www.psychotherapeutenjournal.de | ISSN 1611-0773 | D 60843 | 17. Jahrgang | 14. Dezember 2018

Psychotherapeuten journal

- Antidepressiva:
  Öffentliches Bild vs. Forschungsstand
- Psychotherapeutische Sprechstunde:
  Wer sie nutzt und wie sie ankommt
- Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung
- Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie auf dem Prüfstand
- In der Diskussion:
  Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie

PTJ 4/2018
(S. 321–436)

Liebe Leserinnen und Leser,

wir wünschen Ihnen schöne Weihnachtstage und einen erholsamen Jahresausklang.
Alles Gute für Sie im neuen Jahr! Wir freuen uns auf interessante Themen und Artikel.

Die Redaktion des Psychotherapeutenjournals und der medhochzwei Verlag

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie urzeitliche Reptilien fressen sie sich mit Riesenschaufeln in den Beton. Sie bewegen sich mit ihren Allradkettenfüßen geschickt auf den hohen Schuttbergen der zerkleinerten Brocken, ohne umzukippen. Metallstücke ragen aus zerfransten Stockwerken, man ahnt noch den Aufzugsschacht, der elegant in das achte Stockwerk hob. Das Gebäude, erbaut in den frühen 1960er Jahren, wird Stück um Stück von Wunderwerken der Maschinenbaukunst abgetragen. Der Abriss darf den Verkehr der Hauptverkehrsader möglichst wenig behindern und schon gar nicht nahe angrenzende Gebäude anknabbern.

Großbaustellen in Innenstädten: Materialien ermüden, Gebäude sind nicht mehr brauchbar oder, wie in diesem Fall, mit Stoffen verbacken, welche den Anforderungen der Umwelttechnologie nicht mehr genügen. Asbest galt zum Zeitpunkt seiner Erfindung als idealer Baustoff, da er flexibel mit anderen Grundstoffen verbunden werden konnte und wunderbar dämmende, feuerhemmende Eigenschaften hat. Dass Asbest jedoch so flexibel ist, dass er sich sogar in die Atemluft und somit vergiftend und toxisch in die Lungen von Menschen hineinarbeitete, blieb lange Zeit unbekannt, und später schien er unschädlich, solange man ihn in Ruhe ließ. Erst durch eine Modernisierung des Gebäudes bestand akute Gesundheitsgefahr.

Die Metapher der Baustelle für Kultur und Zeitgeschichte wurde vom Autor und Filmwissenschaftler Alexander Kluge in den 1970er Jahren eingeführt. Er betonte, dass sich eine Kultur immer in einem Prozess befinde. So montierte er in dokumentarisches Filmmaterial Personen aus dem „realen Leben" und zeigte auf, wie wichtig und auch eigentümlich der Kontakt zwischen Öffentlichkeit, Erfahrung und wissenschaftlichen Erkenntnissen verlaufen kann.

Die Baustelle Psychotherapie mit den verschiedenen Ebenen der angewendeten Praxis, der theoretischen Grundorientierungen und dem Prozesshaften des Belegens von Wirksamkeit mag uns gegenüber dem planvollen Errichten eines Bauwerks wie die Zusammensetzung eines Puzzles vorkommen, bei dem noch nicht klar erkennbar ist, ob es einen Gesamtzuschnitt geben wird. Die Meinungen darüber gehen auseinander, wie einheitlich das Gebäude der Psychotherapiewissenschaften zu sein habe und wieviel Montage und Experiment möglich bleiben muss. Es wird immer auch gehandelt werden, und dabei sollte im Bewusstsein bleiben, dass dies auf dem jeweiligen Stand der Technik und des Erkenntnisinteresses geschieht. Fehler und Irrtum können eingeschlossen sein. Was für den Erhalt guter Praxis und die Weiterentwicklung der Psychotherapie toxisch wirken kann, wissen wir nicht.

Dieses Heft greift in mehreren Artikeln die Sphäre des aktuell in der Profession Konflikthaften auf. Der Redaktionsbeirat hatte bereits in der letzten Ausgabe Artikel in Folge der Ablehnung des Antrags der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) auf Anerkennung als Verfahren abgedruckt. Der wissenschaftliche Beirat (WBP) hat sich nun auf Einladung des Redaktionsbeirats selbst in einem Artikel geäußert, in dem er Kriterien der Entscheidung benennt.

Einen kritischen Blick auf die Entscheidung des WBP wirft Jochen Schweitzer in seinem Beitrag.

Juristische Implikationen für die Gesprächspsychotherapie beschreibt Markus Plantholz.

