindenden Klausurtagung, auf der in einer vertieften Form über aktuelle berufspolitische und fachliche Themen beraten wird. Nach kurzen Impulsreferaten diskutierten die Teilnehmenden in Arbeitsgruppen über

- die Reform der Psychotherapieausbildung unter der Perspektive „Direktausbildung versus postgraduale Ausbildung“,
- das Internet als „Dritter“ in der Psychotherapie und
- psychische Gesundheit und berufliche Belastungen.

Grundlage für die Diskussion über die Reform der Psychotherapieausbildung war das Eckpunkte-Papier der BPTk zu Modellstudiengängen, das differenzierte Kriterien und Anforderungen an einen Modellstudiengang „Psychotherapie“ formuliert, z. B. die Gewährleistung, dass alle wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren von dazu befähigten Dozentinnen und Dozenten gelehrt und ausreichend praxisbezogene und selbstreflexive Lehrformen und Lehrinhalte angeboten werden müssen. Die Teilnehmenden stimmten im Wesentlichen diesen Eckpunkten zu, die auf der Bundesebene im Länderrat weiter beraten werden sollen.

Die zunehmende Bedeutung des Internets für alle gesellschaftlichen Bereiche macht auch vor der Psychotherapie nicht Halt. Nicht nur das Thema „Internetsucht“ und die Frage nach dem Nutzen, der Wirksamkeit und den Risiken internetgestützter Therapie- und Beratungsangebote wurden erörtert. Auch die Auswirkungen von Bewertungsportalen oder der Einfluss der über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu findenden Informationen im Internet, z. B. berufspolitische Aktivitäten, Engagement in Vereinen, privater Facebook-Account, Fotos o. ä., auf die psychotherapeutische Beziehung wurden kritisch beleuchtet. Eine weitere Auseinandersetzung der Profession mit dieser Problematik im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung der Psychotherapie erschien allen Teilnehmenden als wünschenswert und notwendig. Als Beteiligte am Hamburger „Pakt für Prävention“, der sich im kommenden Jahr dem Thema „Gesund leben und arbeiten in Hamburg“ widmen wird, möchte die Kammer sich dort aktiv mit dem Thema „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ einbringen. In der Arbeitsgruppe wurde über verschiedene Ansatzpunkte und mögliche Projekte diskutiert, wie insbesondere die Berufsgruppen, in denen ein hohes Risiko einer psychischen Belastung besteht, erreicht werden können.

Neben den intensiven Diskussionen im Plenum und in den Arbeitsgruppen wurden auf dem Kammertag auch die Pausen produktiv genutzt zu kollegialem Austausch und gutem Essen, sodass neben dem Geist auch Leib und Seele genügend „Futter“ bekamen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das zu Ende gehende Jahr hat für niedergelassene Psychotherapeuten nur eine enttäuschend kleine Honorarerhöhung erbracht, die noch nicht einmal zum Inflationsausgleich taugt. Umso positiver ist, dass auch in Hessen Bewegung in die Vergütung des „Psychiatriejahrs“ für PiA kommt. Zwei Demonstrationen, die ich letztes Jahr vors Hessische Sozialministerium und



Alfred Krieger

dieses Jahr zum Kommunalen Arbeitgeberverband begleitet habe, sind nicht ohne Wirkung geblieben: Das Bewusstsein für die unzumutbare Vergütung der Praktischen Tätigkeit ist auch durch die Aktivitäten der Kammer gewachsen. So will Vitos als Hessens größter Anbieter für die ambulante, teil- und vollstationäre Behandlung psychisch kranker Menschen Spielräume innerhalb des Tarifsystems nutzen, um PiA-Leistungen regelhaft zu bezahlen. Dies wurde dem Kammervorstand in einem Gespräch im November mitgeteilt. Als weiteres Positivum wird bei Vitos darüber nachgedacht, wie eine leistungsgerechte

Differenzierung zwischen PP und nicht approbierten Psychologen abgebildet werden kann. Im Januar hatten sich Landeskammer und Vitos auf gemeinsame Empfehlungen für die Gestaltung der Praktischen Tätigkeit geeinigt.

In der Hoffnung, dass Sie von der begonnenen Bewegung im kommenden Jahr profitieren, grüße ich Sie herzlich und mit den besten Wünschen für die Festtage und das Neue Jahr.

*Ihr Alfred Krieger
Präsident*

Zwischen „Aus“ und „Weiter“ – kein Ende der Novellierungsdebatten in Sicht

Ein Jahr nach der Bundeskonferenz der Ausbildungsinstitute ist eines klar: Eine Reform des PsychThG wird vor der nächsten Bundestagswahl nicht mehr kommen – Zeitschätzungen bewegen sich nun bestenfalls auf das Ende der nächsten Legislaturperiode. Klar ist auch, dass im BMG eine sog. „Direktausbildung“ – also ein approbationsbegründendes Erststudium der Psychotherapie – favorisiert wird und dass alle bisherigen Stellungnahmen der Profession, des Forschungsgutachtens, der Kammern und Verbände für eine Beibehaltung der postgradualen, verfahrensorientierten Instituts-Ausbildung bisher unbeantwortet geblieben sind.



Susanne Walz-Pawlita

zeit keine Lösungen geben, die die Unsicherheit über die akademischen Voraussetzungen des Ausbildungszugangs oder die finanzielle Notlage der PiA vermindern würden. Auch den von uns gewünschten Modellstudiengängen erteilte das BMG eine Absage: Kommen werde – wenn überhaupt – eine „revolutionäre“ Gesetzesnovellierung, die in der Breite eine Lösung der vom BMG identifizierten Probleme bietet.

Nach dem Vortrag mit anschließender Diskussion von Ministerialdirigent Volker Grigutsch auf dem letzten DPT klären sich ganz allmählich auch weitere Fragen: Eine wissenschaftliche Qualifikation auf Masterniveau ist für das BMG irrelevant. Es ist an ein erstes berufsqualifizierendes Hochschulstudium gedacht, das nach dem Abitur begonnen wird, im Lebensalter von vielleicht 23 bis 24 Jahren, mit Staatsexamen und Approbation endet und den Absolventen eine von den „Verengungen“ der Verfahrensvertiefung und den „Diskriminierungen“ des SGB V (Einschränkungen der sog. medizinischen Befugnisse) „befreite“ Berufstätigkeit ermöglicht. Wo und wie diese Qualifizierungen erreicht werden und wie eine der medizinischen Ausbildung entsprechende Nähe zur klinischen Situation hergestellt werden soll, bleibt völlig offen, denn es genüge, beim bisherigen, eher theoretisch ausgerichteten Studium zu bleiben und sog. 1:1-Patientenkontakte erst nach dem Studium vorzusehen.

Dennoch – so versicherte er – würden alle vorliegenden Konzepte geprüft und für die Novellierung des Gesetzes würde der „für den Berufsstand beste Weg“ gefunden. Angesichts solcher Ungereimtheiten ist kein Wunder, dass sich allerorts wieder die Stimmen mehren, die sich – auch im Interesse der Patienten – über die Verschiebung solcher „Revolutionen“ freuen.

*Susanne Walz-Pawlita
(Mitglied des Vorstands)*

DV der 3. Wahlperiode der LPPKJP Hessen

Am 5./6. Oktober tagte die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen in Wiesbaden.

Vor Eröffnung der DV lud die Kammer zu einer öffentlichen Fachveranstaltung ein, die das Thema „Patientenrechtegesetz“, insbesondere die Fragen der Dokumentation und Einsichtsrechte aus Sicht der Profession, beleuchten sollte (s. Bericht).

Unter TOP 1 der Tagesordnung der Delegiertenversammlung stellten die verschiedenen Listen in der DV ihre Positionen zum Thema „Modellstudiengänge zur Direktausbildung“ vor. Überwiegend einig war man sich darin, dass die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gewünschte Direktausbildung, also ein Studium der Psychotherapie, aus verschiedenen Gründen nicht dem Votum der Profession für eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes entspricht. Als kritisch wurden beson-

ders die notwendige Dauer eines Approbationsstudiengangs, die Frage der Repräsentanz der unterschiedlichen wissenschaftlichen Verfahren an der Hochschule sowie die Schwierigkeiten einer praktischen Kompetenzvermittlung in einem Studiengang bewertet. Gleichwohl wurde in der Diskussion deutlich, dass sich die Profession auf den mit der Initiative des BMG ausgelösten politischen Prozess einstellen und sich argumentativ einbringen wird.

Im Zentrum der Diskussionen am Samstag stand die Diskussion des Haushaltsentwurfs des Vorstands, der mit Anträgen zu Einsparungen bei Aufwandsentschädigungen und – aufgrund von Mehrausgaben und der in den vergangenen Jahren abgeschmolzenen Rücklagen – zu einer angemessenen Erhöhung der Kammerbeiträge ab 2013 verknüpft war. Nach intensiver Diskussion wurde dieser Entwurf 2013 mit klarer Mehrheit in der DV verabschiedet.

Der Präsident der Kammer, Alfred Krieger, würdigte die Verdienste von Jörg Fiedler als ehemaligem Vorsitzenden des Ausschusses und übermittelte ihm die besten Genesungswünsche der Kammer. Für den Ausschuss „Ethik und Berufsordnung“ wurden Frau Rebecca Spreter und Herr Jona Iffland einstimmig nachgewählt. Zudem erfolgte die Erstellung einer Vorschlagsliste für die Besetzung des Landesberufsgerichts.

Abschließend verabschiedete die Delegiertenversammlung einstimmig eine vom Qualitätssicherungs-Ausschuss vorbereitete Resolution zur Einbeziehung der LPPKJP Hessen in das „gemeinsame Landesgremium“ nach §90a SGB V (siehe www.ptk-hessen.de).

Dr. Matthias Ochs
(Wissenschaftlicher Referent)

Fachveranstaltung der LPPKJP Hessen zum Patientenrechtegesetz

Am 5.10.12 fand eine Fachveranstaltung im Vorfeld Delegiertenversammlung zum Patientenrechtegesetz (PatRG) statt, über das der Bundestag am 28.09.12 erstmals beraten hatte.

Einführend sprach Prof. Dr. Ulrich Müller, Mitglied des Vorstands der LPPKJP Hessen, über mögliche Implikationen und Folgen des PatRG für die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen und insbesondere auch mit Kindern und Jugendlichen. Er rückte die Voraussetzung der vertrauensvollen Beziehung für den Erfolg jeglicher heilkundlichen Tätigkeit ins Zentrum seiner Überlegungen und stellte sie in den Zusammenhang zu den Versuchen, die Erfahrung des Vertrauens juristisch zu kodifizieren. Durch den Zugriff des Gesetzgebers drohe daher ein fachfremder Eingriff in das *Binnenverhältnis* zwischen Patient und Psychotherapeut. Dennoch müsse sich der Heilkundler notwendigerweise auf gesetzliche Rahmenbedingungen einlassen, die seiner Tätigkeit auch einen geschützten Raum im Gesundheitsversorgungssystem böten. Dabei machte er zugleich auch

als praktizierender „Hermeneut“ auf die *unterschiedlichen Sprach- und Denksystematiken* zwischen kodifiziertem Recht und Heilkunde aufmerksam.

... sämtliche subjektiven Aufzeichnungen gehören in die Patientenakte ...

Im ersten Referat erläuterte die Rechtsanwältin **Anne Katrin Olischläger**, die als Beraterin für die Unabhängige Patientenberatung Deutschland in Gießen tätig ist, insbesondere geplante Neuerungen durch das PatRG (Bürgerlichen Gesetzbuch: §§ 630 a ff BGB-E; Sozialgesetzbuch Fünft: §§ 13 Abs. 3a, 66 SGB V-E), die für Psychotherapeuten (PPs, ÄPs und KJPs) Relevanz haben. Grundsätzlich, so Olischläger, solle das PatRG vergesetzlicht eine *Zusammenfassung wesentlicher Patientenrechte* darstellen, mit dem Impe-



Anne Katrin
Olischläger

tus, dass sich rechtlich ein *mündiger Patient auf Augenhöhe mit dem Heilkundler verständigen* könne. Im Folgenden ging sie vor allem auf die Aspekte der *Aufklärungspflichten* (§ 630 e BGB-E), der *Dokumentation der Behandlung* (§ 630 f BGB-E) sowie der *Einsichtnahme in die Patientenakte* (§ 630 g BGB-E) ein. Auch wenn manche Aspekte des Gesetzes erst durch detaillierte Rechtsprechung konkretisiert werden könnten, machte Frau Olischläger – was etwa die Dokumentation der Behandlung angeht – deutlich, dass auch *sämtliche subjektiven Aufzeichnungen* zum Patienten Bestandteil der Behandlungsdokumentation sind. Der Gesetzgeber sehe zwar weiterhin Einschränkungen des Einsichtsrechts in die Patientenakte durch den Patienten vor – jedoch nur, *wenn der Einsichtnahme erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstünden*. Diesen und weitere das PatRG betreffende Sachverhalte – wie etwa sinnvolle Formen der Patientenaufklärung im Sinne des PatRG – zu konkretisieren, ist Aufgabe einer *veränderten Musterberufsordnung*. Frau Olischlä-

ger machte deutlich, dass der Berufsstand zum jetzigen Zeitpunkt die Chance habe, zu verdeutlichen, an welchen Stellen und für welche Fragestellungen das PatRG für die psychotherapeutische Heilkunde nicht hinreichend deren Besonderheiten gerecht werde.

Das Spannungsfeld zwischen PatRG und „gelebter Wirklichkeit“

Die Philosophieprofessorin und Vizepräsidentin der TU Darmstadt, **Prof. Dr. Petra Gehring**, stellte in ihrem Beitrag das Spannungsfeld zwischen PatRG und „gelebter Wirklichkeit“ dar.



Prof. Dr. Petra Gehring

Hierzu illustrierte sie, dass der Typus *des Behandlungsvertrags als Dienstvertrag* zwar feste Rahmenbedingungen schaffe – gleichzeitig jedoch ein einfaches, zweipoliges Schema festschreibe, nämlich dasjenige der *Dienstleitung*. Dadurch werde die Komplexität der individuellen Behandlung auf einen bestimmten Rechtstypus reduziert, um den Patienten neben dem Behandler zu einem gleichberechtigten Vertragspartner werden zu lassen. Mit einer solchen *Komplexitätsreduktion*, die wesentliche Gesichtspunkte der Behandlung, der Fachlichkeit und auch der Beteiligten außen vor ließe, wie Angehörige, Kostenträger und Standesvertreter, vollziehe das PatRG eine nontriviale und implikations-

schwängere Verschiebung vom Strafrecht ins BGB. Auch wenn das PatRG zwar grundsätzlich als „Win-win-Szenario“ zwischen Patient und Heilkundler gedacht sei, so würde es gleichzeitig eine *Verrechtlichung von Beziehungsgeflechten* bedeuten – und Verrechtlichung sei auch *Vereinfachung* (Standardisierung, Beschleunigung), *Entmoralisierung* (Begrenzung von Erwartungen auf das, was vertraglich geschuldet ist, Ent-Antwortung), *Vertextung* (Konflikte werden sich am Formular/an juristischen Formeln auskristallisieren, Technisierung von Konfliktabwicklung) sowie *Rollenzuweisung* (verändert Beziehungsgeflechte – auch mittelbar).

Des Weiteren ging Gehring auf die Begriffe und Konzepte der *Autonomie* und *Transparenz* ein. Beide Begriffe seien im Zusammenhang mit zwei wesentlichen politischen Signaturen unserer Epoche zu sehen, nämlich zum einen des „*New Public Management-Trends*“ (Steuerung durch mehr „Selbstverantwortung“, kennzahlenorientiertes [externes] Controlling) und zum anderen der *Governance* (steuerndes Regieren) durch Verträge mit Zielvereinbarungscharakter und Monitoring-Elementen. Abschließend stellte sie mit Hinblick auf die Diskussion einige kritische Fragen: Woher kommt der Handlungsbedarf im Falle des PatRG? Warum Gesetzesrecht und nicht, wie bisher, „weiches“ Recht durch die Rechtsprechung? Wem nützt das Gesetz – und wem nützt die Pfadwahl „Vertrag“?

In der Diskussion wurden verschiedene Aspekte und Gesichtspunkte angesprochen. Es wurde auf die *spezielle Situation*

in der *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* eingegangen, wo neben dem Patienten auch die Eltern eine wesentliche Rolle spielen in Bezug auf die Inhalte der Dokumentation sowie das Einsichtsrecht in die Patientenakte. Zudem wurden die *positiven Aspekte des PatGR* nochmals betont, etwa Empowerment und Ertüchtigung von Patienten. Auch *psychodynamische Implikationen des PatRG* wurden erörtert, wie etwa, dass der gleichzeitig diffuse und produktive Beziehungsraum in Psychotherapie durch ein Vertragsverhältnis ersetzt werde. Insgesamt verdeutlichte die Diskussion, dass das PatRG bei allen begrüßenswerten Aspekten bezüglich verstärkter Patientenmündigkeit auch viele Spezifitäten vergrößert und vereinfacht. Unter anderem auch dadurch wird das Gesetz in wichtigen Punkten den Besonderheiten der psychotherapeutisch-heilkundlichen Tätigkeit nicht gerecht, weshalb das Gesetz an manchen Punkten voraussichtlich zahlreiche weitere juristische Konflikte provoziert und weitere Gerichtsentscheide nach sich ziehen wird. Die relative Unbestimmtheit des Gesetzes bezüglich der psychotherapeutischen Tätigkeit wurde aber auch als Vorteil gesehen: So besteht weiterhin ein noch unbestimmter Spielraum, der nach Auffassung der Referentinnen genutzt werden könne und vermutlich neuerlich richterliche Entscheidungen nach sich ziehen werde.

Dr. Matthias Ochs
(Wissenschaftlicher Referent),
Prof. Dr. Ulrich Müller
(Mitglied des Vorstands)

Gut besuchtes Hochschullehrertreffen der Kammer zum Thema „Direktausbildung“

Am 10. Oktober 2012 fand zum Thema „Direktausbildung“ das mit insg. 32 Teilnehmern gut besuchte dritte Treffen der hessischen HochschullehrerInnen in Frankfurt statt. Neben den „großen“ Fachbereichen Psychologie in Hessen waren auch zahlreiche Vertreter der sozialpädagogischen und pädagogischen Studiengänge vertreten, um in Anwesenheit von Herrn Abteilungsleiter und Ministerialdirigent Jörg Osmer (HSM), dem Referatsleiter und Ministerialrat Herrn Christoph Gae-

deke (HMWK) und Herrn Christoph Diefenbach (Leiter des LPA Hessen) ihre Vorstellungen zur Novellierung des PsychThG zu diskutieren.

Bereitschaft der LPPKJP Hessen, die dringende Reform des PsychThG mitzugestalten

Nach der Begrüßung durch Präsident Alfred Krieger führte die Vizepräsidentin Dr. Heike Winter in das Thema ein. Sie stellte

die Geschichte der Novellierungsdiskussion dar, die bisher noch keine Verbesserung der aktuellen Missstände in der Ausbildung erbracht habe, und brachte die Bereitschaft der Kammer zum Ausdruck, die dringend erforderliche Reform mitzugestalten. Entgegen dem einhelligen Votum der Profession, das im Forschungsgutachten 2009 formuliert wurde, sehe sie in der vom BMG nun geforderten Direktausbildung auch Chancen für eine echte Gleichstellung des Psychotherapeutenberufs mit

der Medizin-Ausbildung und für die Gestaltung der Weiterbildungsmöglichkeiten durch die Kammern.

Das DGPs-Modell – und seine Implikationen für die Weiterbildung

Unter der Moderation von Vorstandsmitglied Susanne Walz-Pawlita stellte zunächst Prof. Winfried Rief (FB Klinische Psychologie, Marburg) das bereits seit Januar veröffentlichte Modell der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) zu einer Reform der Ausbildung in einem approbationsbegründenden Bachelor-Master-Studium der Klinischen Psychologie und Psychotherapie vor. Dieses Modell habe den großen Vorteil, dass es sich an die vorhandenen Studienkapazitäten anlehne und mit wenigen Veränderungen der vorhandenen Psychologie-Studiengänge breit umsetzen lasse. Auch er betonte die Möglichkeiten, die eine Psychotherapie-Ausbildung im Studium schaffe, nämlich die „Formfehler“ des PsychThG zu korrigieren und die wissenschaftliche Basis des psychotherapeutischen Heilberufs zu stärken, auch und besonders im Vergleich zu den psychotherapeutisch tätigen Ärzten. Hier wandte er sich für die Zukunft klar gegen das bisherige sog. „Psychiatrie-Jahr“, das er als „Lidl“-Konzept, nämlich „billig durch Ausbeutung“, bezeichnete. Ebenfalls deutlich sprach er sich gegen das „veraltete“ Schulen-Denken der bisherigen Ausbildung aus: Die wissenschaftlich begründete Psychotherapie an der Hochschule sei heute weit über die streng verfahrensbezogenen Konzepte hinaus entwickelt worden. Eine Vertiefung in den verschiedenen wissenschaftlich anerkannten Verfahren sei Aufgabe der Weiterbildung, auch wenn die Hochschule die vorhandenen Psychotherapieverfahren natürlich lehren müsse, ohne allerdings die Forschungsversäumnisse einzelner Therapie-Verfahren lösen zu können. In einer neuen Ausbildungsstruktur mit Approbation an der Hochschule und anschließender Weiterbildung könnten seiner Ansicht nach auch unabhängig von einer Richtlinienvertiefung neue tätigkeits-spezifische Weiterbildungen, wie z. B. Neuropsychologie oder Somato-Psychologie, verfahrensübergreifend installiert werden. Hier liege eine Chance für die Weiterentwicklung des Berufs.