Thorsten Padberg beschäftigt sich mit dem Thema der Medikation bei depressiven Erkrankungen und berührt damit eine weitere aktuelle Debatte.

Die psychotherapeutische Arbeit mit behinderten Menschen, historische Veränderungen und die impliziten Herausforderungen der Weiterentwicklung beschreibt Christian Janßen.

Eine Untersuchung zur Auswertung der Sprechstunde in einer Institutsambulanz wird von Nathalie Mong et al. dargestellt und eine neue große Studie zur Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie stellen Christiane Ludwig-Körner et al. vor.

Diese Ausgabe des PTJ benennt einige aktuelle Baustellen und erspart schwieriges Weiterdenken nicht. Dies möge das weihnachtliche Fest mit der Metapher der Schaffung neuen Lichtes in einer unzulänglichen Unterkunft im besten Sinne bereichern.

Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Originalia

324 *Thorsten Padberg*
Placebos, Drogen, Medikamente – Der schwierige Umgang mit Antidepressiva
Die Behandlung mit Antidepressiva gilt als empirisch belegte Therapiemethode auf Grundlage eines gesicherten biologischen Krankheitsmodells. Protagonisten aus Psychiatrie und Psychologie sowie großangelegte Studien widersprechen diesem in der Öffentlichkeit gezeichneten Bild. Die Aufklärung depressiver Patientinnen über ihr Leiden und die Verordnungspraxis entsprechen in vielen Fällen nicht dem Kenntnisstand der Forschung.

331 *Nathalie Mong, Hanna-Sophie Wendler & Michael Zaudig*
Wer die psychotherapeutische Sprechstunde nutzt und wie sie ankommt. Studie an einer Ausbildungsambulanz
Die psychotherapeutische Sprechstunde wurde im Rahmen der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie als neues Angebot eingeführt. Der Artikel beleuchtet anhand von empirischen Daten, wer die psychotherapeutische Sprechstunde in einer Institutsambulanz nutzt, die häufigsten Empfehlungen der Sprechstunde und wie die Sprechstunde von Patientinnen wahrgenommen wird. Grenzen und Ansätze zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Sprechstunde werden diskutiert.

337 *Christian Janßen*
Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung. Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis
In diesem Artikel soll die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung historisch eingeordnet werden. Eckpunkte einer psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Klientel werden am Beispiel des lerntheoretisch-verhaltenstherapeutischen Vorgehens des Verfassers zusammengestellt. Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung, so die hier vertretene Überzeugung, ist möglich – und sie ist notwendig.

346 *Christiane Ludwig-Körner, Lars Kuchinke, Gabriele Koch, Janna Mattheß & Melanie Eckert*
Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie auf dem Prüfstand
Seit 2003 wurden deutschlandweit etwa 200 Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapeutinnen und -therapeuten weitergebildet und zertifiziert. Nun wird die Behandlungsmethode einer Wirkevaluation unterzogen und die künftigen Bedarfszahlen im stationären Setting sowie im häuslichen Umfeld ermittelt. Ziel der multizentrischen Studie in Berlin, Leipzig und Flensburg ist die Verbesserung der Versorgungslage von Eltern-Kind-Paaren.

Hintergrund und Kommentar

353 **Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie in der Diskussion**

353 *Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie*
Erläuterungen zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie

360 *Jochen Schweitzer*
Ein anderer Blick auf die Entscheidung zur Humanistischen Psychotherapie des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Buchrezensionen

362 *Markus Plantholz*
Nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie: Rechtliche Auswirkungen auf die Gesprächspsychotherapie

368 **Sinnvolle psychotherapeutische Haltung zum Gebrauch digitaler Medien durch Kinder?**
Eine Rezension von Christiane Erner-Schwab: van Loh, J. (2018). Digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

369 **Fundamentale Fragen**
Eine Rezension von Michael Macht zu: Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

376 Bundespsychotherapeutenkammer
384 Baden-Württemberg
388 Bayern
393 Berlin
397 Bremen
401 Hamburg
405 Hessen
410 Niedersachsen
415 Nordrhein-Westfalen
419 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
424 Rheinland-Pfalz
428 Saarland
432 Schleswig-Holstein

321 **Editorial**
370 **Leserbriefe**
373 **Erratum**
374 **Artikelverzeichnis 2018**
436 **Impressum Psychotherapeutenjournal**
A1 **Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**
A20 **Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

Hinweise:
Diese Ausgabe können Sie auch als PDF-Dokument von der Internetseite www.psychotherapeutenjournal.de herunterladen.
Der Teilauflage Hamburg sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:
- Information über die Neufassung der Wahlordnung