Zugang verschiedener Grundwissenschaften: Das „Kasseler Modell“ eines Psychotherapie-Masters

Als Alternative zum sog. DGPs-Modell stellte anschließend Prof. Cord Benecke (Leiter Klinische Psychologie, FB Psychologie Kassel) sein inzwischen akkreditiertes Modell eines insgesamt drei Jahre umfassenden Psychotherapie-Master-Studiums vor, das nach bestandener Eingangsprüfung auch sozialpädagogischen Bachelor-Absolventen den Zugang in einen Psychotherapie-Master-Studiengang ermöglicht. Das Modell realisiere den seit Jahren diskutierten Zugang aus verschiedenen Grundwissenschaften in einen Psychotherapie-Master und trage der Tatsache Rechnung, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bisher überwiegend aus den pädagogischen und sozialpädagogischen Grundberufen kommen. Im Zentrum seiner Überlegungen steht, dass ein Studium, das eine qualitativ hochwertige Approbation ermöglichen soll, nur in enger Anbindung an eine Forschungsambulanz stattfinden kann, die eine wissenschaftliche und selbstreflexive Begleitung von Psychotherapieverläufen über einen längeren Zeitraum ermögliche und die verfahrensübergreifend ermächtigt sein müsse, damit die Studenten bereits früh in die spezifischen Grundannahmen und Arbeitsweisen der unterschiedlichen Psychotherapieverfahren Einblick bekommen. Im Gegensatz zu W. Rief sieht er im sog. „Praktischen Jahr“ eine wichtige Erweiterung der im Studium erworbenen psychotherapeutischen Kenntnisse und Grundlagen, wobei er bereits in diesem letzten Studienabschnitt vor der Approbationsprüfung den Kontakt zwischen Hochschule und Ausbildungsinstituten für die anschließende Weiterbildung intensivieren möchte. Deutlich wandte sich C. Benecke mit seinen Überlegungen gegen das DGPs-Modell, das er zu eng an das bisherige Psychologie-Studium angelehnt sieht und demgegenüber er die intensive und systematisch angeleitete praktische Ausbildung – auch aus Gründen des Patientenschutzes betont: Eine Approbationsprüfung am Ende eines Studiums erfordere andere Inhalte als die bisherige Klinische Psychologie als einer unter vielen Schwerpunkten im psychologischen Masterstudiengang.

Fehlende Breite der Behandlungsverfahren in Psychologie-Studiengängen

Prof. Dr. med. Alexa Köhler-Offierski, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Präsidentin der evangelischen Fachhochschule Darmstadt sprach als dritte Hochschullehrerin zur Novellierungsdiskussion aus Sicht der sozialwissenschaftlichen und sozialpädagogischen Studiengänge. Sie verwies zunächst darauf, dass 80% der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus sozialpädagogischen Studiengängen kommen. Die Zusammenführung der Kinder- und Erwachsenenbildung in einheitliche Ausbildungsgänge sieht sie kritisch, da sie fürchte, dass spezifisch für die Kinderpsychotherapie wichtige pädagogische und sozialwissenschaftliche Grundlagen verloren gingen: „Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass das Risiko, psychisch zu erkranken, mit Zunahme weiterer sozialer Risiken wie Armut, Arbeitslosigkeit, Kinderreichtum, beengte Wohnverhältnisse etc. erheblich steigen wird. Bereits jetzt haben wir einen Bias in der psychotherapeutischen Versorgung im Sinne der Mittelschichtorientierung.“ Sie fürchte ein Denken, das Kinder als „kleine Erwachsene“ betrachte und eine Vereinheitlichung der Psychotherapieausbildung unter der Psy-



Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Hochschullehrertreffen der LPPKJP Hessen

chologie, deren Studiengänge bisher wenig geeignet seien, die notwendige Breite der Behandlungsverfahren zu lehren und eine Verknüpfung der Lehre mit Selbsterfahrung und Selbstreflexion, gerade in den tiefenpsychologischen und analytischen Behandlungsverfahren zu lehren.

Im Moment könne sie sich nicht vorstellen, Modellstudiengänge für eine Direktausbildung an einer Fachhochschule zu entwickeln, da diese das notwendige grundständige Lehrangebot für einen Abschluss im Fach Soziale Arbeit zu stark beschneiden würde. Dennoch sieht sie in psychotherapeutischen Master-Studiengängen, die einen breiten Zugang aus verschiedenen Grundwissenschaften gewährleisten, eine Entwicklungsmöglichkeit für die Zukunft.

„Die Hoffnung auf eine kleine Novellierung sei aufzugeben ...“

Nach der Pause stellten sich die beiden anwesenden Vertreter der Landesregierung der Diskussion. **Jörg Osmers (HSM)** stellte zunächst klar, dass die nunmehr angelaufenen Bund-Ländergespräche eine Novellierung aus fachlichen Gesichtspunkten entwickeln werden, die erst anschließend in rechtliche Formen gegossen werden. Ausgangspunkt sei, die Augenhöhe zur Medizin herzustellen und klare Kriterien für das, was eine künftige Approbationsordnung enthalten soll, zu entwickeln. Besonders wichtige Themen seien: den Zugang zur Psychotherapie zu regeln, insbesondere auch im Hinblick auf die pädagogischen Studiengänge, die Finanzierung der PiA zu sichern und die Rolle der psychotherapeutischen Verfahren für eine Ausbildung zu beleuchten. Die Hoffnung auf eine „kleine“ Novellierung sei aufzugeben – hier habe das BMG klar Position bezogen.

„Die pädagogischen Studiengänge dürfen nicht unter den Tisch fallen ...“

Christoph Gaedeke (HMWK) ergänzte die Ausführungen damit, dass die Wissenschaftsministerien der Länder von Anfang an in die Diskussion um die Direktausbildung einbezogen werden. Es gebe eine klare Haltung seines Ministeriums, dass die pädagogischen Studiengänge auch in Zukunft nicht unter den Tisch fallen dürften. Die Direktausbildung sei eine Herausforderung an die Hochschulen, ihre Praxis neu zu entwickeln, natürlich auch in Anbetracht ihrer Kapazitäten, aber auch eine Chance, die Vernetzung von Wissenschaft und Ausbildung zu intensivieren. An Gebühren für Psychotherapie-Studiengänge sei vorläufig nicht gedacht.

In der anschließenden Diskussion, die vom Vorstandsmitglied **Prof. Ulrich Müller** moderiert wurde, stand zunächst die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Vordergrund. Hier wurde mehrfach grundlegend Kritik am ordnungspolitischen Novellierungsmodell der Direktausbildung geübt, die an den Belangen der Profession vorbeigehe, insbesondere befürchten lasse, dass es in Zukunft kaum noch Kollegen gäbe, die schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche behandeln (**Prof. Quindeau**, FH Frankfurt). Demgegenüber vertrat **Prof. Stangier** (Frankfurt) die Auffassung, dass inzwischen ein Drittel der Psychologen eine KJP-Ausbildung anstrebe. **Prof. Sann** (FH Fulda) meinte, entscheidend sei, zu klären, welche Kompetenzen die Absolventen erreichen könnten. Wenn dies klar sei, könne er sich vorstellen, auch an der FH Modelle einer Direktausbildung zu entwickeln. Seitens **Prof. Stark** (Gießen) wurde darauf hingewiesen, dass die enge Bindung zwischen Psychologie-Master und Psychotherapie-Approbation dazu beitragen könne, dass

der Zwang, unbedingt nur diesen Beruf ergreifen zu müssen, entfalle. Ebenso sei die von einigen geforderte Verfahrenorientierung der Hochschul-Ausbildung nicht mehr angemessen: Es ginge nicht, alle Stränge der bisherigen Ausbildung auch für die Zukunft zu berücksichtigen. Demgegenüber betonte **Prof. Habermas** (Frankfurt), dass dort bereits jetzt in zwei Verfahren ausgebildet und gelehrt werde, ebenso wie dies Prof. Benecke für Kassel vorgesehen habe – was von Alfred Krieger in seinem Schlusswort aufgegriffen wurde mit dem Hinweis, es gebe auch noch eine Reihe psychotherapeutischer Verfahren, die noch gar nicht genannt wurden.

Die lebhaft und kontroverse Diskussion endete nur deshalb einigermaßen pünktlich, weil die nordhessischen Teilnehmer ihre letzten Züge bekommen mussten. Selbstverständlich kam keine Einigung zustande, Beweis für die augenzwinkernd vorgebrachte These von Herrn Osmers, dass die Psychotherapeuten für das Ministerium ein furchtbar „anstrengendes Klientel“ seien, weil sie sich – wie in ihren Behandlungen – immer „mit der ganzen Person“ für ihre Überzeugungen einsetzten. Trotz des dicht gepackten Programms war es eine sehr informative und lohnende Veranstaltung, die bei neuen Entwicklungen zur Novellierungsdiskussion sicher fortgesetzt werden kann.

Der Vorstand der Kammer freut sich, dass sich die Hochschullehretreffen mittlerweile zu einer lebendigen und kontinuierlichen Einrichtung der Kammer entwickelt haben, und dankt allen, die dazu beigetragen haben, auf diesem Wege noch einmal sehr herzlich. Die Vorträge der Referenten sind auf der Homepage abzurufen: www.ptk-hessen.de.

*Susanne Walz-Pawlita
(Mitglied des Vorstands)*

Mitteilungen der Geschäftsstelle

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen
Kolleginnen und Kollegen:

Monika Mühlthaler (Frankfurt),
Harald Rohde (Marburg),
Dietmar Rumpf (Gründau),
Hella Simon (Mainz),
Peter Teichmann (Bad Wildungen).

7. Hessischer Psycho- therapeutentag „Burnout – out? Zur Psychotherapie einer „Zeitkrankheit““

12./13. April 2013
Johann Wolfgang Goethe-Universität,
Casinogebäude, Frankfurt am Main

Gemeinsame Fachtagung der LÄK Hessen und der LPPKJP Hessen

*Psychotherapie in
Deutschland – etwas
Besonderes?*

*Vielfalt, Spezialisierung,
Rationierung*

18./19. Januar 2013
Haus am Dom, Frankfurt am Main

Redaktion Hessische Kammer- seiten:

Yvonne Winter, Dr. Matthias Ochs

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden

Tel. 0611. 53168 0
Fax 0611. 53168 29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Änderung der Beitragsordnung

Am 6. Oktober 2012 hat die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen die folgende Änderung der Beitragstabelle zur Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen beschlossen:

„Mit Wirkung ab Erhebung des Kammerbeitrages für das Jahr 2013 gilt die in der Anlage beigefügte Beitragstabelle bei der Einstufung zum Kammerbeitrag.“

Wiesbaden, den 8. Oktober 2012

*gez. Alfred Krieger
Präsident*

Hessisches Sozialministerium

V2B – 18 b 2420

Die von der Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen am 6. Oktober 2012 beschlossene Änderung der Beitragsordnung, wird hiermit von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, den 16. Oktober 2012

*Im Auftrag
gez. Susanne Nöcker i.V.*

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen am 6. Oktober 2012 beschlossene Änderung

der Beitragsordnung, vom Hessischen Sozialministerium genehmigt am 16. Oktober 2012, Geschäftszeichen V2B – 18 b 2420, wird hiermit ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht.

Wiesbaden, den 22. Oktober 2012

*gez. Alfred Krieger
Präsident*

Anlage zur Beitragsordnung:

Beitragstabelle 2013

Einkünfte		Beitrag
Bis	10.000,00 €	70,00 €
Bis	12.000,00 €	90,00 €
Bis	14.000,00 €	110,00 €
Bis	16.000,00 €	130,00 €
Bis	18.000,00 €	150,00 €
Bis	20.000,00 €	170,00 €
Bis	22.000,00 €	190,00 €
Bis	24.000,00 €	210,00 €
Bis	26.000,00 €	230,00 €
Bis	28.000,00 €	250,00 €
Bis	30.000,00 €	270,00 €
Bis	32.000,00 €	290,00 €
Bis	34.000,00 €	310,00 €

Bis	36.000,00 €	330,00 €
Bis	38.000,00 €	350,00 €
Bis	40.000,00 €	370,00 €
Bis	42.000,00 €	390,00 €
Bis	44.000,00 €	410,00 €
Bis	46.000,00 €	430,00 €
Bis	48.000,00 €	450,00 €
Bis	50.000,00 €	470,00 €
Bis	52.000,00 €	490,00 €
Bis	54.000,00 €	510,00 €
Bis	56.000,00 €	530,00 €
Bis	58.000,00 €	550,00 €
Bis	60.000,00 €	570,00 €
Bis	62.000,00 €	590,00 €
Bis	64.000,00 €	610,00 €
Bis	66.000,00 €	630,00 €
Bis	68.000,00 €	650,00 €
Bis	70.000,00 €	670,00 €
Bis	72.000,00 €	690,00 €
Bis	74.000,00 €	710,00 €
Bis	76.000,00 €	730,00 €
Bis	78.000,00 €	750,00 €
Bis	80.000,00 €	770,00 €
Ab	80.001,00 €	790,00 €

Im Jahr 2012 haben 154 Kolleginnen und Kollegen in Niedersachsen erfolgreich die Prüfungen zur Approbation abgelegt. Im Jahr 2011 waren dies 134. Wir gratulieren Ihnen ganz herzlich zu diesem wichtigen Grundstein der Berufsausübung.

Die Erlaubnis zur eigenständigen, heilkundlichen Tätigkeit haben Sie sich erarbeitet.

Wir wissen, wie schwierig dieser Weg für Sie war. Wir wünschen Ihnen viel Erfolg in Ihrem weiteren Berufsleben, sei es als angestellte/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut, als Niedergelassene/r mit oder ohne Kassenzulassung als KJP oder PP.

An der Besserung der Berufsausübung möchten alle Delegierten in der Kammer-

versammlung mit Ihnen gemeinsam arbeiten. Wenden Sie sich gerne an die PKN, den Vorstand oder direkt an Mitglieder der Kammerversammlung, wann immer sie es brauchen. Die Arbeit mit Ihren Patientinnen und Patienten möge Ihnen viel Freude machen.

Kammerversammlung am 13. Oktober 2012

Herr Dr. Wittmann erklärte im August 2012 seinen Rücktritt als aktives Mitglied in der Kammerversammlung. Frau Corman-Bergau würdigte seine großen Verdienste als Präsident der PKN von 2001 bis 2010 und als Vizepräsident der Gründungsperiode der BPTK von 2003 bis 2005. In der jetzigen Periode der Kammerversammlung hat er beratend in allen Fragen zur Seite gestanden. Weiterhin wird er im Ausschuss für psychiatrische Krankenversorgung für die PKN tätig sein. Wir möchten ihm an dieser Stelle noch einmal den Dank aller Mitglieder der PKN übermitteln.



Bis zur Halbzeit der jetzigen Legislaturperiode haben weitere langjährige und ver-

dienstvolle Mitglieder der Kammerversammlung ihren Sitz in der Versammlung zurückgegeben und neue Kolleginnen der Wahllisten sind nachgerückt.

Wir danken den Mitgliedern Herrn Werner Köthke für seine langjährige Vorstandsarbeit und seinen großen Einsatz beim Aufbau der PKN, Frau Dr. Gabriele Greve und Herrn Willi Nunnendorf für ihre langjährige Mitarbeit, insbesondere für ihren Einsatz im Bereich der Qualitätssicherung, Herrn Wilfried Hauer für seinen Beitrag zu allen Fragen, die die Zusammenarbeit mit der KV betreffen, und Herrn Rüdiger Bückmann für seinen langjährigen Einsatz für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Krankenhäusern. Nach kurzer Zeit in der Kammerversammlung musste sich unser Mitglied Jens Niemann aus persönlichen Gründen aus der Arbeit zurückziehen, auch ihm sei herzlich gedankt.

Als neue Mitglieder der Kammerversammlung wurden bisher begrüßt:

Frau Dr. Kristina Schütz, Herr Florian Wasilewski, Herr Horst Kleinhenz, Herr Dr. Timo Reißner, Herr Dr. Enno Maaß, Herr Andreas Kretschmar und Frau Kordula Horstmann.

So hat sich die Kammerversammlung erneut „verjüngt“ und wir freuen uns darauf,

weiter tatkräftig die Vertretung des Berufsstandes voranzutreiben.

Die wichtigen Themen Änderung der Bedarfsplanung, Honorargerechtigkeit und Ausbildung waren Kern der Kammerversammlung.

Herr Rechtsanwalt Vestring, der für die Clearingstelle und die berufsrechtliche Ermittlung im Auftrag der PKN tätige Jurist, stellte die Arbeit und das Vorgehen der Clearingstelle und die Systematik bei den berufsrechtlichen Verfahren vor.



Er stellte heraus, dass ein berufsrechtliches Verfahren bei der Kammer dann unterbrochen werden müsse, wenn eine staatsanwaltliche Ermittlung einsetzt, und erst nach

einer strafrechtlichen Klärung ein berufsrechtliches Verfahren wieder aufgenommen werden könne.

Der Haushaltsplan für 2013 wurde mit großer Mehrheit verabschiedet.

Weitere Ergebnisse aus den Ausschüssen: Ausschussfragen waren die Errichtung eines niedrigschwelligen Beratungsangebots, das Patienten und Betroffene berät, auch wenn diese anonym bleiben wollen.

Die Kommission Angestellte hat die Finanzsituation kritisch durchleuchtet auch im Hinblick auf die Gründung von Servicegesellschaften und die Einstellung von Bachelorabsolventen in der Behandlung. Heilkundliche Tätigkeiten werden hier nicht genügend geschützt. Mit Sorge nehmen die Kommissionsmitglieder weiterhin die zunehmenden Nachwuchsprobleme bezüglich approbierter KollegInnen in den Erziehungsberatungsstellen und allgemein im Jugendhilfebereich wahr.

Die Themen Praxisweitergabe und Praxiswertermittlung beschäftigten den Ausschuss Nachwuchsförderung und die eingerichtete Arbeitsgruppe weiter. Sie wollen für die kommende Kammerversammlung einen Entwurf einbringen.

Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von schizophrenen Erkrankten, ein Interview mit Dr. Josef Könning zur Tagung der PKN am 22.02.2013 in Hannover

Wie schätzen Sie Ihre Rolle als Psychotherapeut in der Versorgung von schizophrenen Menschen ein?

Als ich vor 23 Jahren mit meiner Praxis anfang, hab ich viel mit schizophrenen Erkrankten psychotherapeutisch gearbeitet. Psychotherapie ist für die Patienten, die an Schizophrenie erkrankt sind, ein ganz wichtiger Baustein in der Versorgung. Ich habe im Verlauf meiner beruflichen Entwicklung gelernt, dass wir Strukturen brauchen, in denen die unterschiedlichen Versorgungsbereiche zusammenhängen, sich austauschen und gemeinsam Maßnahmen planen.

Worin sehen Sie Ihre Aufgabe mit diesem Personenkreis?

Diese Personen brauchen leitliniengemäße Einzeltherapie, die Bezugspersonen brauchen psychoedukative Gruppen, Angehörigengruppen, in denen auch emotionale Krankheitsbewältigung möglich ist, und je nach Chronizität der Störung muss es weitere Unterstützung geben, z. B. gesetzliche Betreuung, RehaMaßnahmen. Bei Frühverrentungen stehen die schizophren Erkrankten an erster Stelle.

Können Sie definieren, welcher Personenkreis der an Schizophrenie Erkrankten eine Psychotherapie braucht? Kann man da Gruppen voneinander abgrenzen?

Das ist in der Vergangenheit versucht worden. In der Psychotherapierichtlinie steht, dass die schizophrene Erkrankung nicht

selbst Gegenstand der Psychotherapie sein soll, sondern die Auswirkungen davon. In den neueren Leitlinien ist sehr klar festgelegt, dass alle Patienten, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, auch Anspruch auf Psychotherapie haben. Es gibt zum Beispiel aus kognitiv-behavioraler Sicht fundierte, empirisch evaluierte Konzepte, wie so eine störungsspezifische Psychotherapie ausgelegt sein muss. Die wenigsten Patienten aus dieser Gruppe bekommen eine solche Psychotherapie.

Die Entwicklung eines Störungsmodells, Psychoedukation über das Störungsmodell und Psychoedukation in Bezug auf Medikamente sind wichtige Bausteine. Erkennen von Frühsymptomen, Stressmanagement und zu entwickeln, wo sind weitere Verhaltensdefizite, wo muss ein kognitives Training ansetzen, wo muss ein soziales Kompetenztraining ansetzen, wo muss im Sinne von emotionaler Krankheitsbewältigung intensiver mit den Bezugspersonen gearbeitet werden? Es gibt viele unterschiedliche Bausteine, die zu einer fundierten Psychotherapie dazugehören. Die Problemanalyse des Einzelfalls muss dabei zentral berücksichtigt werden.

Wer ist Initiator einer Psychotherapie und zu welchem Zeitpunkt wird sie verschrieben?

Faktisch ist es so, dass der überwiegende Teil der Versorgung dieser Patientengruppe über die psychiatrische Versorgung läuft. Es gibt hier in Niedersachsen einen IV-Vertrag zwischen einer Krankenkasse und den

Psychiatern, wo die Psychotherapie nicht als störungsspezifische Therapie enthalten ist, sondern wo sie für weitere neurotische Störungen, die behandlungsbedürftig sind, vorgesehen ist. Insgesamt ist die Patientengruppe, über die wir jetzt reden, sehr schlecht psychotherapeutisch versorgt.

Wir brauchen auf jeden Fall weitere Ressourcen, um Psychotherapie, so wie ich es vorhin versucht habe zu skizzieren, für diese Patientengruppe zu ermöglichen. Und das geht auch nur über ein gemeinsames Zusammenarbeiten zwischen den Psychiatern und den Psychotherapeuten. Es gibt durchaus Modelle der Zusammenarbeit. Für den Bereich ADHS gibt es einen Mustervertrag, in dem die Kinder- und Jugendpsychiater und die Psychotherapeuten gleichberechtigt miteinander diese Patienten versorgen, sich einmal im Monat im Team zusammensetzen und gleiche Bezahlung für ihre Leistungen erhalten. Vergleichbares kann ich mir sehr gut auch für die schizophren Erkrankten vorstellen.

Und wie schätzen Sie die ambulante Versorgungslage der an Schizophrenie Erkrankten in Deutschland im Allgemeinen ein?

Ich habe vorhin schon versucht deutlich zu machen, dass die suboptimal ist. Ja ich höre von den psychiatrischen Kollegen, die sagen, wir haben so kleine Budgets, wir können den Patienten einmal eine halbe Stunde oder eine Dreiviertelstunde sehen, und das ist zumindest für eine Akutbehandlung völlig unzureichend.

Wie sieht Ihre Zusammenarbeit mit den Ärzten konkret aus? Inwiefern kooperieren Sie mit denen?

Die konkrete Zusammenarbeit ist auf den Einzelfall bezogen, dass Befunde ausgetauscht werden und dass im nächsten Schritt telefoniert wird. Das klappt im Einzelfall und auf der persönlichen Ebene ganz gut. Aber dafür gibt es im Grunde genommen keine Strukturen.

Und gibt es auch Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärzten?

Auf der persönlichen Ebene gibt es keine Probleme, da klappt die Zusammenarbeit bezogen auf den Patienten gut. Probleme gibt es auf der berufspolitischen Ebene und wenn es um die Auseinandersetzung geht, wer macht was, wer kann was und wer wird wie dafür bezahlt?

Es gibt Stimmen vonseiten der psychiatrischen Seite, dass die Psychotherapeuten nur Befindlichkeitsstörungen behandeln und die Psychiater behandeln die Schwerstkranken und bekommen nur ein Viertel des Geldes. Sinnvoller wäre zu sagen, es gibt insgesamt zu wenig Geld für Patienten mit psychischen Erkrankungen und wir müssen gemeinsam dafür kämpfen, dass mehr Ressourcen und Strukturen geschaffen werden, wie wir besser zusammenarbeiten können.

Das war ja jetzt quasi schon ein Lösungsansatz, den Sie genannt haben. Haben sie noch andere Ansätze, wie man diese berufspolitischen Probleme überwinden könnte?

Früher war zwischen ambulant und stationär eine dicke Mauer. Die Mauer ist in den letzten Jahren durchlässiger geworden. IV-Verträge, in denen es eine Verpflichtung gibt, zusammenzuarbeiten. Der Psychotherapeut empfiehlt dem Patienten die psychiatrisch medikamentöse Versorgung

und umgekehrt empfiehlt der Psychiater z. B. die Angehörigengruppe. Notwendig dafür wäre, dass die Kooperation auch bezahlt wird, das ist bisher im EBM-System nicht enthalten.

Und müssten dafür noch andere Voraussetzungen geschaffen werden?

Wenn man an Kriseninterventionen denkt, braucht es weitere Berufsgruppen, um die Versorgungslage insgesamt zu verbessern. Das heißt Kooperation mit einer Klinik oder psychiatrische, ambulante Pflege.

Wie beurteilen Sie die Versorgungslage zu Therapie und Nachsorge von schizophren erkrankten Menschen im Allgemeinen?

Es gibt in der jetzigen Psychotherapie-Richtlinie keine Indikation für eine störungsspezifische Schizophrenie-Therapie. Das heißt, wenn ich einen entsprechenden Psychotherapieantrag stelle, kann es passieren, dass der Gutachter sagt, „Du kennst den Indikationskatalog für Psychotherapie im Rahmen der Richtlinie nicht, die Therapie wird nicht genehmigt“. Also da muss die Richtlinie verändert werden. Es wäre denkbar, analog zu der Sozialpsychiatrie, die es im Kinder- und Jugendlichenbereich gibt, ähnliche Strukturen auch für psychotherapeutische Praxen anzubieten. Das heißt, die müssten dann eine bestimmte Strukturqualität nachweisen was Personal, Gruppentherapie, Versorgungsmöglichkeiten betrifft und dann könnten sie auch ein größeres psychotherapeutisches Versorgungsangebot machen. Dazu braucht es auch zusätzliche Abrechnungsmöglichkeiten im EBM für antragsfreie Psychotherapie.

Wenn wir einmal auf die Angehörigen von schizophren Erkrankten eingehen, wie werden Angehörige Ihrer Erfahrung nach in die Behandlung mit einbezogen?

Punktuell werden sie mit einbezogen. In meiner Bewertung könnte das intensiver passieren: Vermittlung des zugrundeliegenden Störungsmodells, Kenntnisse über angemessene Bewältigungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung, nicht nur für den betroffenen Patienten, sondern auch für Ehefrau, Kinder, Angehörige. Also ideal wäre, wenn mit der Diagnosestellung gleichzeitig ein „Gesamtpaket“ auf den Weg gebracht werden könnte.

Und wie sieht aus Ihrer Sicht die Förderung und Unterstützung zum Selbstmanagement der Patienten aus?

Leitliniengerechte Psychotherapie hat zum Ziel, die Selbstmanagementfähigkeiten und -fertigkeiten des Patienten optimal zu fördern und auf den Weg zu bringen, sodass am Ende eines solchen Prozesses der Patient steht, der rechtzeitig seine Frühsymptome wahrnehmen kann, der ein angemessenes Stressmanagement gelernt hat im Umgang mit den anstehenden Belastungen. Die Fähigkeit, Alltagsbelastungen zu organisieren, in kleinen Schritten in berufliche Bereiche zurückzukehren, wäre das Ziel. So etwas kommt derzeit zu kurz.

Wie stehen Sie zu Konzepten der integrierten Versorgung?

Grundsätzlich positiv, die unterschiedlichen Beteiligten, die einen optimalen Bewältigungsprozess mit einem Patienten strukturieren, sollen Berücksichtigung finden. Ein guter integrierter Versorgungsvertrag müsste die vier Punkte, die ich vorhin genannt hatte, also Psychotherapie, Psychiatrie, ambulante Pflege und stationäre Kriseninterventionen, so in eine Vertragsform gießen, dass die Beiträge der unterschiedlichen Professionen angemessen berücksichtigt werden und auch eine angemessene Bezahlung gewährleistet ist.

Schule und Psychotherapie

Am 04.10.2012 fand ein Treffen des Vorstands der PKN mit Herrn Dr. Stefan Porwohl, dem Staatssekretär des Nds. Kultusministeriums, statt.

Anlass für das Gespräch waren Anfragen an die PKN, wie es möglich sei, dass schulpflichtige Kinder innerhalb der Schulzeiten, insbesondere in der Ganztagschulbetreuung, regelmäßig Psychotherapietermine

wahrnehmen könnten, ohne die Schulpflicht zu verletzen.

Herr Dr. Porwohl stellte grundlegend klar, dass mit der „verantwortlichen Schule“ alle

Direktoren und Lehrerkonferenzen vor Ort entscheiden könnten, ob und wann ein Kind eine Schulbefreiung bekomme.

Dies sei immer eine konkrete Entscheidung im Einzelfall, sodass der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Kind bzw. in Absprache mit den Eltern an die Schule herantreten könne.

Der Staatssekretär betonte überdies, dass notwendige psychotherapeutische Be-

handlungen, die von fachlicher Seite her indiziert seien, die Unterstützung seitens des Ministeriums auch aus pädagogischer Sicht hätten. Er begrüße, wenn solche Behandlungen rechtzeitig und fachgerecht durchgeführt würden. Auch könne die Schule den Psychotherapeuten zur Seite stehen, wenn es darum gehe, die Interessen des Kindes und die der Eltern miteinander abzugleichen.

In der Bearbeitung der schulischen Konzepte zur Hilfe bei traumatisierenden Ereignissen und psychosozialer Notfallhilfe regte er an, die Fragen der sekundären Nachsorge gemeinsam zu erörtern. Den persönlichen Austausch halte er für wichtiger als die Kontaktnahme über Publikationen oder Informationsmaterial. Einer gemeinsamen Fachtagung zum Thema stehe er positiv gegenüber.

Vorankündigung: Die Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung in der Psychotherapie

Die PKN plant den 4. Niedersächsischen Psychotherapeutentag, der am 14.09.2013 in Hannover stattfinden wird:

„Die Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung in der Psychotherapie“. Unter diesem Titel werden in Vorträgen und Workshops Aspekte der Verknüpfung familiärer Beziehungen mit der psychotherapeutischen Arbeit – sowohl mit Erwachsenen als auch mit Kindern und Jugendlichen – in den Blick genommen.

Psychische Belastungen haben immer auch Auswirkungen auf die Beziehungen

und Strukturen in Familien. Diese wiederum können aber auch den Verlauf der Erkrankung in verschiedener Weise beeinflussen. Auch die Wege der möglichen transgenerationalen Weitergabe von Belastungen z. B. durch problematische Beziehungsmuster oder aber Lösungen konflikthafter Prozesse durch gelingende Beziehungen sollen dargestellt und diskutiert werden.

Nähere Informationen finden Sie demnächst u. a. auf der Homepage der PKN (www.pknds.de) und in der nächsten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals.

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44

Sprechzeiten:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr

Mail-Anschrift: info@pknds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“:
Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Bekanntmachung gemäß § 26 Abs. 1 des Nds. Kammergesetzes für die Heilberufe

1. Feststellung des Haushaltsplanes 2013 der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat auf ihrer Sitzung am 13.10.2012 den Haushaltsplan 2013 in der vorliegenden Fassung verabschiedet.

2. Änderung der Meldeordnung

Artikel 1

Die Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 25.08.2001, zuletzt geändert am 21.04.2012, wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 13.10.2012 wie folgt geändert:

In § 7 wird die Angabe „€ 1.500,-“ durch die Angabe „€ 2.500,-“ ersetzt.

Artikel 2

Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Hannover, den 15. Oktober 2012

Gertrud Corman-Bergau,
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Psychische Gesundheit im Fokus – 10 Jahre Psychotherapeutenkammer NRW



Podiumsdiskussion

Die Psychotherapeutenkammer NRW hat am 19.9.2012 ihr zehnjähriges Bestehen in Düsseldorf mit 150 Gästen aus Politik, Wissenschaft und Praxis gefeiert. Anlässlich der laufenden Beratungen zur Reform der Bedarfsplanung hatte die Kammer für Nordrhein-Westfalen 1.600 psychotherapeutische Praxen zusätzlich gefordert und insbesondere die massive Benachteiligung der Großstädte im Ruhrgebiet kritisiert. Während sonst überall in Deutschland 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zugelassen werden, müssen die Großstädte zwischen Duisburg und Dortmund mit 11,4 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auskommen. Psychische Erkrankungen seien im Ruhrgebiet aber keineswegs seltener als in allen anderen deutschen Großstädten. „Das ist eine absurde Annahme, für die es keine fachliche Begründung gibt“, kritisierte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, auf der Pressekonferenz.

NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens würdigte die konstruktive Zusammenarbeit mit der neuen Heilberufskammer,

deren hohe fachliche Kompetenz immer geholfen habe. Mit der Kammer sei stets ein gemeinsamer Dialog über die Frage geführt worden: „Haben wir die Angebote und Strukturen im Gesundheitssystem, die die Menschen brauchen?“ Sie mahnte, das Gegeneinander im System aufzubrechen und sich gemeinsam an einen Tisch zu setzen, um die zukünftigen Umbrüche zu bewältigen. Sie sehe auch die Aufgabe, sich in der psychotherapeutischen Versorgung dem tatsächlichen Bedarf anzunähern. „Ich weiß, dass psychisch Kranke noch lange nicht in jedem Landesteil zumutbare Wartezeiten haben“, stellte Ministerin Steffens fest. Annahmen, dass Menschen auf dem Land seltener psychisch krank seien, seien „an den Haaren herbeigezogen“. Steffens sah die Aufgabe, an einer „Entschleunigung der Gesellschaft“ zu arbeiten. Die Unsicherheiten nähmen zu, die Frage „Wie kann ich meine Familie ernähren?“ sei immer schwieriger zu beantworten. Die Menschen müssten zunehmend für viele Dinge individuell die Verantwortung übernehmen. „Der Raum, um innezuhalten, ist häufig nicht mehr da.“

Die Psychotherapeutenkammer NRW hatte anlässlich ihres Jubiläums zu der Tagung „Psychische Gesundheit im Fokus“ eingeladen, um aktuelle und zukünftige Probleme der Versorgung von psychisch kranken Menschen zu diskutieren. Präsidentin Monika Konitzer bedankte sich einleitend bei allen, „die uns als neue Heilberufskammer beigetragen und seit der Gründung unterstützt und das Hineinwachsen in das nordrhein-westfälische Gesundheitssystem begleitet haben“. Das NRW-Gesundheitsministerium habe von Beginn an der Errichtung einer Psychotherapeutenkammer aufgeschlossen gegenüber gestanden und mit Rat und organisatorischer Hilfe ihren Aufbau begleitet. Die Psychotherapeutenkammer NRW habe ebenfalls von der Unterstützung und den Erfahrungen der beiden Ärztekammern profitieren können. „Ich freue mich sagen zu können, dass sich inzwischen vielfältige und tragfähige Kooperationen zwischen unseren Kammern entwickelt haben, die sich sicher noch vielfältiger und enger gestalten werden“, betonte Präsidentin Monika Konitzer.

Zehn Jahre Psychotherapeutenkammer NRW hieße aber auch: mehr als zehn



Ministerin Barbara Steffens



Monika Konitzer

Jahre Arbeit daran, sich als Beruf selbst zu verwalten, die Berufe der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten auszugestalten und eine gemeinsame Identität herauszubilden, die bisher durch verschiedene psychotherapeutische Verfahren und berufliche Tätigkeitsfelder geprägt gewesen sei. Mit hohem ehrenamtlichen Engagement seien eine Satzung, eine Berufsforderung, eine Fortbildungs- und eine Weiterbildungsordnung erarbeitet worden. All diese grundlegenden Regelungen seien von der Kammerversammlung einstimmig verabschiedet worden.

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, erinnerte an die konstruktive Zusammenarbeit auf bundespolitischer Ebene, auf der die Voten der größten deutschen Psychotherapeutenkammer „geschätzt und zuweilen auch gefürchtet“ gewesen seien. Dank des gemeinsamen Einsatzes aller Psychotherapeutenkammern sei es z. B. gelungen, das Thema „Psychische Gesundheit und Arbeit“ so in der Öffentlichkeit durchzusetzen, dass Gesundheitspolitik, Krankenkassen, Arbeitgeber und Gewerkschaften sich mittlerweile intensiv damit beschäftigen würden. Grundsätzliche gesellschaftliche Veränderungen der Flexibilisierung und Entgrenzung hätten bis weit in den privaten Bereich hinein haltgebende Strukturen aufgelöst. Aufgabe der Gesundheitspolitik sei es deshalb nicht nur, die für die Ku-



Dr. Kristina Wulf

ration notwendigen Behandlungsplätze zu schaffen, sondern auch immer stärker die Prävention psychischer Erkrankungen anzupacken.

Dr. Kristina Wulf, niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin aus Köln, beschrieb den Stress, dem Kinder und Jugendliche heute durch alltägliche Probleme (z. B. schulische Probleme), Lebenskrisen (z. B. Scheidung) und entwicklungsbedingte Probleme (z. B. Pubertät) ausgesetzt sind. Immer stärker tauchten schulische Stressoren in den Schilderungen der Kinder auf, die manchmal jede Note als lebensentscheidend erleben würden, z. B. „Wenn ich die Mathematik schlecht schreibe, bekomme ich eine schlechte Note auf dem Zeugnis. Und dann kann ich nicht zum Gymnasium und kriege keinen guten Job.“ Die Veränderungen des Arbeitsmarktes hätten dazu geführt, dass die berufliche Qualifikation schon ab der Kita beginne. Durch ein vergrößertes Freizeitangebot habe es eine Beschleunigung des Alltags gegeben, der dazu führe, dass Kinder Arbeitstage von acht bis zehn Stunden hätten und sich wie Erwachsene beschäftigten. Das Konzept einer Kindheit verschwinde. Es fehle an Regenerationszeiten. Schließlich ginge der Anstieg des Stresserlebens nicht einher mit einer gleichzeitigen Entwicklung einer entsprechenden Bewältigungskompetenz. Die Auswirkungen würden Kinder aller Al-

tersstufen, aller Bildungsschichten und aller sozialer Schichten betreffen. Besonders stressanfällig seien Kinder, die viel nachdenken, mit hoher Leistungsorientierung, mit niedrigem Selbstwert und viel Stress im Umfeld.

Achim Dochat, Abteilungsleiter Psychologische Fachdienste bei der Bergischen Diakonie in Wuppertal, beschrieb die psychotherapeutische Versorgung von psychisch kranken Menschen mit schweren Beeinträchtigungen. Nur etwa fünf Prozent der Patienten mit schweren und chronischen Psychoseerkrankungen erhielten eine psychotherapeutische Behandlung. Diese überraschend geringe Zahl hätte sich auch in den vergangenen Jahren nicht wesentlich verändert. „Dieser Befund muss uns wachrütteln!“, forderte Achim Dochat. „Er steht in diametralem Gegensatz zum Stand der Wissenschaft und zu fachlichen Empfehlungen.“ Die Leitlinien zur Schizophreniebehandlung würden z. B. Psychotherapie in allen Stadien empfehlen. Ambulante Behandlung sowohl akuter als auch schwerer und langzeitiger psychiatrischer Erkrankungen profitiere von Verzahnung und Abstimmung aller Beteiligten in Form von Case Management-Modellen. Eines der am besten abgesicherten Ergebnisse der Versorgungsforschung sei der Einsatz multiprofessioneller Teams, die im Lebensumfeld betreuen, behandeln und Krisen managen. Leitlinien würden mul-



Achim Dochat

tiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams, aufsuchende Behandlung und Behandlungsteams mit Verantwortung für medizinische *und* soziale Versorgung sowie Akutbehandlung zu Hause (*home treatment*) empfehlen.

Psychotherapie von Menschen mit schweren und chronischen Psychoseerkrankungen bedeute Langzeitbegleitung, therapeutisch qualifizierte kontinuierliche Begleitung über u. U. längere Zeiträume mit wechselndem Fokus. Im Vordergrund stünden z. B. Stützung und Stabilisierung, Reduktion der Symptombelastung, Psychoedukation, Erarbeitung von Selbstschutzstrategien, Training sozialer Kompetenzen, Bearbeitung familiärer Konflikte und soziale Reintegration. Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen erführen ambulante Unterstützung in Institutionen der gemeindepsychiatrischen Grundversorgung. Die würden in der Regel keine Psychotherapie vorsehen. Es bestehe oft ein relativ unverbundenen Nebeneinander von (medizinischem) Behandlungssystem (SGB V) und dem System der gemeindepsychiatrischen Versorgung (SGB XII). Integrierte Versorgung biete eine Basis für Verhandlungen über innovative ambulante Modelle psychiatrischer Versorgung und die Chance, Psychotherapie zum regelhaften Bestandteil der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen zu machen. Integrierte Versorgung könne zusätzliche Behandlungskapazitäten außerhalb der limitierten Regelversorgung schaffen.