Placebos, Drogen, Medikamente – Der schwierige Umgang mit Antidepressiva

Thorsten Padberg

Zusammenfassung: Der Text stellt die aktuelle Forschungslage zu Antidepressiva im Kontrast zur veröffentlichten Meinung dar. Die Art und Weise der Verbreitung der Serotoninhypothese der Depression wird geschildert. Anhand der Diskussion um die bekannt gewordene Kirsch-Studie wird nachgezeichnet, wie niedrig die pharmakologische Wirksamkeit von Antidepressiva einzuschätzen ist. Antidepressiva können nicht als Heilmittel betrachtet werden. Gleichzeitig erfordert der klinische Alltag ein schnelles Hilfsmittel. Als gangbare Möglichkeit wird der „medikamentenzentrierte Ansatz" von Moncrieff vorgestellt. Die Entscheidung für oder gegen ein Medikament ist anhand des Haupt- und Nebenwirkungsprofils in jedem Einzelfall zu treffen.

Redaktionelle Vorbemerkung:

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in dieser Arbeit setzt sich Thorsten Padberg kritisch mit den in der Behandlung von depressiv Erkrankten sehr häufig verordneten Psychopharmaka auseinander. Seine Perspektive ist die eines klinisch erfahrenen Psychologischen Psychotherapeuten, der sich als Praktiker und Forschungskundiger einmischt und der so einen Beitrag zur Debatte über den auch in der Profession strittigen Umgang mit Psychopharmaka in der Psychotherapie leistet.

Wir wollen Sie auch mit diesem Artikel wieder anregen, über ein gleichermaßen gesundheitspolitisch *und* fachlich relevantes Thema nachzudenken und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen!

Anne Springer (Berlin) für den Redaktionsbeirat

Ein sehr großer Teil depressiver Menschen wird medikamentös behandelt. Auch Psychologische Psychotherapeutinnen[1] sollen sich kundig zu den Möglichkeiten pharmakologischer Behandlung dieser weit verbreiteten Störung äußern. Einige fordern, im Rahmen einer umfassenden Behandlung sollten sie in Zukunft auch selbst Psychopharmaka verordnen dürfen. Zeit für eine Bestandsaufnahme. Welches Bild wird in der Öffentlichkeit von der Wirkung von Antidepressiva gezeichnet? Wie ist die Forschungslage? Und welche Entwicklung ist in Zukunft möglich?

Die Öffentlichkeitsarbeit

Gewandhaus Leipzig, ein Samstag im Spätsommer. 1.200 Menschen, meist Betroffene, sind zum größten deutschen Depressionskongress gepilgert. Für dieses schwere Thema wählt der Eröffnungsredner einen ungewöhnlich launigen Einstieg. „Wir sind natürlich heute Morgen alle extremst lebhaft und sitzen vorne auf der Stuhlkante. Aber es kann noch emotionaler werden." Der da spricht, ist Harald Schmidt; er übernimmt die Moderation für diesen Tag. Er hat sich der guten Sache verschrieben. Angeworben für seine neue Rolle als Botschafter für die gesellschaftliche Anerkennung der Depression hat ihn der Psychiater Professor Ulrich Hegerl vom Universitätsklinikum Leipzig. Schmidt soll helfen aufzuklären. Über Depression, ihre Ursachen und ihre Behandlungsmöglichkeiten. Eine ehrenhafte Sache für einen Mann, den viele sonst wegen seiner zynischen Kommentare fürchten. Zahlreiche Prominente versuchen inzwischen so wie Schmidt, eine Lanze für psychisch Kranke zu brechen. Sie zu entlasten, indem man um Anerkennung für ihr Leiden als echte Krankheit wirbt. Die inhaltlichen Details der Behandlung überlässt Schmidt aber lieber Hegerl selbst. Er ist nicht vom Fach, das muss der Professor regeln. Mit ruhiger Stimme erklärt Hegerl den Betroffenen anschließend, worunter sie leiden. „Alles, was wir reden und tun, hat mit den Hirnfunktionen zu tun. So auch die Depressionen. Hormone im Gehirn", sagt er, „können aus dem Gleichgewicht sein. Vom Serotonin haben Sie vielleicht gehört" *(Friedrichs & Padberg, 2016)*.[2] Das Seelenleiden Depression, so lernen die Anwesenden, ist eine körperliche Krankheit, eine Stoffwechselstörung.