Prof. Dr. Jürgen Margraf von der Ruhr-Universität Bochum begann seinen Vortrag über die Versorgung psychisch kranker Menschen mit der Stigmatisierung seelischer Leiden. Bei dieser Stigmatisierung würde das Personenmerkmal „psychisch krank“ zu einem sozial negativen Zeichen („nicht normal“, „gefährlich“). Während man sich um körperlich Kranke besonders kümmere, erführen psychisch Kranke einen Statusverlust und eine Diskriminierung ihrer Person und ihres Leidens. Die weitreichende Skepsis gegenüber psychischen Erkrankungen sei selbst unter Psychiatern und Psychologen gut belegt, nicht zu vergessen die Abwertung und Stigmatisierung, mit der psychisch Kranke sich selbst belegen würden. Diese Stigmatisie-



Prof. Dr. Jürgen Margraf

rung führe noch heute in den USA zu Einschränkungen der Grundrechte. Psychisch Kranke dürften dort in vielen Staaten weder wählen noch heiraten oder das Sorgerecht für ihre Kinder beanspruchen.

Psychische Krankheiten seien alltägliche Erkrankungen und weit häufiger, als allgemein angenommen. Immer noch aber fehlten ambulant und stationär ausreichend Behandlungsplätze. Psychische Störungen würden weltweit zu den wichtigsten Gründen für Beeinträchtigungen und Tod gehören. Sie würden früher beginnen und chronischer verlaufen als lange

angenommen. Über 50 Prozent der psychischen Störungen würden vor dem 14. Lebensjahr beginnen, 50 bis 80 Prozent der Depressionen, Angst- und Essstörungen würden sich als chronisch erweisen. Psychische Störungen seien Krankheiten, die zu schweren Beeinträchtigungen führen, bei denen Komorbidität die Regel und nicht die Ausnahme sei und die ein hohes individuelles Leid verursachen würden. Psychische Krankheiten würden aber aktuell vor allem deshalb in den Fokus geraten, weil sie zu einer hohen Anzahl von Fehltagen an Arbeitsplätzen und hohen Kosten in der Kranken- und Rentenversicherung sowie in den Unternehmen führen würden. Für die Behandlung psychischer Erkrankungen stünde mit der Psychotherapie eine sehr wirksame Behandlungsmethode zur Verfügung, die auch nicht den Vergleich mit der Behandlung körperlicher Erkrankungen scheuen müsse. Psychotherapie habe insgesamt ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis, sie verringere die medizinischen Kosten, führe nach ein bis fünf Jahren zu Nettoeinsparungen und sei effektiver als medikamentöse Therapie.

In der abschließenden Podiumsdiskussion, die die WDR-Journalistin Sabine Brandi moderierte, diskutierten Akteure der Gesundheitspolitik die Versorgungsrealität in NRW. Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein, sah in den Wartezeiten einen „eindeutigen Indikator für eine ungenügende Versorgungsrealität“. Die Bedarfs-



Sabine Brandi

planung verdiene ihren Namen nicht, weil nie ein tatsächlicher Bedarf ermittelt worden sei. Er sagte voraus: „Die Sonderregion Ruhrgebiet wird verschwinden.“ Andreas Hustadt, Leiter der NRW-Vertretung des Verbandes der Ersatzkassen, berichtete, dass seine Kassen bereits rund fünf Millionen Euro für Psychotherapie in der Kosten-erstattung ausgeben würden. Das müsse geändert werden. „Wir müssen die psychotherapeutische Versorgung in die Fläche bringen“, erklärte Hustadt. Dabei ginge es auch um die bessere Ausschöpfung von Kapazitäten und kürzere Therapien. „Die Psychotherapeuten müssen effektiver werden. Dennoch brauchen wir auch mehr

Psychotherapeuten.“ Dr. Klaus Reinhardt, Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, befürwortete, mit einer örtlichen psychotherapeutischen Praxis zusammenzuarbeiten. „Das kann ich nur empfehlen.“ Nicht alle Lebensprobleme würden allerdings einen psychotherapeutischen Bedarf darstellen.“ Dr. Julius Siebertz vom NRW-Gesundheitsministerium betonte, dass es bei psychischen Störungen ambulant kein Auffangen der großen Krankheitslasten mehr gebe. „Diese schlagen voll auf die stationäre Versorgung durch.“ Dr. Eleftheria Lehmann, Patientenbeauftragte der Landesregierung NRW, kritisierte, dass die Bürokratie in der Versorgung für psychisch

krank Menschen noch schwerer zu überwinden sei als für körperlich Kranke. „Wir haben unüberwindbare Hürden für diese Menschen aufgebaut.“ Besondere Probleme sah sie in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und in einer gendergerechten psychotherapeutischen Versorgung. Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, mahnte, dass ohne zusätzliche psychotherapeutische Praxis-sitze die Unterversorgung von psychisch kranken Menschen in NRW nicht lösbar sei. „Die Unterversorgung im Ruhrgebiet ist Sache von NRW. Dagegen müssen wir uns einsetzen.“

Abstinenzgebot: Entscheidungen in berufsgerichtlichen Verfahren

Vor dem Hintergrund eines hinreichenden Tatverdachts von schwerwiegenden Verletzungen der Pflicht zur Abstinenz gemäß § 6 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW (BO) beantragte der Kammervorstand bisher in acht Fällen die Durchführung eines Verfahrens vor dem Berufsgericht. In allen Fällen folgte das Berufsgericht dem Antrag der Kammer und eröffnete das Verfahren.

In zwei Verfahren wurden bereits rechtskräftige Urteile gesprochen. In dem ersten Fall, der durch Urteil entschieden wurde, hatte der Psychotherapeut eine Woche nach Beendigung der Therapie eine sexuelle Beziehung zu einer ehemaligen Patientin aufgenommen. Nach den Feststellungen des Gerichts fanden über sechs Monate regelmäßige sexuelle Kontakte statt. Es wurde dem Beschuldigten vom Berufsgericht wegen der Verletzung seiner Berufspflichten eine Geldbuße in Höhe von € 10.000,00 auferlegt. Im Rahmen der Strafzumessung wies das Gericht ausdrücklich darauf hin, dass ohne die zu Gunsten des Beschuldigten insgesamt in Rechnung zu stellenden Umstände durchaus eine höhere Geldstrafe in Betracht gekommen wäre und es im Wiederholungsfall kaum bei einer Geldbuße geblieben wäre.

In dem zweiten Fall hatte die Patientin u. a. wegen der Folgen sexuellen Missbrauchs

in der Kindheit bei dem Beschuldigten im Mai 2006 eine analytische Psychotherapie begonnen. Im Juli 2009 kam es in den Praxisräumen zum Geschlechtsverkehr. Es trat eine erhebliche Verschlimmerung der psychischen Symptomatik auf, die eine mehrmonatige stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik erforderlich machte. Dem Beschuldigten wurde wegen der Verletzung seiner Berufspflichten eine Geldbuße in Höhe von € 20.000,00 auferlegt. Dabei hat das Berufsgericht berücksichtigt, dass in dem strafgerichtlichen Verfahren wegen eines Verstoßes gegen § 174c StGB bereits ein Strafbefehl zu einer Geldstrafe von 150 Tagessätzen zu je € 70,00 gegen den Psychotherapeuten erlassen worden war, der Beschuldigte im zivilgerichtlichen Verfahren an die ehemalige Patientin einen Betrag von € 15.000,00 zur Abgeltung von Schadenersatzansprüchen gezahlt und die Approbation des Beschuldigten von der Bezirksregierung (noch nicht rechtskräftig) widerrufen worden war. Der Entzug einer Approbation führt auch zum Verlust der KV-Zulassung.

In einem weiteren berufsgerichtlichen Verfahren, dem schwerwiegende Vorwürfe wegen der Verletzung des Abstinenzgebots durch sexuelle Übergriffe gegenüber einer Patientin und die strafrechtliche Verurteilung zu einer Haftstrafe ohne Bewährung zugrunde lagen, verzichtete der Kammerangehörige endgültig auf seine

Approbation, wodurch das berufsgerichtliche Verfahren endete.

Zwei weitere berufsgerichtliche Verfahren wurden durch Einstellung gegen Geldauflage beendet. In einem Fall hatte der Psychotherapeut gegen das Abstinenzgebot verstoßen, indem er in zwei Fällen Patientinnen Massagen im Genitalbereich verabreicht hatte. Hier wurde das Verfahren gegen eine Geldbuße in Höhe von € 6.000,00 eingestellt. In dem anderen Fall hatte ein Psychotherapeut versucht, über eine Patientin Informationen über die „SM-Szene“ zu erhalten bzw. möglicherweise über die Patientin Zugang zu der Szene zu erlangen. Zu einem zu diesem Zweck vereinbarten Treffen zwischen Therapeut und ehemaliger Patientin kam es nicht. Das Verfahren wurde gegen eine Geldbuße in Höhe von € 3.000,00 eingestellt.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 28 47-0
Fax 0211 / 52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

beHandeln statt verwalten!

Ein Pilotprojekt zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Opfern von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen

Flüchtlinge, die in Deutschland Schutz suchen, sind zu großen Teilen Überlebende schwerer Menschenrechtsverletzungen und bilden damit eine hochvulnerable Population. Zahlreiche internationale Studien sprechen dabei über eine erhöhte Vulnerabilität dieser Personengruppe insbesondere für die Entwicklung Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) und depressiver Störungen [1]. Für Deutschland wurde die PTBS in der bisher einzigen epidemiologischen Studie [2] bei Asylsuchenden mit einer Punktprävalenz von 40% deutlich häufiger [3] diagnostiziert als in anderen Bevölkerungsgruppen.

Versorgungssituation in den neuen Bundesländern und bundesweit

Die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sind seit 2003 durch die EU-Aufnahmerrichtlinie verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, „dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist“ [4]. Dennoch weist die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen, die Opfer von Folter und Menschenrechtsverletzungen wurden, über das gesamte Bundesgebiet hinweg gravierende Defizite auf: Seelisch kranke Asylsuchende, Personen ohne Aufenthaltspapiere und unbegleitete Kinder und Jugendliche mit Flüchtlingshintergrund finden die nötige Hilfe nahezu ausschließlich in den von gemeinnützigen Vereinen getragenen 23 Beratungs- und

Behandlungszentren. Die Einrichtungen erhalten für ihre Leistungen keine strukturelle Finanzierung – Psychotherapie, Kriseninterventionen und psychosoziale Beratung werden i. d. R. durch Spenden oder zeitlich begrenzte, projektbezogene Fördermittel finanziert und die MitarbeiterInnen der Behandlungszentren arbeiten zu rund 25% ehrenamtlich. Die Kosten für Psychotherapie tragen fast immer die Behandlungszentren selbst (85%): In den seltensten Fällen kommen hierfür das Sozialamt (6%), die Krankenkasse (4%) oder sonstige Leistungsträger (0,5%) auf (Evaluation der Arbeit der Mitgliedszentren der BAfF e. V.). Die von traumatisierten Flüchtlingen gestellten Anträge auf Beratung und Behandlung übersteigen die Kapazitäten der Einrichtungen entsprechend um ein Vielfaches.

Vor allem in den neuen Bundesländern sind die Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der besonderen historischen wie aktuellen Bedingungen als deutlich unzureichend einzustufen: Die Versorgungsstrukturen weisen insbesondere außerhalb der Großstädte eine im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet signifikant geringere Dichte an niedergelassenen PsychotherapeutInnen auf [5]. Über einen längeren Zeitraum gewachsene Strukturen der Betreuung und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge existieren nicht.

Spezifika der Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei Flüchtlingen und Folteropfern

PsychotherapeutInnen stellen sich in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge auch qualitativ besondere Anforderungen: Die Arbeit erfolgt im interkulturellen Setting und ggf. mit DolmetscherInnen; Störungs-

bilder sind oft chronisch und komplex, da sie mit einer Vielzahl an Entwurzelungs- und Belastungsfaktoren assoziiert sind, die den Bewältigungs- und Anpassungsprozess determinieren. Etablierte Traumatherapiemodule bilden hier wichtige Interventionsgrundlagen, greifen jedoch oftmals nicht, wenn sie nicht vor dem Hintergrund der besonderen inneren und äußeren Lebenswirklichkeit der Flüchtlinge spezifiziert und durch sozialarbeiterische und niedrigschwellige Angebote sowie ggf. psychiatrische oder psychosomatisch orientierte ärztliche Behandlung ergänzt werden. Hierfür sind umfassende Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten notwendig, die zugleich die Möglichkeit bieten, befassete PsychotherapeutInnen zu entlasten.

Pilotprojekt zur Verbesserung der Versorgung in den neuen Bundesländern

Vor diesem Hintergrund setzt sich das EU-geförderte Pilotprojekt der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) in Kooperation mit ihren Mitgliedsorganisationen Refugio Thüringen e. V. (Jena), Cactus e. V. (Leipzig) und dem Psychosozialen Zentrum für Migrantinnen und Migranten (Halle/Magdeburg) für „Strukturverbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung von Überlebenden von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen in Ostdeutschland“ ein.

Präzision des Versorgungsbedarfs und Diskussion mit relevanten Leistungs- und Entscheidungsträgern

In einem ersten Schritt soll dabei das Versorgungsdefizit im Verhältnis zu den vorhandenen Versorgungsangeboten in den

einzelnen Regionen mittels eigens dafür entwickelten Fragebögen quantitativ und qualitativ erfasst werden, um orientiert am Bedarf dieser besonders schutzbedürftigen Population in den Dialog mit Leistungs- und EntscheidungsträgerInnen treten zu können. Hierfür werden in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen „Runde Tische“ installiert, um gemeinsam mit Verantwortlichen aus Politik, Gesundheitswesen und Ausländerbehörden Chancen und Herausforderungen auf dem Weg zu einer inklusiven Gesundheitsversorgung zu diskutieren und Handlungsoptionen zum Abbau struktureller Barrieren entwickeln zu können.

Entwicklung von nachhaltigen Kooperationen mit niedergelassenen PsychotherapeutInnen

Darüber hinaus sollen im Rahmen von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen im direkten Dialog mit niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen sowie PsychotherapeutInnen in Ausbildung Spezifika der Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei Flüchtlingen und Folteropfern thematisiert werden. Im Sinne einer Ringvorlesung werden dabei zunächst insgesamt drei Fortbildungsmodule, die jedoch auch einzeln besucht werden können, angeboten, von denen jeweils eines in jedem der drei Bundesländer stattfinden wird. Dabei wird eine fachliche Zusammenarbeit mit der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer angestrebt. Ziel ist es, einen Austausch in regionalen Netzwerken zu etablieren, das therapeutische Versorgungsnetz für psychisch belastete Flüchtlinge zu vergrößern und damit eine stabile Basis für eine langfristige Zusammenarbeit und gegenseitige Vermittlung zu schaffen.

Inhaltlich sollen auf den Veranstaltungen erprobte Behandlungsansätze vorgestellt und vor dem Hintergrund der derzeitigen „best practice“ Schlüsselprobleme in der therapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen reflektiert werden. Erfahrene TherapeutInnen stellen sich Fragen zu Diagnostik, Differentialdiagnostik und Indikationsstellung, zu Kontextfaktoren und Spezifika der therapeutischen Beziehungsgestaltung, aber insbesondere auch zu Abrechnungsmodalitäten, zum Einfluss asylrechtlicher

Bestimmungen sowie zu Besonderheiten und Konfliktquellen im interkulturellen Setting bzw. der Arbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Mitteldeutschland

Cactus e. V. (Leipzig), PSZ Halle und Refugio Thüringen e. V. (Jena) realisieren ein spezialisiertes Beratungsangebot für Flüchtlinge, die in ihrer Heimat Opfer von Menschenrechtsverletzungen wurden, politische Verfolgung und damit verbunden auch Gewalt und Folter erleiden mussten. Nicht zuletzt war die Fluchtursache oftmals kriegerische Auseinandersetzungen im Heimatland. Menschen brauchen starke Motive, um ihre angestammte Heimat zu verlassen. Aktuelle Beispiele wie der Krieg in Syrien oder die Auseinandersetzungen in Afghanistan sind nur allzu präsent.

Die Zentren haben es sich zur Aufgabe gemacht, diese Unterstützung in Form von Psychotherapie, psychologischer und sozialer Beratung und der Vermittlung von externen Hilfen zu leisten. Sie erfüllen besondere Kriterien, die von Einrichtungen der Regelgesundheitsversorgung nicht oder nur unzureichend erfüllt werden, wie besonders qualifizierte Therapeuten und Ärzte, Überwindung der Sprachbarriere durch qualifizierte Sprach- und Integrationsmittler. Es existieren vielfältige und teils langjährige Erfahrungen und Kenntnisse im Umgang mit unterschiedlichem kulturellem Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Therapie und Beratung unter Berücksichtigung von Religion, Tradition und Kultur ist häufig eine besondere Herausforderung.

Das Leistungsspektrum umfasst dabei:

- Erstgespräche und Clearing,
- psychosoziale Beratung sowie therapiebegleitende sozialarbeiterische Angebote,
- individuell abgestimmte Therapien, Stabilisierung, Krisenintervention für traumatisierte bzw. psychisch belastete Flüchtlinge,
- Gespräche und Diagnose mit Dolmetschern/Sprach- und Integrationsmittlern,

- Stellungnahmen in aufenthaltsrechtlichen und sozialen Fragen,
- Anleitung von thematischen Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen,
- Erschließung von externen Behandlungs- und Beratungsangeboten.

Darüber hinaus werden von den spezialisierten Zentren Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen angeboten. Ziel ist es, Fachkenntnisse über die speziellen Anforderungen bei traumatisierten Flüchtlingen weiter zu vermitteln und eine bessere Behandlung zu ermöglichen. Sie schulen Dolmetscher für den Einsatz in psychotherapeutischen Beratungssituationen und sind Knotenpunkt in einem Netzwerk von haupt- und ehrenamtlichen Helfersystemen, welches die Lücke in der Regelversorgung ergänzt.

Cactus e. V. und Refugio Thüringen e. V. sind an dem bundesweiten Netzwerk SprInt-Transfer zur Qualifizierung von Sprach- und Integrationsmittlern (SprInt) und der Etablierung dieses Berufsbildes beteiligt. Sie ermöglichen aufgrund ihrer guten Ausbildung eine reibungslose Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Fachpersonal und fremdsprachigen Bürgern.

Bei Interesse an einer Zusammenarbeit bzw. Mitwirkung im Netzwerk erreichen Sie die Zentren unter folgenden Adressen:



Familien- und Gesundheitszentrum
Cactus e. V.
Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Leipzig
Riemannstr. 32
04107 Leipzig
Tel.: 0341 – 2254544
E-Mail: beratungsstelle@cactus.de



Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen
und Migranten in Sachsen-Anhalt
Kleine Märkerstr. 1
06108 Halle
Tel.: 0345 – 2125768
E-Mail: psz-halle@jw-bauhof.de



Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Wagnergasse 25
07743 Jena
Tel.: 03641 – 226281
E-Mail: koordination@refugio-thüringen.de



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psycho-
sozialen Zentren für Flüchtlinge und
Folteropfer (BAff) e. V.
Jenny Baron und Silvia Schriefers
Paulsenstr. 55-56
12163 Berlin
Tel.: 030 – 31012463
E-Mail: info@baff-zentren.org
www.baff-zentren.org

Das Projekt wird gefördert durch die Eu-
ropean Commission – DG Home Affairs.

*Der Artikel wurde gemeinschaftlich von
den o.g. Institutionen verfasst.
Ansprechpartner*

*Cactus e. V.: Frau Tutar und Herr Cordes
BAff: Frau Schriefers und Frau Baron*

Literatur

[1] Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365 (9467), 1309-1314.

[2] Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 12-20.

[3] Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (1), 46-59.

[4] Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten.

[5] Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H.-J. & Jacobi, F. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal*, 10 (1), 43-50.

„Gestufte Versorgung in der Psychotherapie – State of the art der Zukunft?“ – Internationales Symposium der OPK am 11. Oktober 2012 in Leipzig

Trotz einer international vorbildlichen Finanzierung von Psychotherapie durch die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland erhalten viele PatientInnen mit psychischen Erkrankungen nicht die Versorgung, die sie brauchen. Dies habe unter anderem mit begrenzten psychotherapeutischen Kapazitäten, Schnittstellenproblemen und einer Psychotherapie-Richtlinie, die nicht mehr dem aktuellen Wissenstand entspreche, zu tun, so Andrea Mrazek, Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, in ihrer Begrüßung der knapp hundert SymposiumsteilnehmerInnen. Aufgabe einer Kammer sei es unter anderem, einen flächendeckenden Zugang für alle PatientInnen zu sichern. Inwieweit man hierfür auch von Nachbarländern wie Holland oder Irland, in denen Modelle einer gestuften psy-

chotherapeutischen Versorgung realisiert würden, lernen könne, sei Thema dieser Veranstaltung. Dabei gehe es vor allem darum, mehr über diese Versorgungsmodelle zu erfahren, um diese – auch in Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem – besser beurteilen zu können.

Chancen und Risiken einer gestuften Versorgung

Gestufte Versorgungsmodelle seien nur begrenzt geeignet, um sie flächendeckend umzusetzen, könnten aber gute Ansatzpunkte für eine Lösung bestehender Versorgungsprobleme geben, so Timo Harfst von der Bundespsychotherapeutenkammer. Zentrales Merkmal von „stepped care“ sei die stetige Abfolge von empfoh-



M.A., M.S. (USA) Andrea Mrazek,
Präsidentin der OPK

lenen Behandlungen, wobei immer mit der am wenigsten intensiven Behandlung begonnen werde. Damit dies funktioniere, müssten jedoch gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Neben der Unterscheidbarkeit verschiedener PatientInnengruppen, z. B. nach Schweregrad oder Akuität, müssten die PatientInnen mit dem Angebot einer Minimalintervention zu Beginn einverstanden sein. Zudem müsste geregelt werden, wie Diagnostik und auf der Diagnostik aufbauende Zuweisungsprozesse auf den verschiedenen Stufen erfolgen sollen. Dazu müssten dann auch entsprechende Voraussetzungen vonseiten des Gesundheitssystems geschaffen werden, z. B. durch eindeutige Kommunikations- und Kooperationsstrukturen. Modelle gestufter Versorgung könnten Anregungen für eine Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland z. B. in Richtung einer patientenorientierten Differenzierung des Leistungsangebots, einem Ausbau der Behandlungskapazitäten sowie einer frühzeitigen Behandlung und Überbrückung von Wartezeiten geben. Erfahrungen aus dem IAPT- Programm (Improving access to psychological therapies) aus Großbritannien zeigten unter anderem, dass sowohl bei leichter als auch bei schwerer Erkrankten die Symptomschwere verbessert werden kann. Eine höhere durchschnittliche Sitzungsanzahl erhöht allerdings die Recovery-Rate. Wie auch in der Regelversorgung bleiben aber ältere PatientInnen und Angehörige von Minderheiten unterrepräsentiert.



Dr. Timo Harfst, Bundespsychotherapeutenkammer

Die Rolle des „Primary care psychologist“ in den Niederlanden

Die erste Anlaufstelle für PatientInnen mit psychischen Belastungen oder Erkrankun-

gen sei in den Niederlanden seit 1978 der „Primary care psychologist (PCP)“, berichtete Prof. Dr. Jan Derksen, selbst „Primary care psychologist“ in Nijmegen. Dieser habe einen regionalen Versorgungsauftrag und arbeite im Durchschnitt mit acht Allgemeinarztpraxen zusammen. In ganz Holland würden 1.300 PCPs ca. 100.000 Fälle im Jahr behandeln. Aufgabe des PCPs seien Diagnostik und Indikationsstellung sowie eine psychotherapeutische Behandlung mit bis zu acht Sitzungen, im Ausnahmefall auch mit bis zu zwölf Sitzungen. Sollte dies nicht ausreichen, würde in den fachärztlichen Bereich zu einer Psychotherapeutin überwiesen. Von den gesehenen PatientInnen würden 80% diagnostiziert und behandelt. Für 75% der PatientInnen seien acht Sitzungen ausreichend, 90% der PatientInnen kämen mit zwölf Sitzungen aus. Bei 75% der behandelten PatientInnen hätten sich die Beschwerden zum Ende der Behandlung stark verbessert. Vorteile des holländischen Systems sehe er vor allem in der engen Zusammenarbeit mit den Hausärzten und dem niedrigschwelligen Zugang, der es ermögliche, PatientInnen mit psychischen Erkrankungen frühzeitig zu identifizieren und zu behandeln. Lediglich 20% der gesehenen PatientInnen müssten in den Facharztbereich für eine längerfristige Psychotherapie überwiesen werden.



Prof. Jan Derksen, Radboud University Nijmegen

„Gesundheitsnetz Depression“ – Gestuftes Versorgungsmodell aus Hamburg

Im Rahmen der „Gesundheitsmetropole Hamburg“ mit dem Schwerpunkt „psychische Gesundheit“ werde seit 1,5 Jahren ein gestuftes Versorgungsmodell zur Behandlung von Depressionen realisiert, so Priv.-Doz. Dr. Birgit Watzke vom Universi-

täts-Klinikum Hamburg-Eppendorf. Ziel sei es, die Gesundheitsversorgung von PatientInnen mit Depressionen zu verbessern. Dazu sollen Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung im Rahmen eines anhand der Empfehlungen der NVL Depression optimierten „stepped care“-Modells verbessert werden. In das Versorgungsnetz eingebunden seien 42 Haus- und 21 FachärztInnen, 20 PsychotherapeutInnen und acht Krankenhäuser. Der Einstieg in das Versorgungsnetz erfolge über den Hausarzt mittels eines Screenings von PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Erkrankung. Innovativer Behandlungsbaustein sei nach der ersten Stufe des aktiv-abwartenden Begleitens die zweite Behandlungsstufe, die aus Bibliothek, mediengestützter Selbsthilfe und psychotherapeutischer Telefonunterstützung bestehe. Erst auf der dritten Stufe werde eine ambulante Psychotherapie angeboten. Die teilnehmenden PsychotherapeutInnen verpflichteten sich, einen ersten Termin innerhalb von zwei bis drei Wochen anzubieten und die Behandlung innerhalb von sechs Wochen zu beginnen. Zusätzlich müsste eine Bereitschaft zur engen Kooperation und Kommunikation mit Hausärzten, anderen PsychotherapeutInnen und Krankenhäusern bestehen. Nachdem im ersten Jahr vor allem das Netzwerk aufgebaut worden sei, seien im nun zweiten Jahr die ersten PatientInnen eingeschlossen worden. Mit ersten Ergebnissen sei ab September 2014 zu rechnen.



PD Dr. Birgit Watzke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Erstversorgung psychischer Störungen in Irland

Mit der Einführung gestufter Versorgungsmodelle seien auch Risiken verbunden, warnte Dr. Declan Aherne, Leiter der psychosozialen Beratungsstelle für Studie-

rende an der Universität Limerick, Irland. Aufbauend auf den Erfahrungen mit dem IAPT-Programm in Großbritannien, dessen Ziel es gewesen sei, psychotherapeutische Behandlungen für eine breite Gruppe an PatientInnen zugänglich zu machen, warnte er vor der Gefahr, Psychotherapie als „Schmalspurintervention“ zu konzipieren, die auch von weniger gut qualifizierten TherapeutInnen durchgeführt werden könnte. Dies würde im derzeitigen Gesundheitssystem einer „Medikalisierung“ Vorschub leisten und damit der Komplexität von psychischen Erkrankungen nicht gerecht werden. Auch in gestuften Versorgungsmodellen müsste Psychotherapie bei psychisch Kranken das Behandlungsmittel der ersten Wahl sein und an die jeweiligen Bedarfe der PatientInnen angepasst werden. PsychotherapeutInnen müssten eine Schlüsselrolle in der Primärversorgung von PatientInnen mit psychischen Erkrankungen einnehmen. Das ideale Modell gestufter Versorgung sei gemeindenah verankert und sichere einen niedrigschwelligen Zugang zu den verschiedensten psychotherapeutischen Angeboten, mit der Möglichkeit einer medizinischen Mitbetreuung bei Bedarf und nicht umgekehrt.



Dr. Declan Aherne, Leiter der psychologischen Beratungsstelle, University of Limerick

Lösungsansätze aus Krankenkassensicht

Welche Ansätze aus Sicht der Krankenkassen geeignet wären, um bestehende Versorgungsprobleme im Bereich der Psychotherapie in Deutschland zu lösen, referierte Dr. Thomas Uhlemann vom GKV-Spitzenverband. Probleme der Fehlallokation und des mangelnden Indikationsbezugs erforderten einen Abbau von Überversorgung bei gleichzeitiger Vermeidung von

Unterversorgung, eine regionsspezifische Gestaltung des Versorgungsangebots sowie eine Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie bzw. die Einführung von niedrigschwelligen Versorgungsangeboten „unterhalb“ der Psychotherapie. Dabei gehe es nicht darum, flächendeckend gestufte Versorgungsmodelle einzuführen, sondern durch geeignete kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen die Versorgung zu verbessern. Unter dem Motto „Vereinfachung, Vereinheitlichung, Entbürokratisierung“ würde beim GKV-Spitzenverband z. B. darüber nachgedacht, niedrigschwellige Angebote durch Hausärzte (Stichwort „psychosomatische Grundversorgung“) einzuführen, durch Vergütungsanreize gruppenpsychotherapeutische Angebote und Kurzzeittherapien zu fördern und das Gutachterverfahren durch geeignete, effizientere Maßnahmen der Qualitätssicherung zu ersetzen. Auch über eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu stärkeren Sanktionierungen bei Nicht-Erfüllung von Versorgungsaufträgen werde nachgedacht.



Dr. Thomas Uhlemann, GKV Spitzenverband

Diskussion

Die anschließende Podiumsdiskussion griff noch einmal auf, welche Chancen und Risiken gestufte Versorgungsangebote beinhalten. Uneinigkeit herrschte darüber, inwieweit auch präventive Ansätze im Rahmen von „stepped care“ realisiert werden könnten. Während sich einige ReferentInnen dafür aussprachen, dass durch niedrigschwellige Angebote und die verbesserten Kooperationsstrukturen ideale Voraussetzungen insbesondere auch für sekundärpräventive Angebote bestünden, warnte die Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer vor dem Verschwimmen der Grenzen zwischen Beratung und Psychotherapie. Nicht jedes „psy-

chische Jucken“ erfordere gleich den Gang zur PsychotherapeutIn, gerade hierfür seien die Beratungsstellen prädestiniert. Aufgabe der PsychotherapeutInnen dagegen sei es, nicht Befindlichkeiten, sondern Krankheiten zu behandeln.

Trotz aller Chancen, die in niedrigschwelligen, gestuften Versorgungsangeboten stecken, dürfte man diese jedoch nicht zu technisch und manualisiert gestalten. Ein wesentlicher Wirkfaktor psychotherapeutischer Behandlungen sei die therapeutische Beziehung bzw. der persönliche Kontakt zu den PatientInnen, so Prof. Jan Derksen aus Holland. PD Dr. Birgit Watzke ergänzte, dass dies auch in Übereinstimmung mit Forschungsbefunden stünde. Beispielsweise sei therapeutisch angeleitete Selbsthilfe erwiesenermaßen effektiver als nicht angeleitete Selbsthilfe. Auch Dr. Declan Aherne maß dem Wirkfaktor „Beziehung“ eine entscheidende Bedeutung bei und wies darauf hin, dass die persönliche Beziehung zu den PatientInnen ein wesentlicher Faktor der Suizidprävention sei. Dass sich in den 27 Jahren, die er in einer Praxis arbeite, niemand suizidiert habe, führe er auch hierauf zurück. Um das Risiko der Frustration der PatientInnen, die in gestuften Versorgungsangeboten zunächst meist nur Selbsthilfeangebote angeboten bekämen, zu reduzieren, ergänzte Timo Harfst, dass die Indikationsstellung, d. h. die Zuweisung der Patienten zum passenden „step“, von immenser Wichtigkeit sei. Über die richtige Indikationsstellung wisse man aus der Literatur derzeit noch zu wenig.

Gestufte Versorgungsangebote können aber durchaus Anregungen geben, wie man die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland weiterentwickeln könne, auch jenseits eines kompletten Systemwechsels. So sollten PsychotherapeutInnen durch Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen die Möglichkeit bekommen, Akutsprechstunden einzuführen und diagnostische Gespräche vergütet zu bekommen, so ein Beitrag aus dem Publikum. Hierauf entgegnete der Vertreter der Krankenkassen, Dr. Thomas Uhlemann, dass es mit Sicherheit zu keiner Ausweitung des Leistungsangebotes der PsychotherapeutInnen kommen würde, sondern dass es vielmehr zu „Umschichtungen“ im

Leistungsangebot kommen müsse. Dies wäre auch durchaus im Sinne der Psychotherapeutenchaft, die sich eine Differenzierung ihres Leistungsangebots und die Möglichkeit zur Delegation von bestimmten Leistungen an andere Berufsgruppen vorstellen könne, so eine andere Meinung aus dem Publikum. Hierdurch könnten ebenfalls mehr Kapazitäten für Psychotherapie entstehen.

Abschließend waren sich die ReferentInnen einig, dass es darum gehe müsse, im bestehenden System für eine Flexibilisierung der Rahmenbedingungen zu sorgen. Entscheidend sei außerdem eine bessere



Podiumsdiskussion

Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und die Frage, wie die Mittel, die zur Verfügung stünden, am besten verteilt werden sollten. Ein sinnvoller An-

fang könne darin bestehen, auf regionaler und lokaler Ebene bestehende Versorgungsprobleme zu lösen und insbesondere die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu verbessern. Vielleicht lohne es sich, auch noch einmal darüber nachzudenken, welche Aufgabe Psychologinnen, die man mit der Etablierung des Psychotherapeuten „geopfert“ habe, bei der Versorgung übernehmen könnten, um die vorhandenen Kapazitäten an Psychotherapeuten effizienter nutzen zu können, so Andrea Mrazek in ihrem Fazit.

Dr. Tina Wessels,
Wissenschaftliche Referentin BPTK

Veranstaltungsankündigungen

Treffen der PiA und der neu-approbierten Kolleginnen und Kollegen

Im nächsten Jahr sind wieder zwei Veranstaltungen für PiA und die neuapprobierten Kolleginnen und Kollegen der OPK geplant. Über die Termine, Veranstaltungsorte und Inhalte informieren wir auf unserer Homepage sowie über persönliche Einladungen.

Fortbildung Notfall-psychotherapie

Im März 2013 wird die OPK für alle Mitglieder, die sich für die notfallpsychotherapeutische Versorgung bei Großschadensereignissen gemeldet haben, eine Fortbildung zur Notfallpsychotherapie anbieten. Geplant ist eine halbtägige Veranstaltung in Erfurt, bei der u. a. folgende Themen auf der Tagesordnung stehen werden:

- Darstellung der verschiedenen Strukturen, in denen Notfallversorgung in Deutschland angelegt ist,
- Akutversorgung: Ablauf im Schadensfall,
- Nachsorge: Was ist zu beachten?,
- Diskussion.

Zeitnah werden an alle eingetragenen Mitglieder die Einladung mit allen notwendigen Informationen versandt.

2013 – Jahr des Berufsrechts

Das Jahr 2013 wird für die Mitglieder der OPK zahlreiche Veranstaltungen zum Thema Berufsrecht bereithalten. Geplant sind insgesamt neun Termine im gesamten OPK-Gebiet, an denen die berufsrechtlichen Aspekte der alltäglichen psychotherapeutischen Arbeit im Vordergrund stehen. Jeweils ein Jurist/eine Juristin und ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin werden den Vortrag und die anschließende Diskussion führen, bei der auch Gelegenheit zum gemeinsamen Austausch gegeben sein wird.

Ostdeutscher Psychotherapeutentag 21. bis 22. März 2014

Zum zweiten Ostdeutschen Psychotherapeutentag, welcher unter dem Thema Therapeutische Beziehungen steht, erwarten Sie wieder spannende Vorträge mit neuen Erkenntnissen aus Wissenschaft und Forschung sowie zahlreiche anwendungsorientierte Workshops und Fachvorträge. Aus diesem Grund möchten wir Sie schon jetzt zu unserem zweiten bundesländerübergreifenden Psychotherapeutentag vom 21. bis 22. März 2014 herzlich einladen.

Im historischen Ambiente der Oper Leipzig sowie dem modernen Komplex der Universität Leipzig freuen wir uns auf einen intensiven kollegialen Austausch. Feiern Sie anschließend gemeinsam mit uns in tropi-

scher Atmosphäre im Gondwanaland des Leipziger Zoos mit musikalischer Unterhaltung den zweiten Ostdeutschen Psychotherapeutentag der OPK. Informationen zu Ablauf und Anmeldung finden Sie ab 2013 auf unserer Homepage www.opk-opt.de oder unter www.opk-info.de. Die Anmeldung erfolgt ab September 2013.



Geschäftsstelle

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

Bericht aus der Vertreterversammlung am 27. Oktober 2012

Zu Beginn der 2. Sitzung der Vertreterversammlung in der 3. Amtsperiode am 27.10.12 galt es, sich einer Reihe von Personalien zu widmen. Herzlich begrüßt wurde zunächst Frau Dr. Rössler als neue Geschäftsführerin der Kammer, sie stellt sich auf diesen Seiten persönlich vor. Dann konnte Herr RA Gerlach mit herzlichem Dank aus seiner Funktion als kommissarischer Geschäftsführer entbunden werden. Nachträgliche Geburtstagswünsche zum 75. wurden Herrn Dr. Schmeiser übermittelt, eine Würdigung seiner Leistungen in der Gründungs- und Aufbauphase der Kammer findet sich weiter unten. Mit einer kleinen Laudatio wurde Herr Weidhaas aus der Vertreterversammlung verabschiedet, er überreichte im Gegenzug dem Präsidenten, Herrn Kappauf, ein Schreiben aus dem Jahr 1999, in dem der damalige stellvertretende Ministerpräsident von RLP endlich der Gründung einer Psychotherapeutenkammer zustimmte. Und zu guter Letzt wurde als neues Mitglied der Versammlung Herr Prof. Dr. Murken begrüßt und verpflichtet.

Satzungen überarbeitet

Der Arbeitsschwerpunkt im weiteren Sitzungsverlauf lag auf der z. T. grundlegenden Überarbeitung der Satzungen der Kammer. Dies betraf im ersten Abschnitt die Entschädigungsordnung, die Beitragsordnung und den Haushalt 2013. Die Fragen der Erhebung und Verteilung von Mitgliedsbeiträgen wurden erwartungsgemäß kritisch und z. T. auch kontrovers diskutiert, im Ergebnis fanden alle beantragten Veränderungen die notwendige Satzungsmehrheit. Gegenanträge wurden nicht gestellt.

In der neuen **Entschädigungsordnung** wurden die Aufwandsentschädigungen für

alle ehrenamtlichen Tätigkeiten moderat angehoben, sie liegen im Vergleich mit anderen Länderkammern weiterhin im unteren Mittelfeld.

Die **Beitragsordnung** wurde wesentlich vereinfacht (vgl. auch die Erläuterung im letzten PTJ). Künftig zahlen alle Mitglieder, die eine bestimmte Einkommensgrenze, die sog. Bezugsgröße, erreichen oder überschreiten, einen einheitlichen Regelbeitrag. Die Bezugsgröße wird nach den Kriterien der sozialen Ausgewogenheit jährlich vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestimmt. Bei geringeren Einkommen erfolgt eine Zuordnung zu einer von vier abgesenkten Beitragsklassen. Härtefälle werden wie bisher gesondert behandelt. Das neue System reduziert den bisher notwendigen Verwaltungsaufwand signifikant, 2/3 aller Mitglieder werden zukünftig keinen Einkommensnachweis mehr vorlegen müssen.

Ziel: Beitragsstabilität

Der **Haushalt 2013** wurde in Verbindung mit dem Personalstellenplan erläutert und beschlossen. Hervorzuheben ist, dass durch Abschmelzen der zwischenzeitlich stark angewachsenen Beitragsrücklage in den nächsten fünf Jahren die Haushaltsentwicklung gepuffert und somit stabile Beitragsätze gewährleistet werden kön-



Präsident Alfred Kappauf überreicht Herrn Weidhaas ein Dankespräsent der Kammer

nen. Der Regelbeitrag wurde auf 540 Euro festgesetzt und wird für die nächsten Jahre konstant bleiben.

Die Neufassungen der **Gebührenordnung, der Hauptsatzung, der Berufsordnung und der Fortbildungsordnung** sind mit der Einarbeitung klarstellender Formulierungen mit großer Mehrheit oder Einstimmigkeit angenommen worden.

Sämtliche neu beschlossenen Satzungen sind in voller Länge dieser Ausgabe des PTJ beigeheftet und im Internet abrufbar auf: www.lpk-rlp.de/rechtliches/satzungen.

Der Versammlung war es schließlich ein dringendes Anliegen, als politische Botschaft zwei Resolutionen zur Frage der Honorierung ambulanter Tätigkeit und zur Bedarfsplanung zu diskutieren und einvernehmlich zu verabschieden. Sie finden den Wortlaut ebenfalls auf der Homepage der Kammer.

Neue Beitragsordnung für die LPK

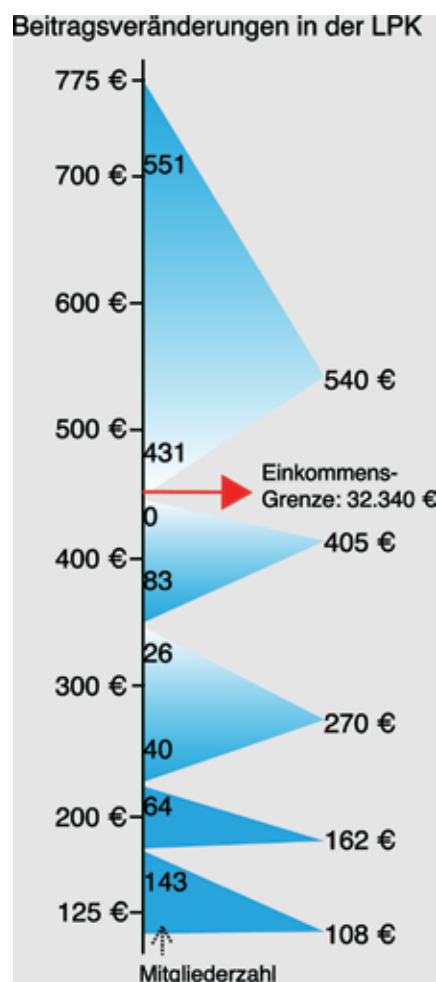
Eine neue Beitragsordnung hat die Vertreterversammlung in der jüngsten Herbstsitzung für die Mitglieder in Rheinland-Pfalz ab 01.01.2013 verabschiedet. Hauptmerkmal: einheitlicher Regelbeitrag für Niedergelassene und Angestellte in Höhe von 540 Euro. Dies senkt den Verwaltungsaufwand enorm, macht eine genaue Vorausschätzung für den Haushalt realistisch und beseitigt die bisherigen deutlichen Spaltungen zwischen angestellten und niedergelassenen Mitgliedern. Gleichzeitig können durch die Zusammenführung der Beitragsgestaltung nun die bisher getrennt geführten, aufgrund der Überschüsse im Beitrag aufgelaufenen Rückstellungen zu einer gemeinsamen „Subvention“ des Regelbeitrages in den Haushalt einfließen, der sonst sehr viel höher ausgefallen wäre.

Ausschlaggebend für das Aufgeben der bisher gültigen Beitragsordnung waren vor allem drei Negativpunkte: Der immense Verwaltungsaufwand der am Einkommen orientierten Beiträge, aufgrund der jährlichen Abfrage jedes einzelnen Mitglieds,

sollte reduziert werden. Zusätzlich ließen die am Einkommen orientierten Beiträge sich vorab so gut wie gar nicht in ihrer Höhe abschätzen, da die Umsätze vor allem der Niedergelassenen sich in den letzten Jahren enorm unvorhersehbar veränderten. Die Folge waren vor allem überdurchschnittliche Überschüsse im Bereich der Niedergelassenen. Ebenso sollten die unterschiedlichen Beitragshöhen von Angestellten und Niedergelassenen angeglichen werden, da sich hier viel Unmut bei den Mitgliedern angesammelt hat. Dies führte in den Überlegungen zu einem neuen Beitragsmodell, das vor allem einen Grundgedanken hat: Die Kammer übt ihre Tätigkeit für alle Mitglieder in gleicher Weise aus und erhebt so – wie bei den Berufsverbänden auch – einen einheitlichen Beitrag ohne Rücksicht auf das Einkommen, sofern es nicht unterhalb der sozialrechtlich relevanten Grenze (Bezugsgröße 2013: 32.340 Euro) liegt.

Wie bei allen Harmonisierungen und Angleichungen in einem Mittelbereich wird

es in einer Übergangsphase bei den Beitragshöhen natürlich Wanderungen nach oben und unten an den Rändern geben. Insgesamt überwiegen die Entlastungen bei ca. 790 Mitgliedern mit durchschnittlich ca. 108 Euro pro Mitglied die Mehrbelastungen bei ca. 550 Mitgliedern mit durchschnittlich ca. 89 Euro pro Mitglied, wie die anschließende Grafik zeigt:



Klasse	Beitrag	Beitragshöhe	Einkommensgröße	entspricht
BK 1	Regelbeitrag	540 €	> 100% der Bezugsgröße	> 32.340 €
BK 2	Ermäßigter Beitrag 75 % des Regelbeitrages	405 €	75 % bis 100 % der Bezugsgröße	24.255 € - 32.340 €
BK 3	Ermäßigter Beitrag 50 % des Regelbeitrages	270 €	50 % bis < 75 % der Bezugsgröße	16.170 € - 24.255 €
BK 4	Ermäßigter Beitrag 30 % des Regelbeitrages	162 €	25% bis < 50 % der Bezugsgröße	8.085 € - 16.170 €
BK 5	Ermäßigter Beitrag 20 % des Regelbeitrages	108 €	< 25 % der Bezugsgröße	bis 8.085 €

Dr. Gabriele Rössler neue Geschäftsführerin der Kammer

Am 22.10.2012 habe ich meine Tätigkeit als Geschäftsführerin in der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz aufgenommen.

Nach dem Studium der Psychologie in Würzburg (Abschluss 1989) arbeitete ich einige Jahre an der Universität Erlangen in Wissenschaft und Lehre und promovierte dort 1993 zu einem Thema aus

der Belastungs- und Resilienzforschung bei Jugendlichen. In der Geschäftsstelle eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsverbundes in Dresden sammelte ich erste Erfahrungen mit den Strukturen des Gesundheitswesens und konnte diese als Abteilungsleiterin im Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen gut verwenden. Wir begleiteten landesgesundheitspolitische

Programme und erstellten Gesundheitsberichte. Nach einem „Seitenwechsel“ habe ich mich als Vertreterin eines Wohlfahrtsverbands auf Bundesebene unter anderem dafür eingesetzt, in Einrichtungen und Diensten Voraussetzungen für eine positive Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung zu schaffen. Um meine Erfahrungen zu ergänzen, habe ich mich

berufsbegleitend betriebswirtschaftlich weitergebildet und einen MBA erworben.

Soweit zu meinen wesentlichen beruflichen Stationen. Ich freue mich auf meine

Arbeit in der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und auf viele neue Erfahrungen.

Tag der seelischen Gesundheit

Seit nunmehr fünf Jahren nutzt die LPK RLP den Welttag der seelischen Gesundheit, um die Aufmerksamkeit der Medien auf psychotherapeutische Themen zu lenken. Dieses Jahr hat die LPK RLP den Schwerpunkt Schlafstörungen gewählt, weil von diesen Störungen sehr viele Menschen betroffen sind – von einer leichten Ausprägung bis hin zu einer häufigen Begleitstörung ernstzunehmender psychischer Krankheiten. Im Rahmen mehrerer Zeitungsartikel in den auflagenstärksten Tageszeitungen in Rheinland-Pfalz wurde der Leser in einer allgemeinverständlichen Sprache angesprochen, meist in Form eines Interviews mit Gisela Borgmann-Schäfer, das für Öffentlichkeitsarbeit zuständige Vorstandsmitglied. Da die Zeitungsartikel mit einer telefonischen Sprechzeit kombiniert wurden, konnten auch vertiefende Auskünfte erteilt werden. Dieses Angebot wurde intensiv nachgefragt.

Neben der Aufklärung über psychische Erkrankungen muss die unhaltbare Situation der ambulanten und stationären Unterversorgung an einem solchen Tag angemahnt werden.

Beiträge in den Tageszeitungen

Zum thematischen Schwerpunkt „Schlafstörungen“ des Tags der seelischen Gesundheit gab es folgende Beiträge in den Tageszeitungen:

- Drei aufeinanderfolgende Beiträge in der *Allgemeine Zeitung* Mainz und Umgebung und ein Beitrag in der *Rheinpfalz*.

Zur Unter-Versorgungssituation initiierte die LPK RLP zwei Beiträge:

- Ein Artikel im *Trierischen Volksfreund*: „Überlastet und unterbezahlt“.
- Ein Interview in der *Rheinzeitung*: „Es gibt keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit.“

Flankiert wurden diese Aktivitäten von einer Presseerklärung.

Auszug aus der Presseerklärung zum 10.10.2012

Tag der seelischen Gesundheit – Psychotherapeutenkammer RLP fordert

frühzeitige Behandlung psychischer Störungen

„... Schlafprobleme können körperlich bedingt sein, sie sind aber sehr oft Begleitsymptome psychischer Erkrankungen. Bei Depressionen sind Schlafstörungen ausgeprägt, typisch ist hier das frühmorgendliche Erwachen. Auch bei Ängsten finden sich oft Schlafstörungen. Die ängstliche Anspannung, in der sich die Betroffenen dauerhaft oder phasenweise befinden, wirkt auch im Schlaf noch weiter. Häufige Angsterkrankungen sind Panikstörungen und Phobien, wobei Phobien (z. B. die Angst vor bestimmten Situationen) oft mit Panikattacken einhergehen. Eine andere Form sind beständig vorhandene chronische Angstgefühle. Ein besonderes Problem besteht darin, dass die Betroffenen versuchen, die Ängste zu dämpfen, indem sie zu Alkohol und Beruhigungsmitteln greifen. Daraus entsteht eine Sucht, die sowohl Schlafprobleme als auch Ängste nur noch verstärkt. Suchterkrankungen gehen fast immer mit Schlafstörungen einher ...“

Broschüre: Grundlagen des Rechnungswesens – Steuertipps für Psychotherapeuten



Aus der langjährigen guten Zusammenarbeit zwischen LPK RLP und der Steuerberaterkammer RLP hatte sich ein anspruchsvolles Projekt entwickelt. Zur Vorgeschichte: Die LPK RLP führt regelmäßig Existenzgründungsseminare durch und ein Block ist dabei stets „Steuern in der Psychotherapeutischen Praxis“, der von einem Steuerberater gehalten wird. Auf unsere Bitte hin wurde auf Grundlage dieses Vortrags eine Broschüre mit Tipps erarbeitet, die sowohl die Regelungen für angestellte wie auch freiberufliche PsychotherapeutInnen so aufbereitet, dass auch ein „Steuereuling“ sie nachvollziehen kann. Sehr anschaulich wird über die Rechte und Pflichten des in einem Heilberuf tätigen Steuerpflichtigen informiert. Als Service an

unsere Mitglieder wird die 28-seitige Broschüre allen Mitgliedern bei der nächsten Aussendung beigelegt werden.

Blick ins Buch: Es wird zunächst auf die Grundlagen der Besteuerung der Angestellten eingegangen, die Einnahmen und die Werbekosten. Ausführlich wird anschließend die Unternehmensgründung beleuchtet, mit den Konsequenzen der verschiedenen Arten der Unternehmertätigkeit. Auch die Kombination von angestellter und freiberuflicher Tätigkeit wird behandelt. Was folgt aus der Tatsache, dass der Psychotherapeut ein freier Beruf ist? Und: Wer in einem Heilberuf tätig ist, fällt unter die Umsatzsteuerbefreiung für seine

Umsätze aus heilbehandelnder Tätigkeit. Selbstverständlich widmet sich auch ein Kapitel der Veräußerung einer psychotherapeutischen Praxis mit den steuerlichen

Aspekten aus Käufer- und Verkäufersicht. Zehn Tipps runden diese umfassende Broschüre ab. (Redaktionelle Bearbeitung G. Borgmann-Schäfer, Layout P. A. Staub).

Mitglieder anderer Kammern können diese Broschüre gegen eine Schutzgebühr von 3,00 Euro in der Geschäftsstelle beziehen.

Veranstaltungen, die Sie interessieren könnten:

Vertrauen und Missbrauch – Bedeutung des Abstinenzprinzips in der therapeutischen Beziehung

Datum: 02.03.2013, 10:45 bis 17:00 Uhr

Ort: Mainz, Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30

Referent: Dr. Steffen Dauer, Psychologischer Psychotherapeut, Institut für Rechtspsychologie Halle, Akademie für Rechtspsychologie Leipzig

Teilnahmegebühr: 90,00 Euro (inklusive Mittagsimbiss, Getränke)

www.lpk-rlp.de/web/news_termine.php4

Das Patientenrechtegesetz (zwei Termine)

Datum: 06.03.2013, 18:30 bis 20:30 Uhr

Ort: Kaiserslautern
und

Datum: 13.03.2013, 18:30 bis 20:30 Uhr

Ort: Mainz, Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30

Referent: Rechtsanwalt Hartmut Gerlach, Schwerpunkte Berufsrecht und Sozialrecht für Psychotherapeuten, Mannheim

Teilnahmegebühr: 25,00 Euro

Nähere Informationen finden Sie in Kürze auf unserer Homepage.

Glückwunsch zum 75., Herr Dr. Schmeiser!

Im Oktober dieses Jahres feierte Dr. Dietmar Schmeiser seinen 75. Geburtstag. Dr. Schmeiser wurde am 30.05.2001 – nachdem durch das Heilberufsgesetz die Verkammerung unseres Berufstandes vorgesehen war – zum ersten Vorsitzenden des Gründungsausschusses der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz gewählt, deren Vertreterversammlung er bis heute angehört. Mit seinem breiten professionellen und berufspolitischen Profil brachte er ideale

Voraussetzungen mit, um in seiner Funktion als Gründungspräsident die Rahmenbedingungen zu schaffen und Vorbereitungen zu treffen, um die Wahlen zur ersten Kammerversammlung durchzuführen und damit die Konstituierung unserer Kammer zu ermöglichen. Für diese couragierte und umsichtige Pionierarbeit auf unsicherem Terrain möchten wir ihm aus diesem Anlass danken und natürlich für den weiteren Lebensweg alles herzlich Gute wünschen.



Herr Dr. Schmeiser, Mitglied der Vertreterversammlung

Rundbriefe der LPK

Informationen sind interessant, wenn sie aktuell sind. Daher unser Vorsatz: Der Rundbrief wird demnächst direkt im An-

schluss an unsere Vertreterversammlungen mit einem Bericht zu den wichtigsten Diskussionspunkten fertiggestellt und an

Sie per E-Mail weitergeleitet. Die kommende Ausgabe wird Sie somit spätestens Dienstag, den 16. April 2013 erreichen.

Ankündigung

Am 13. April 2013 findet die nächste Sitzung der Vertreterversammlung in der LPK statt. Hierzu sind alle interessierten Mitglieder herzlich eingeladen. Wir bitten aus organisatorischen Gründen um vorherige Anmeldung!

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Dr. Andrea Benecke, Gisela Borgmann-Schäfer, Jürgen Kammler-Kaerlein, Dr. Gabriele Rössler, Peter-Andreas Staub.

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



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Die Angestelltenfachtagung „Psychohygiene – PP und KJP in Institutionen“ war ein großer Erfolg

Fast 100 TeilnehmerInnen und damit doppelt so viele wie bei der ersten Angestelltenfachtagung unserer Kammer 2005 sind am 12. Oktober unserer Einladung in die Tagungsräume der IHK Saarbrücken gefolgt.



Staatssekretärin Gaby Schäfer

Bernhard Morsch eröffnete die Veranstaltung und freute sich, erneut Staatssekretärin Gaby Schäfer begrüßen zu können. Sie hatte, wie auch bereits sieben Jahre zuvor, die Schirmherrschaft übernommen, ein Grußwort gesprochen und mit großem Interesse den ersten Teil der Tagung verfolgt.

Die Staatssekretärin würdigte den Anteil der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in der gesundheitlichen Versorgung, auch und gerade angesichts des weiterhin steigenden Anteils psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung und der unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten.

Dr. Dietrich Munz, Präsident der Baden-Württembergischen Psychotherapeuten-



Gaby Schäfer, Dr. Josef Schwickerath, Bernhard Morsch, Dr. Dietrich Munz

kammer und Vizepräsident der Bundespsychotherapeutenkammer, hielt den ersten Fachvortrag und gab einen umfassenden Überblick über Rahmenbedingungen und Ausgestaltung psychotherapeutischer Tätigkeiten in Institutionen. Fazit: PP und KJP sind in den unterschiedlichen Institutionen zwar gut etabliert. In den Stellenplänen sind sie jedoch oft nicht enthalten, ihre Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind nicht eindeutig beschrieben, die Möglichkeiten zur Übernahme von Leitungsfunktionen oft begrenzt.

Nach ausführlicher Beleuchtung des rechtlichen Hintergrundes dieser Problematik informierte Dietrich Munz über die geplante breite Angestelltenbefragung, zunächst mit einem Schwerpunkt der in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen tätigen Kammermitglieder. Diese wird in Zusammenarbeit mit den Landespsychotherapeutenkammern in 2013 durchgeführt. Ziel ist es, eine möglichst belastbare Datenbasis zu erhalten, die bei der Erarbeitung der „Empfehlungen für

die Ausstattung der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit therapeutischem Personal“ durch dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hilfreich ist. Die Befragung von KollegInnen in weiteren Tätigkeitsfeldern wird parallel dazu durchgeführt, rechtliche und inhaltliche Aspekte, die dabei im Fokus stehen sollen, werden gegenwärtig auf Bundesebene ausgelotet.



Dr. Dietrich Munz

Wolfgang Dube, Mitglied des PTI-Ausschusses der BPTK und Sprecher der PP und KJP in der Bundesfachkommission von ver.di, stellte die Entwicklung der Tä-

tigkeitsfelder von Psychotherapeuten in Institutionen dar, angefangen von der Psychiatrieenquete 1975, über den Erlass der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) 1990 bis hin zum Thema Vergütung, Tarifverträge und Eingruppierung (früher BAT, heute TVöD, Vergleich mit Fachärzten u. v. m.). Die Frage, ob das Psychotherapeutengesetz von 1999 uns in der stationären Psychiatrie weitergebracht hat, beantwortete er mit einem klaren „Nein“.



Wolfgang Dube

„Salutogenese in der Institution – Was uns zufrieden macht und gesund hält“, diesem Kernthema der Fachtagung widmete sich Dr. Petra Schuhler, leitende Psychologin an der AHG-Klinik Münchwies, Lehrtherapeutin, Supervisorin und Mitglied unserer Kammer.



Dr. Petra Schuhler

Ausgehend von den Forschungsergebnissen des russischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky erläuterte sie die drei wichtigen Resilienzfaktoren „Gefühl der Verstehbarkeit“, „Gefühl der Handhabbarkeit“ und „Gefühl der Sinnhaftigkeit“, zusammengefasst unter dem Begriff „Kohärenzgefühl“. Sehr konkret und unmittelbar relevant für den Arbeitsalltag leitete Frau Dr. Schuhler daraus protektive Faktoren für psychotherapeutisches Arbeiten in Institutionen und salutogenetische Potenziale institutioneller Arbeitskontexte ab. Dazu sind

Teamgespräche und kollegialer Austausch ebenso zu zählen wie Weiterbildungen, Intervention und Supervision. Zugespitzt in dem Zitat „Nicht alles, was zählbar ist, zählt auch“ von Albert Einstein stellte sie fortschreitende Technokratisierung und Bürokratisierung des Gesundheitswesens die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung gegenüber und forderte zum Protest gegen unangemessene Reglementierungsversuche, sinnentleertes und falsch verstandenes Qualitätsmanagement und den „Zeitgeist entpersönlicher Behandlung“ auf.

Dr. phil. Michael Huppertz, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aus Darmstadt, widmete sich dem Thema Achtsamkeit in zweierlei Hinsicht: Zunächst erläuterte er den achtsamkeitsbasierten Ansatz in der Psychotherapie. Im Anschluss begründete er seine These, dass achtsamkeitsbasierte Therapie Patienten, Therapeuten und Versorgungssysteme entlastet.

Seine Vermutung zur aktuellen Versorgungskrise: „Ich glaube nicht, dass wir jemals in der Lage sein werden, den Bedarf an Psychotherapie zu decken.“ Anspruchsvollere und belastendere Lebensbedingungen, steigende Ansprüche der Menschen an sich selbst und die Verstärkung dieser Ansprüche durch die Psychotherapie seien u. a. hierfür verantwortlich. Leid werde pathologisiert, Glück und Unglück würden zu persönlichen Angelegenheiten. Achtsamkeit sei auch durch die Krise der reinen Gewinn- und Konsumorientierung, des Sozialdarwinismus, des ziellosen Fortschritts und der allgemeinen Hyperaktivität zu einem Modethema geworden. „Die

Idee und die Praxis der Achtsamkeit können helfen, die Fragen zu beantworten, was das Leben wertvoll macht und in welcher Gesellschaft wir leben wollen.“

Sein Plädoyer zur Verbesserung der Versorgungssysteme: Achtsamkeitsbasierte Psychotherapien sind überschaubar, kurz, bezahlbar, da viel außerhalb der Therapiesitzungen vom Patienten selbst übernommen werden kann. Durch die Ausweitung des Angebots an Gruppentherapien könnten die Patienten ebenfalls etwas für sich tun, vielleicht sogar dadurch auf eine Einzeltherapie verzichten.



Dr. Michael Huppertz

Das so eingesparte Geld könne zur intensiven psychotherapeutischen Behandlung schwer psychisch kranker Menschen eingesetzt werden. „Man könnte es nutzen, die eklatanten Ungleichbehandlungen je nach Krankheitsbild, Region und Krankenversicherung auszugleichen“, so Huppertz.

Zum Angebot der Fachtagung gehörten abschließend zwei Workshops, die der Vertiefung und Diskussion der Vortragsinhalte von Petra Schuhler und Michael Huppertz dienten. An beiden Workshops gab es



großes Interesse. Das spontane Feedback vieler TeilnehmerInnen am Ende der Fachtagung war außerordentlich positiv.

Alle Fachvorträge wurden uns von den Autoren zur Verfügung gestellt und sind, ebenso wie weitere Fotos von der Veranstaltung, unter www.ptk-saar.de zu finden.

Was wird aus der Psychotherapie?

Einladung zur „Zukunftswerkstatt“ am 9. März 2013

Die Berufe „Psychologische/r Psychotherapeut/in“ (PP) und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in“ (KJP) sind noch sehr jung im Vergleich zu anderen gesetzlich anerkannten akademischen Heilberufen. Erst zum 1. Januar 1999 wurden diese Berufe durch das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes berufs- und sozialrechtlich in Deutschland verankert. Die Verankerung als eigenständige Psychotherapie auf psychologischen Grundlagen im gesellschaftlichen Bewusstsein nach fast 14 Jahren lässt allerdings noch ebenso zu wünschen übrig wie die mangelhafte sozialrechtliche Implantierung der gesamten Bandbreite wissenschaftlich anerkannter Therapieverfahren im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen und der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Seit einiger Zeit bemüht sich die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) um eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Kernpunkt ist dabei die Reformierung der Ausbildung. Nach dem Willen der Mehrheit der approbierten Kollegen soll die Ausbildung grundlegend verändert werden. Die gravierendste Neuerung soll die Einführung nur noch eines Berufs mit Spezialisierungen für die Bereiche Erwachsene oder Kinder und Jugendliche sein, mit der Option, sich durch zusätzliche Ausbildungsteile auch für den jeweils anderen Bereich qualifizieren zu können. Der diesbezügliche Gesetzentwurf der BPTK ruht allerdings schon viele Monate in den Schubladen des Gesundheitsministeriums. Der Grund dafür liegt in der geringen Begeisterung der Politik für eine Festschreibung der bisherigen postgradualen Ausbildung an

privaten Ausbildungsinstituten. Favorisiert wird vielmehr die Einrichtung einer universitären Direktausbildung in Anlehnung an die schon lange praktizierte universitäre Ausbildung der Mediziner.

Diese Ausbildungsform würde sicher zu bedeutenden Veränderungen in der bisherigen Psychotherapielandschaft führen. Hierzu nur einige der vielen sich auftuenden Fragen: Würde beispielsweise die bisherige Ausbildung in Schwerpunktverfahren beibehalten? Oder gäbe es etwa eine Ausweitung im Rahmen einer allgemeinen Psychotherapieausbildung auf alle wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren? Wäre gar eine Spezialisierung auf bestimmte Störungsfelder vergleichbar einer Facharztausbildung denkbar?

Falls es zu einer Gesetzesnovellierung nach den Vorschlägen der Bundespsychotherapeutenkammer käme, tun sich ebenso viele Ungewissheiten auf: Wird die Einrichtung nur eines Psychotherapeutenberufs tatsächlich zu einem Zusammenwachsen der bisherigen zwei Berufe mit ihren unterschiedlichen Grundstudiengängen führen? Könnten dadurch endlich die noch bestehenden erheblichen Vergütungsunterschiede zwischen PP und KJP im Angestelltenbereich aufgelöst werden? Welche Zukunft werden die bisher sozialrechtlich nicht anerkannten Verfahren nehmen, wenn sie weiterhin nicht in das System der psychotherapeutischen Angebote als Kassenleistung aufgenommen werden?

Diesen Fragen, die unmittelbar die Zukunft aller berufstätigen Kolleginnen und Kollegen betreffen, aber besonders diejenigen, die noch eine längere Verweildauer in ihrem Beruf vor sich haben, wollen wir am 9. März kommenden Jahres in einer Veranstaltung mit dem Titel „Zukunftswerkstatt“ nachgehen. Wir haben dafür zwei besonders qualifizierte Referenten mit visionärem Potenzial gewinnen können: Zum einen den langjährigen Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz **Alfred Kappauf** mit seinen umfassenden Kenntnissen der bisherigen Entwicklung der psychotherapeutischen Berufe und zum anderen Professor **Jürgen Kriz** mit seinem profunden Wissen aus der vergleichenden Psychotherapieforschung, der schon viele

Jahre als Querdenker diesbezüglich immer wieder visionäre Ideen entwickelt und publiziert hat.

Nach den zwei Eingangsreferaten am Vormittag, gefolgt von einer gemeinsamen kulinarischen Mittagspause, soll dann am Nachmittag in zwei Workshops Gelegenheit zum kollegialen Austausch und zur Entwicklung gemeinsamer Zukunftsideen gegeben werden, die beim abschließenden Plenum zusammengetragen werden und das zukünftige therapeutische Miteinander befruchten sollen. Wir hoffen auf eine rege Beteiligung bei einer sicherlich sehr interessanten Veranstaltung. Merken Sie sich den **9. März 2013** vor! Genauere Informationen zum Veranstaltungsort, zum Ablauf und den Anmeldeformalitäten finden Sie in Kürze auf unserer Homepage www.ptk-saar.de.

Gesprächstermin mit Gesundheitsminister Andreas Storm



Andreas Storm, Minister für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Am 22. August war der Vorstand der PKS zum Antrittsbesuch bei Gesundheitsminister Storm. Inge Neiser, Irmgard Jochum und Bernhard Morsch hatten eine ganze Reihe von Themen

im Gepäck, die mit dem neuen Minister (es ist seit Kammergründung vor neun Jahren bereits der fünfte Gesundheitsminister, dem ein Antrittsbesuch abgestattet wurde) erörtert werden sollten.

Versorgungssituation

Wichtigstes Thema war die defizitäre Versorgungssituation psychisch Kranker im Saarland wie bundesweit. Der Vorstand begrüßte die Beschlüsse der 85. Gesundheitsministerkonferenz zur Sicherstellung einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung, die im Juli in Saarbrücken unter Vorsitz von Mi-

nister Storm getagt hatte. Allerdings müssten die gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten, auf Landesebene von den bundeseinheitlichen Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen, auch umgesetzt werden. Auch der Minister zeigte sich irritiert von den jüngsten Bekundungen des neuen unparteiischen G-BA-Vorsitzenden Dr. Josef Hecken, ehemaliger saarländischer Gesundheitsminister, die Bedarfsplanungsrichtlinie ausgerechnet für die Psychotherapie nicht zum 01.01.2013 umzusetzen.

Die Kammer äußerte ihr Unverständnis über die Begründung Heckens zu dieser Entscheidung, der jüngst in einem Interview im Deutschen Ärzteblatt davon sprach, dass für die Psychotherapie valide Daten fehlten, wie der tatsächliche Versorgungsbedarf mit Psychotherapie in der Fläche aussehe. Bernhard Morsch betonte, dass alle Zahlen auf dem Tisch lägen. So zeigten die Daten des Bundesgesundheitsveys, dass der psychotherapeutische Versorgungsbedarf auf dem Land nur unwesentlich unter demjenigen der Städte liege. Die rechnerische Absenkung der Versorgungsdichte in den Allgemeinen Verhältniszahlen um den Faktor neun im Bereich Psychotherapie sei vor diesem Hintergrund nicht zu rechtfertigen, eine Anhebung der Versorgungsdichte in ländlichen Regionen auf etwa die Hälfte der Dichte in städtischen Regionen als bundesweite Vorgabe begründbar. Bei der Blockadehaltung der Politik gehe es aus Sicht der Kammer in erster Linie um Geld: Eine notwendige Ausweitung der Versorgung sei durch die Kassen zu tragen. Diese plädierten deshalb im G-BA dafür, wenn überhaupt, lediglich eine minimale Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu planen und als Einzelkassen eventuell über Selektivverträge nachzusteuern. Der Präsident äußerte den Wunsch an den Minister, sich **jetzt** für eine Entscheidung politisch einzusetzen. Er händigte Herrn Storm Unterlagen zur Wartezeitenstudie und zur Bedarfsplanungsstudie der Bundespsychotherapeutenkammer aus.

Landesgremium nach SGB V § 90a

Die Kammer begrüßte die Pressemitteilung des Gesundheitsministerium, dass die saarländische Regierung ein Landes-

gremium gem. SGB V § 90 a einrichten möchte. In diesem Gremium sollen die regionalen Steuerungselemente beraten werden. Stimmberechtigte Mitglieder sind Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft, als weitere beratende Mitglieder sollen die Ärztekammer und die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes sowie u. a. Patientenvertreter aufgenommen werden. Da es insbesondere um sektorenübergreifende Versorgungsfragen gehe, sehe die PKS gerade auch ihre Kompetenz gefragt in der Vertretung der ambulant Tätigen und der in den vielfältigen Versorgungseinrichtungen tätigen Psychotherapeuten, wie u. a. in Akut- und Reha-Kliniken, aber auch in der Jugendhilfe oder in Beratungsstellen. Zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und Versorgung würden Psychotherapeuten gebraucht, vor allem im Bereich der Versorgung psychisch Kranker, wo es ohne eine adäquate komplementäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung und bessere Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Hilfen keine angemessene Versorgung geben könne.

Gegenwärtig finden die Beratungen zum Gesetzesentwurf im Landtag statt und Minister Storm sicherte der Kammer seine Unterstützung bei der Verabschiedung des Gesetzes zu.

Ausbildungsreform

Ein drittes wichtiges Thema war die Ausbildungsreform. Der Vorstand erläuterte dem Minister die Grundzüge des von der Profession vorgelegten umfassenden Reformvorschlages zur Ausbildung, die seit knapp zwei Jahren in der Schublade des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) lägen. Die Zusagen von Daniel Bahr, die Reform noch in dieser Legislatur anzupacken, seien bislang folgenlos geblieben. Stattdessen favorisiere das BMG derzeit ausschließlich eine Direktausbildung, die allerdings im Reformvorschlag der Psychotherapeuten analog der Empfehlungen des Forschungsgutachtens lediglich als Modell neben einer weitgehenden Reform der Ausbildungsstruktur entwickelt werden sollten.

In Zusammenhang mit der Ausbildungsdiskussion bedankte sich die Kammer für die neuerliche Unterstützung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), die in ihrer letzten Sitzung das BMG zum wiederholten Male aufgefordert hatte, im Vorgriff auf die beabsichtigte Novellierung zeitnah auch § 5 Absatz 2 PsychThG dahingehend zu ändern, dass Voraussetzung für den Zugang einer Ausbildung zum PP und KJP entweder ein Diplom-Abschluss oder ein Master-Abschluss sein müsse. Das Saarland gehört zu den 50% der Bundesländer, in denen für die Zulassung zur KJP-Ausbildung ein Bachelor-Abschluss ausreichend ist. Dies ist aus Gründen der Versorgungsqualität nicht hinnehmbar. Außerdem hatte die GMK die Bundesregierung aufgefordert, eine Regelung zu treffen, die es den Gewerkschaften ermöglicht, Tarifverträge für Psychotherapeuten in der Ausbildung und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in der Ausbildung abzuschließen. Der Vorstand untermauerte diese Forderung und betonte beim Antrittsbesuch, dass sich dieses Problem nur durch die Umsetzung einer Ausbildungsreform regeln lasse.

Nach Einschätzung beider Seiten wurde das Gespräch als sehr konstruktiv gewertet und als hoffnungsfroher Beginn einer guten Zusammenarbeit. Der Minister sicherte der Kammer seine Unterstützung und Teilnahme bei der im kommenden Jahr stattfindenden 10-Jahresfeier der PKS zu.

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Irmgard Jochum, Katja Klohs-Eberle, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maike Paritong und Michael Schwindling

Geschäftsstelle

Scheiderstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„So ein Fest sollte es öfter geben!“ äußerte sich begeistert ein Mitglied, das besonders den fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen in entspannter und musikalisch umrahmter Atmosphäre genoss. Ein Vertreter einer anderen Heilberufekammer zeigte sich beeindruckt von der Historie unseres Berufsstandes, über die er sich durch die Grußworte und den Festvortrag gut informiert fühlte. „Die Psychotherapeutenkammer ist respektierte Partnerin innerhalb der Heilberufekammern und wird von der Politik zukünftig noch stärker wahrgenommen werden“, stellte ein Politiker fest. Diese Resonanz bietet eine gute Ausgangsbasis für unser weiteres Engagement – so

wohl für unsere Profession als auch für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung.

Wer unser Fest versäumt hat, kann sich durch den untenstehenden ausführlichen Bericht informieren. Außerdem lege ich Ihnen den Artikel von Frau Prof. Jaeggi in diesem Heft nahe, denn er basiert auf dem von ihr gehaltenen Festvortrag, der vor allem bei den Mitgliedern auf großes Interesse stieß.

Viel Freude bei der Lektüre und eine schöne Weihnachtszeit wünscht im Namen des Vorstands

*Juliane Dürkop
 Präsidentin*



10 Jahre Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein: Gleiche Augenhöhe mit den Ärzten erreicht

Jahrzehntelange politische, juristische und fachliche Vorarbeit ist nötig, um in Deutschland eine Berufskammer als selbstverwaltete Körperschaft des öffentlichen Rechts zu gründen. Als die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein am 31.8.2012 in Kiel ihr zehnjähriges Bestehen feierte, erinnerte Kammerpräsidentin Juliane Dürkop an den „langen Atem“, der notwendig war, bis Psychotherapeuten „auf gleicher Augenhöhe mit den Ärzten“ standen. Die Anstrengung habe sich für alle gesellschaftlichen Gruppen gelohnt: „Psychotherapie spart mehr, als sie kostet“, betonte Dürkop.

Nicht überall war die Gründung der Psychotherapeutenkammer (PKSH) sofort freudig begrüßt worden, auch nicht von allen Psychotherapeuten, die nun zur Mitgliedschaft verpflichtet waren. „Selbstverwaltung ist nun mal ein Privileg und

gleichzeitig eine Verantwortung“, sagte die Kammerpräsidentin hierzu. Gelingen sei im Krankenversicherungsbereich die Gleichstellung mit den Ärzten. Immer noch unbefriedigend sei die Psychotherapieversorgung auf dem Lande und die Einkommenssituation von Diplom-Psychologen während der Ausbildung zum Psychotherapeuten.

Psychotherapie muss Profession bleiben, darf nicht Konfession werden

Dem Auseinanderdriften unterschiedlicher psychotherapeutischer Richtungen könne mit einer breiter angelegten theoretischen Basis im Grundstudium frühzeitig entgegengewirkt werden, empfahl die international anerkannte Psychotherapeutin Prof. Dr. Eva Jaeggi. Die 78-jährige Wissenschaftlerin, Psychoanalyse ebenso wie Verhaltenstherapie praktizierend, heute tätig an der



Festrednerin Prof. Dr. Eva Jaeggi

Berliner Akademie für Psychotherapie und an der Wiener Sigmund-Freud-Universität,



Prominente Gäste in der ersten Reihe (von rechts): die gesundheitspolitischen SprecherInnen Bernd Heinmann (SPD) und Ehefrau, Flemming Meyer (SSW), Karsten Jasper (CDU) und Anita Klahn (FDP), Ulrike Wortmann (Barmer/GEK), Adolf-Martin Möller (Stadtrat Landeshauptstadt Kiel), Andreas Beran (Der Paritätische)

hatte ihrem Festvortrag einen programmatischen Titel gegeben: „Streng in der Theorie – flexibel im Handeln oder Wie ich mir eine gute Psychotherapieausbildung vorstelle“. Einige Fachgesellschaften und Institute hätten „eng gestrickte Vorstellungen“ von der eigenen Ausbildungsqualität; besser wäre es, das „Lernen voneinander im Geiste der Wissenschaft in den Vordergrund zu rücken“. Oder mit anderen Worten: „Selbstreflexion der eigenen Theorie ist generell notwendig.“ Verhaltenstherapie und Psychotherapie litten unter der Tendenz, in starren Schulen zu verharren, bis hin zur „Gefahr der Sektenbildung“ mit unbegründbaren Glaubenssätzen als Fundament, abgeriegelt gegen Kritik. Alle therapeutischen Systeme müssten sich, so Jaeggi, immer wieder selbstkritisch überprüfen. Und eben diese Schärfung des wissenschaftstheoretischen Blicks werde im Studium und in der Psychotherapieausbildung zu wenig gefordert. Dringend riet sie, die Wahl der Therapierichtung erst nach dem Grundstudium vorzunehmen. In der Psychotherapieausbildung müsse ein „Geist der Offenheit“ herrschen, die Ausbildung dürfe nicht bei intuitiver Praxis oder der Übernahme von Techniken aus bestimmten Schulen stehen bleiben. Wenn dann in der Berufsausübung gemischte Supervisionsgruppen und gemischte Falldarstellungen hinzu kämen (Jaeggi: „Ich weiß, das klingt ideal.“), sei das Entscheidende getan, damit „Psychotherapie eine Profession bleibt; sie darf keine Konfession werden.“

17 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage entfielen mittlerweile auf psychische Störungen, erklärte Anette Langner, Staatssekretärin im Sozialministerium. Die Kammer habe entscheidend dazu beigetragen, dass diese Befunde „nicht mehr so stigmatisiert sind wie in der Vergangenheit“. Und die Kammergründung habe die Stimmen der Psychotherapeuten gebündelt – „eine Errungenschaft gegenüber der Politik!“



Staatssekretärin Anette Langner

Langner kündigte für die Landesregierung an, die ambulante Versorgung mit Psychotherapeuten zu verbessern. Dafür müsse der Bund längst unbrauchbar gewordene Planungszahlen aktualisieren. Auch der steigende Behandlungsbedarf älterer Menschen müsse besser berücksichtigt werden. Ferner wolle man erreichen, dass seelische Erkrankungen und Psychothera-

pie in betrieblichen Arbeitsschutzkonzepten stärker berücksichtigt werden.

Konkurrenzsorgen der Ärzteschaft in Schleswig-Holstein abgeklungen

Die früheren Vorbehalte der Ärzte gegen Konkurrenz durch Psychotherapeuten seien in Schleswig-Holstein heute abgebaut, sagte Ärztekammerpräsident Dr. Franz-Joseph Bartmann; anderswo im Bundesgebiet möge das noch anders aussehen. Die PKSH selbst und Kammerpräsidentin Dürkop (Bartmann: „So etwas wie die Mutter der PKSH“) hätten viel für die Annäherung getan. Heute planteten beide Berufe gemeinsam mit Zahnärzten und Apothekern ein regionales Versorgungskonzept für Schleswig-Holstein: „Medizinische Leistungen soll der erbringen, der das vor Ort jeweils am besten kann – Besitzstandswahrung haben wir dabei nicht im Auge“, sagte Bartmann. Eine ausschließlich gruppenspezifische Interessenvertretung werde der Realität heute nicht mehr gerecht. In Schleswig-Holstein stimmen die Spitzen der Körperschaften von Ärzten, Apothekern, Psychotherapeuten, Zahnärzten und Tierärzten ihre Politik seit mehr als 30 Jahren in der „Interessengemeinschaft der Heilberufe“ ab.

Das Lob der Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeutenkammern setzte der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Prof. Dr. Rainer Richter (Hamburg), fort: „Die Ärzte haben unseren Länderkammern beim Aufbau von Strukturen selbstlos geholfen“ – was im Interesse der Patienten besonders zügig geschehen musste, denn „psychisch Kranke haben eine leisere Stimme in der politischen Szene als andere Patientengruppen“.

Die Interessenvertretung der Patienten sehe die Bundeskammer als ihre ganz spezielle Aufgabe und könne dies mit Erfolg tun, weil die Gründung der Psychotherapeutenkammern die Zersplitterung des Berufs in konkurrierende Fachgesellschaften überwunden habe.

Nachdrücklich hob Richter die Fortschritte in der Behandlung von psychischen Störungen hervor: Bis vor 15 Jahren vorran-



Präsident Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK)

gig medikamentös, bei alten Patienten oft in zu hohen Dosen, heute dagegen sei man sich einig: „Bei allen psychischen Erkrankungen, auch bei Schizophrenie und Psychosen, ist Psychotherapie min-

eine Gesetzesänderung durch den Bundestag nötig. Juliane Dürkop schloss sich an: „Die Versorgung auf dem Land ist noch schlecht.“ Im Landkreis Dithmarschen an der Nordseeküste müsse man ein halbes Jahr auf ein Erstgespräch warten und ein ganzes Jahr auf den eigentlichen Therapiebeginn.

*Dr. Jörg Feldner
Textwerkstatt Feldner*

Anzeige gegen AOK

Anfang 2012 wurde ich von einer Sachbearbeiterin der AOK Nordwest um detaillierte Auskunft zu einer Patientin gebeten. Beigefügt war ein vorbereiteter Fragebogen mit 15 Fragen zu Symptomen, Komplikationen, Therapiemotivation, (ungüns-

Die Staatsanwaltschaft stellte das Verfahren zwei Monate später ein, weil „der Versuch der Anstiftung zu einem Vergehen (...) nicht strafbar“ sei. Ein Antwortschreiben der AOK-Zentrale auf eine Anfrage der Staatsanwaltschaft lässt trotzdem keine Einsicht in die rechtliche und praktische Problematik erkennen.

Nachdem sich unser Justiziar mit der AOK-Zentrale in Verbindung setzte, kam folgende Erklärung: „Zu der von Ihrem Kammermitglied geschilderten Problematik merken wir an, dass der Zusatz in unserem Anforderungsschreiben hinsichtlich der Rücksendemöglichkeit „per Fax“ möglicherweise zu Irritationen führen könnte. Keinesfalls war von uns beabsichtigt, dass der Adressat dieses Schreibens an uns eine Rücksendung per Fax vornimmt.“ Missverständnisse jetzt vollkommen ausgeschlossen?



Festgäste im Kaisersaal des Kieler Yachtclubs

destens zusätzlich indiziert.“ Generell sei der Indikationsbereich größer geworden; Richter führte den Komplex Depression/Rückenschmerzen an. Dass sich die Psychiatrie vom Einfluss der Pharmaindustrie distanziert habe, sei auch dem Einwirken der Psychotherapeuten zu verdanken.

Bundesweit fehlen 4.000 Psychotherapeuten mit Kassenzulassung, so Richter. Erst mit dieser Zunahme werde die Versorgung auf dem Lande so gut wie in mittelgroßen Städten – wenn auch noch nicht so gut wie in Ballungsräumen. Freiwillig würden die Krankenkassen bei der nötigen Zulassungswelle nicht mitziehen, hier sei

tiger) Prognosen, Arbeitsfähigkeit usw. Sie dienten der Vorbereitung der sozialmedizinischen Beurteilung durch den MDK und dürften auch gern per Fax an die AOK geschickt werden.

Ich sah in dieser Aufforderung einen Verstoß gegen § 203 (1) StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen, und stellte Anzeige bei der Staatsanwaltschaft, nachdem ich die AOK vergeblich um Aufklärung bat. Ich befürchtete aufgrund der Aufmachung des Fragebogens, dass diese Vorgehensweise der Krankenkasse keinen Einzelfall darstellt. Gespräche mit niedergelassenen KollegInnen haben das bestätigt.

Der Vorstand der PKSH bittet alle niedergelassenen KollegInnen hinsichtlich ähnlicher Anfragen zu PatientInnen sehr achtsam zu sein. Derartige sozialmedizinische Anfragen dürfen nur durch den Medizinischen Dienst selbst erfolgen. Nur so ist gewährleistet, dass die Kassen keine unerlaubten personenbezogenen Daten ihrer Versicherten erhalten.

Die PKSH befindet sich immer noch in einem laufenden Klärungsverfahren mit dem MDK-Nord, welche Angaben der PsychotherapeutInnen wirklich „erforderlich“ i. S. des § 276 SGB V sind. Die Kammer präferiert eine Beschränkung auf Diagnosen, Anzahl der genehmigten Sitzungen, noch offene Sitzungen, Beginn der Therapie, Frequenz der Therapie, Art der Therapie, Verlängerungsoption und ein bis zwei Zeilen zum klinischen Befund (letzteres nur wenn für die Fragestellung relevant). Jedes Kammermitglied muss bei entsprechenden Anfragen des MDK selbst prüfen können, ob eine Auskunftspflicht entgegen dem § 203 StGB zulässig ist. Daher sind allgemein formulierte Anfragen ohne klare Zielbestimmung nicht ausreichend.

*Klaus Thomsen
Vorstandsmitglied*

Nachweispflicht über Fortbildung für Angestellte

Im März 2009 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, dass zukünftig auch PP und KJP, so sie in zugelassenen Krankenhäusern tätig sind, analog der niedergelassenen KollegInnen in fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte nachweisen müssen. Die Nachweispflicht besteht gegenüber dem Arbeitgeber, der seinerseits in den geforderten Qualitätsberichten Auskunft über den Fortbildungsstand seiner MitarbeiterInnen veröffentlichen muss. Als Nachweisform wurde das Fortbildungszertifikat der Landespsychotherapeutenkammern festgelegt. Wir hatten seinerzeit unsere Mitglieder ausführlich über diese neue Verpflichtung informiert.

Der G-BA hat nun mit Datum vom 18.10.2012 diesen Beschluss neu gefasst. Der Beschluss tritt ab 01.01.2013 in Kraft. Die Änderungen beziehen sich auf zwei Sachverhalte:

1. Alt- und Neufassung des Beschlusses enthalten eine Unterscheidung zwischen fachspezifischen und sonstigen Fortbildungen, wobei eine fachspezifische Fortbildung definiert ist als Fortbildung, die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Kompetenz dient. In der Altfassung war allerdings die Operationalisierung dieser Unterscheidung etwas kompliziert. Einerseits sollte zwar die fortbildungsverpflichtete Person selbst diese Unterscheidung treffen, sich diese Unterscheidung aber gleichzeitig von der ärztlichen Direktion bestätigen lassen. Zudem war gefordert, dass mindestens 150 der 250 Punkte in fachspezifischen Fortbildungen zu erbringen seien. Der neue Beschluss sieht nun eine Bestätigung dieser Unterscheidung durch die ärztliche Direktion nicht mehr vor und es heißt auch nur noch, dass die

überwiegende Punktzahl in fachspezifischen Fortbildungen zu erbringen sei. Die PKS H hatte sich im Vorfeld für die Abschaffung dieser Unterscheidung eingesetzt, da sie doch eher künstlich wirkt, und begrüßt diese Vereinfachung als einen Schritt in die richtige Richtung.

2. Wie für niedergelassene KollegInnen auch ist für den Nachweiszeitraum sowohl in der Alt- wie in der Neufassung eine 5-Jahres-Frist vorgesehen. Allerdings enthält die Neufassung hier eine gravierende Änderung. Während in der Altfassung der Tag des Arbeitsbeginnes in einem zugelassenen Krankenhaus auch den Beginn des 5-Jahreszeitraumes markierte und die 250 Punkte am Ende dieses Zeitraumes nachzuweisen waren (und dann alle 5 Jahre), hat der G-BA nunmehr festgelegt, dass bereits mit dem Beginn der Tätigkeit in einem zugelassenen Krankenhaus ein gültiges Fortbildungszertifikat (also nicht älter als 5 Jahre) vorzulegen ist. Und das Ausstellungsdatum dieses Zertifikates markiert dann den Beginn des neuen 5-Jahres-Zeitraumes. Aus Sicht der PKS H stellt diese Neuregelung eine drastische Verschärfung dar. Zur Orientierung: Die 250 Punkte stellen keine von der Kammer berufsrechtlich geforderte Fortbildungsmenge dar. Diese sind vielmehr vom Gesetzgeber gefordert für die KollegInnen, die zu Lasten der GKV tätig sind. Der neue G-BA-Beschluss bedeutet nun aber faktisch eine Ausweitung dieser vom Gesetzgeber geschaffenen Verpflichtung auf alle PP/KJP, müssen sie doch ständig darauf achten, im Besitz eines gültigen Fortbildungszertifikates zu sein, sofern sie für sich nicht ausschließen wollen oder können, jemals in ihrem beruflichen Leben in einem zugelassenen Krankenhaus zu arbeiten. Einzig für die ersten fünf Jahre nach Erhalt der Approbation macht der G-BA-Beschluss hier eine Ausnahme. Die PKS H hatte sich

im Vorfeld eindeutig gegen eine solche Regelung ausgesprochen.

Leider bleibt diese Verschärfung in der Veröffentlichung der Bundespsychotherapeutenkammer zu der Neufassung des G-BA-Beschlusses unerwähnt. Vielmehr spricht die BPTK angesichts dieses Beschlusses von einer Harmonisierung sozialrechtlicher Bestimmungen mit bestehenden berufsrechtlichen Fortbildungsordnungen. Das ist sachlich aber nicht korrekt. Die meisten Fortbildungsordnungen der Landeskammern und auch die Musterfortbildungsordnung der Bundeskammer sehen keine Nachweispflicht von 250 Punkten vor, sodass man hier schwerlich von einer Harmonisierung sprechen kann. Die meisten Landeskammern hatten sich im Vorfeld gegen eine solche Regelung ausgesprochen.

Die PKS H wird sich auch weiterhin dafür einsetzen, dass die Schaffung weiterer Hürden nach Erwerb der Approbation möglichst verhindert wird und dort, wo sie nicht verhinderbar sind, diese Hürden nur so hoch gebaut werden, wie es fachlich unbedingt erforderlich ist. Gleichwohl kann nicht übersehen werden, dass auch die gewählten Interessenvertreter der Approbierten häufig in die entgegengesetzte Richtung arbeiten.

*Bernhard Schäfer
Vizepräsident*

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de, www.pksh.de

Leserbriefe

Liebe Leserinnen und Leser,

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 unbedingt die der Redaktion wiedergeben.

Interessant, aber nicht immer aktuell?!

Guten Tag,

die neue Ausgabe (3/12) des Psychotherapeutenjournals ist erschienen und ich halte sie in Händen. Wie immer finde ich inhaltlich interessante und relevante Artikel.

Was im Moment berufspolitisch geschieht, dazu suche ich und finde – nichts. Bis heute gibt es diesbezügliche Informationen aus der allgemeinen Presse oder aus den Infos der Kassenärztlichen Vereinigung. Von der Psychotherapeutenkammer – nichts. Alle

Ärzteverbände und -kammern haben sich in der Öffentlichkeit mehrfach geäußert.

Diese Haltung hat zur Folge, dass die Auffassungen der Psychotherapeuten in der allgemeinen Presse schon gar nicht mehr erwähnt werden. In Bremen z. B. wird nur noch von Honorarforderungen der Ärzte gesprochen. Darüber bin ich irritiert bis erstaunt. Haben Psychotherapeuten keine Forderungen mehr? Sind wir alle schon zufrieden, z. B. mit geringfügig bezahlten Pro-

batorischen Sitzungen, steigenden Verwaltungstätigkeiten, höheren Praxis-Kosten? Ich und viele meiner Kolleginnen und Kollegen sind das jedenfalls nicht. Doch wo werden wir denn vertreten?

Vielleicht kann ich mir eine Antwort erhoffen.

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. Diana Reichhelm
Bremen*

Antwort des Redaktionsbeirats

Sehr geehrte Frau Reichhelm,

vielen Dank für Ihr Schreiben, in dem Sie einen Punkt ansprechen, der vermutlich auch viele weitere Kolleginnen und Kollegen bewegt.

Ihre Zuschrift gibt uns Gelegenheit, ein Problem des *Psychotherapeutenjournals* als Printmedium anzusprechen, welches auch bei anderen aktuellen Themen der Psychotherapie immer wieder einmal relevant wird – die nur begrenzt herstellbare Aktualität.

Das *Psychotherapeutenjournal* erscheint vier Mal im Jahr zu Terminen (jew. etwa am Quartalsende), die etwa ein Jahr vorher mit dem Verlag fest vereinbart wurden. Die jeweils abschließende Redaktionskonferenz liegt aus technisch-organisatorischen Gründen etwa zehn bis zwölf Wochen vor dem Erscheinungstermin. Das bedeutet: Aktuelle psychotherapiepolitische Entwicklungen können in einem Heft angesprochen werden, soweit sie spätestens etwa zehn Wochen vor dem Quartalsende liegen.

Bei der abschließenden Redaktionskonferenz zum vorliegenden Heft war zum Beispiel noch nicht absehbar, wie die Honorarstreitigkeiten ausgehen würden, die vonseiten der Ärzteverbände als außerordentlich scharf angekündigt worden waren. Es erschien uns deshalb nicht sinnvoll, schon vorab eine Positionierung ins Heft zu holen, die ggf. bei Erscheinen des Heftes von der Realität längst überholt worden wäre. Die Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammern haben eine etwas kürzere Druckvorbereitungszeit, allerdings auch immer noch einen Vorlauf von ca. vier Wochen. Demzufolge werden einige Landespsychotherapeutenkammern und vermutlich auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) in ihrem Bericht diese Thematik ansprechen.

Darüber hinaus möchten wir darauf hinweisen, dass sowohl die Landespsychotherapeutenkammern als auch die BPTK regelmäßig Homepagemeldungen und weitere Informationen an die Öffentlichkeit bzw. an ihre Mitglieder zeitnah und aktuell herausgeben. Gerade zu diesem Thema gibt es zwischenzeitlich eine ganze Reihe

von Meldungen und Positionierungen unterschiedlicher Landespsychotherapeutenkammern, so z. B. auch der Kammer Bremen, der Sie angehören.

Wir möchten Ihnen aber gerne versichern, dass wir die von Ihnen angesprochene Problematik ernstnehmen und versuchen wollen, Lösungen zu erarbeiten, wie die Aktualität gesteigert und der Bezug zum Versorgungsalltag der Kolleginnen und Kollegen erhöht werden kann. Zugleich möchten wir Sie in Ihrem Engagement ermutigen, sich ggf. selbst aktiver bei der Kammerarbeit einzubringen und Ihre Forderungen und Wünsche direkt an die Kammer heranzutragen.

Mit freundlichen Grüßen

*Heiner Vogel
(Sprecher des Redaktionsbeirats)
Nikolaus Melcop
(für die Herausgeberin)*

Weitere Zuschriften zu einzelnen Artikeln und den von uns angestoßenen Diskussionen finden Sie auch in der Rubrik „Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln“.

Artikelverzeichnis 2012

Artikel	Ausgabe	Seiten
Becker-Fischer, Monika Verletzung der sexuellen Abstinenz in Psychotherapien	4/2012	304 – 307
Bertgen-Giesen, Marion Kommentar zu H. Glaesmer & E. Brähler: „Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Beobachtungen aus der Praxis“, Psychotherapeutenjournal 4/2011	2/2012	124 – 126
Buchholz, Michael B. Von Angst bis Zwang – Welche Kräfte man für „schwere“ Störungen gut gebrauchen kann	4/2012	308 – 318
Burkhardt, Christoph Coaching: Beratung oder Psychotherapie? – Ein Kommentar aus der Praxis	4/2012	330 – 331
Demmel, Ralf Motivational Interviewing – lautes Nachdenken über Veränderung	2/2012	100 – 104
Dittmar, Volker Kommentar zu M. Ruoff: „Aktuelles aus der Forschung: Versorgungsrealität bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung“, Psychotherapeutenjournal 4/2011	2/2012	127 – 128
Dittrich, Kerstin Zur Lage der Psychotherapie in Europa: Österreich	1/2012	24 – 27
Geis, Kerstin Bundesfinanzgerichtshof ermöglicht volle Abschreibung des Praxiswertes	1/2012	33
Grom, Bernhard Religiosität/Spiritualität – eine Ressource für Menschen mit psychischen Problemen?	3/2012	194 – 201
Hardt, Jürgen / Springer, Anne Psychotherapie und Religion – einige kulturgeschichtliche Anmerkungen	3/2012	210 – 212
Hargens, Jürgen Coaching – quo vadis?	2/2012	88 – 91
Jaeggi, Eva Psychotherapieausbildung im Geiste der Wissenschaft	4/2012	319 – 324
Jeschke, Karin Aktuelles aus der Forschung	2/2012	129 – 133
Lups, Franziska / Kliem, Sören / Kröger, Christoph Sekundäre Traumatisierung. Eine Umfrage unter Psychotherapeuten	2/2012	94 – 99
Moeslein-Teising, Ingrid / Schrader, Christiane Margarete Mitscherlich-Nielsen – keine friedfertige Frau	3/2012	213 – 215
Mohr, Günther Coaching unterscheidet sich signifikant von Psychotherapie	4/2012	328 – 330

Artikel	Ausgabe	Seiten
Moser, Tilman Couch und Coach	2/2012	92 – 93
Nübling, Rüdiger Aktuelles aus der Forschung: Psychotherapeutische Versorgungsforschung	3/2012	235 – 240
Ochs, Matthias Aktuelles aus der Forschung	1/2012	34 – 38
Ochs, Matthias / Bleichhardt, Gaby / Klasen (geb. Protz), Jennifer / Mößner, Kathrin / Möller, Heidi / Rief, Winfried Praktiken und Erleben von Supervision/Intervision von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – Ergebnisse einer Mitgliederbefragung der Psychotherapeutenkammer Hessen	3/2012	216 – 223
Padberg, Thorsten Warum lesen Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur?	1/2012	10 – 17
Rehbach, Nina Aktuelle Studien zum Thema Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	4/2012	336 – 340
Richard, Matthias / Freund, Henning Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie	3/2012	202 – 209
Richter, Rainer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs	4/2012	302 – 303
Rubner, Angelika Ruth Cohn zum 100. Geburtstag – ihr Leben und ihr Werk	1/2012	4 – 9
Ruoß, Manfred / Ochs, Matthias / Jeschke, Karin / Peplau, Lea Berufssituation, Zufriedenheit und Zukunftsperspektiven von Neuapprobierten PP/KJP. Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 2011	2/2012	105 – 114
Thorwart, Jürgen Ärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen – Berufsheimnisträger zweiter Klasse	2/2012	115 – 118
Thorwart, Jürgen Bundesgerichtshof: Selbstgespräche gehören unter bestimmten Voraussetzungen zum Kernbereich der Privatsphäre und dürfen daher vor Gericht nicht verwertet werden (Az: 2 stR 509/10)	2/2012	118 – 119
Wirth, Hans-Jürgen / Hardt, Jürgen Horst-Eberhard Richter: Arzt, Philosoph, Psychoanalytiker, Sozialtherapeut und ein „Wegbereiter“ des Psychotherapeutengesetzes	1/2012	18 – 23
Wirth, Ulrich Ethische und rechtliche Aspekte psychotherapeutischer Expertise in den Medien. Ein Interview mit Gertraud Schlesinger-Kipp, Dr. Gebhard Allert und Prof. Lorenz Böllinger	1/2012	28 – 32
Wolf, Veronika / Özkan, Ibrahim Dolmetschen in der Psychotherapie – Ergebnisse einer Umfrage	4/2012	325 – 327

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das *Psychotherapeutenjournal* publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das *Psychotherapeutenjournal* erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

11. Jahrgang, Ausgabe 4/2012

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München

Redaktionsbeirat

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 Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Jürgen Hardt (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. And-

rea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Redakteurin Dipl.-Psych. Nina Rehbach (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigelegte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

westermann druck
38104 Braunschweig

Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 1/2013 ist der 16. Dezember 2012, für Ausgabe 2/2013 der 18. März 2013. Manuskripte sind elektronisch

(CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des *Psychotherapeutenjournals*, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Weitere Informationen finden Sie unter www.psychotherapeutenjournal.de, Rubrik „Für Autoren“.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind **urheberrechtlich geschützt**. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.



Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern
ein frohes Weihnachtsfest und einen
glücklichen Start ins neue Jahr.

Die Redaktion des Psychotherapeutenjournals

**Besuchen Sie uns auch auf
www.psychotherapeutenjournal.de**

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

 <p>Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg</p> <p>Baden-Württemberg Jägerstraße 40 70174 Stuttgart Tel. 0711/674470-0 Fax 0711/674470-15 Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.00 – 15.30 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@lpk-bw.de www.lpk-bw.de</p>	 <p>Psychotherapeutenkammer HAMBURG</p> <p>Hamburg Hallerstraße 61 20146 Hamburg Tel. 040/226 226 060 Fax 040/226 226 089 Mo – Do 9.00 – 16.00 Uhr Fr 9.00 – 14.00 Uhr info@ptk-hh.de www.ptk-hh.de</p>	 <p>Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer Kickerlingsberg 16 04105 Leipzig Tel. 0341/462432-0 Fax 0341/462432-19 Mo, Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr Mi 14.00 – 17.00 Uhr Fr 9.00 – 12.00 Uhr info@opk-info.de www.opk-info.de</p>
 <p>PTK Bayern</p> <p>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</p>	 <p>LPPKJP HESSEN</p> <p>Hessen Gutenbergplatz 1 65187 Wiesbaden Tel. 0611/53168-0 Fax 0611/53168-29 Mo 10.00 – 13.00 Uhr Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr post@ptk-hessen.de www.ptk-hessen.de</p>	 <p>LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz</p> <p>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</p>
 <p>PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN</p> <p>Berlin Kurfürstendamm 184 10707 Berlin Tel. 030/887140-0, Fax -40 Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr Di 14.00 – 19.00 Uhr info@psychotherapeutenkammer-berlin.de www.psychotherapeutenkammer-berlin.de</p>	 <p>pkn. Psychotherapeutenkammer Niedersachsen</p> <p>Niedersachsen Roscherstraße 12 30161 Hannover Tel. 0511/850304-30 Fax 0511/850304-44 Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr Beitragsangelegenheiten: Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr info@pknds.de www.pknds.de</p>	 <p>pks Psychotherapeutenkammer des Saarlandes</p> <p>Saarland Scheidterstraße 124 66123 Saarbrücken Tel. 0681/9545556 Fax 0681/9545558 Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr kontakt@ptk-saar.de www.ptk-saar.de</p>
 <p>PK Psychotherapeutenkammer HB Bremen</p> <p>Bremen Hollerallee 22 28209 Bremen Tel. 0421/27 72 000 Fax 0421/27 72 002 Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr Mi 13.00 – 17.00 Uhr Sprechzeit des Präsidenten: Di 12.30 – 13.30 Uhr verwaltung@pk-hb.de www.pk-hb.de</p>	 <p>Psychotherapeuten Kammer NRW</p> <p>Nordrhein-Westfalen Willstätterstraße 10 40549 Düsseldorf Tel. 0211/522847-0 Fax 0211/522847-15 Mo – Do 8.00 – 16.30 Uhr Fr 8.30 – 14.00 Uhr info@ptk-nrw.de www.ptk-nrw.de</p>	 <p>pkSHI Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein</p> <p>Schleswig-Holstein Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus 24103 Kiel Tel. 0431/661199-0 Fax 0431/661199-5 Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr Do 13.00 – 16.00 Uhr info@pksh.de www.pksh.de</p>