Stellen wir uns also die Kommunikation zwischen Nervenzellen vor wie die zwischen zwei Menschen, die miteinander sprechen. Eine Nervenzelle äußert etwas, das dann von der anderen Nervenzelle aufgenommen wird. Serotonin wandert wie eine Nachricht von der einen Zelle zur anderen durch den synaptischen Spalt. Bei Menschen kommt es zu einer Störung, einer kommunikativen Blockade, wenn die ganze Zeit

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

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

nur einer redet oder den Gesprächsstoff für sich behält. Genauso ist es, wenn eine der Zellen Serotonin zu schnell wieder aufnimmt und zu wenig Botenstoff bei der anderen Zelle ankommt. Es entsteht ein chemisches Ungleichgewicht, aufgrund dessen man sich depressiv fühlt.

Eine naive Darstellung? Als stolpernde Reizweiterleitung analog einem stockenden Gespräch erklärt jedenfalls Forest Pharmaceuticals, Hersteller von Escitalopram, in einem FAQ auf seiner Webseite Depressionen. Forest nutzt dabei die Kommunikationsmetapher zur Veranschaulichung des Bilds von Depressionen als Krankheit des Körpers. Demnach mangelt es den Nervenzellen im Gehirn an ausreichend Gesprächsstoff, die Aktivität im Hirn ist zu gering. Dadurch kommt es zu den typischen Symptomen einer Depression: Niedergeschlagenheit, Motivationsverlust, Gefühlsarmut, Energiemangel. „Niemand kann […] das matte Glühen eines depressiven Gehirns sehen und danach noch vernünftigerweise daran zweifeln, dass das körperliche Zustände sind. Nicht irgendein schwer zu fassendes Seelenleiden",[3] schreibt die Wissenschaftsjournalistin Rita Carter (2010), deren Bücher der Öffentlichkeit die neuesten Erkenntnisse der Hirnforschung nahebringen. Auch die Deutsche Depressionsliga, die größte Organisation Betroffener, erläutert die Krankheit so. Depressionen könnten „vor allem über einen gestörten Hirnstoffwechsel erklärt werden", heißt es in einer Broschüre des Verbandes. Sie würden durch eine „Fehlfunktion" von Botenstoffen wie Serotonin verursacht.

Und eine Lösung ist für die „Volkskrankheit" Depression auf diese Weise auch gefunden: mehr Serotonin. Wir bekommen es durch Medikamente. Wir nennen sie: Antidepressiva. Ihre bekannteste Klasse heißt – dem postulierten Heilmechanismus entsprechend – Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI). Iris Hauth, bis 2016 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, fasst es für die Hörerinnen von Deutschlandfunk Kultur zusammen: „Wir wissen heute, dass bei Depressionen bestimmte Botenstoffe, vorwiegend das Serotonin und das Noradrenalin, nicht in ausreichender Konzentration da sind. Das ist auch der Ansatz der Medikamente, dass wir Serotoninwiederaufnahmehemmer geben, die dafür sorgen, dass die Konzentration dieser beiden Botenstoffe sich erhöht und damit gegen die depressive Stimmung wirken" (in Heise, 2018). Eine klare Sache. Es gibt nur ein Problem. Vermutlich stimmt dies alles so nicht.

20 Milliarden Dollar für eine Idee

Tim Kendall ist Psychiater und Neurochemiker. Er berät die britische Regierung bei der Ausarbeitung der nationalen Behandlungsleitlinien für Depression. Wesentliche Teile der aktuellen Behandlungsangebote für Depressive in Großbritannien gehen auf seine Arbeiten zurück. Er kann lang und detailliert aus Studien zitieren. Er ist ein freundlicher, zurückhaltender Mensch. Das ändert sich, wenn man ihn auf die gängige Serotonin-Hypothese der Depression anspricht. Er findet, sie bestehe „aus Lügen und Schwachsinn". Es ärgert ihn persönlich, was immer wieder in den Medien zu lesen ist: „Es gibt wirklich keinen Hinweis darauf, dass Depressive Probleme mit ihrem Serotoninspiegel hätten oder dergleichen. Ich habe mir die Daten dazu angeschaut und sie sind Müll" (Friedrichs & Padberg, 2017). Kendall ist kein Bilderstürmer. Er steht im Einklang mit der aktuellen Forschungslage.

Der Schönheitsfehler der sogenannten „Neurotransmitterhypothese" der Depression war von Anfang an, dass sie sich empirisch nicht bestätigen ließ. Erste Untersuchungen von Malcom Bowers (1969, 1974) fanden keinen signifikant niedrigeren Serotoninlevel bei Depressiven als bei Gesunden. Versuche von anderen Forschern, durch Serotoninverringerung bei Gesunden depressive Zustände zu erzeugen, endeten mit unerwartetem Ergebnis: Viele der Versuchspersonen fühlten sich nach Einnahme eines Serotoninhemmers besser (Mendels, 1974) als zuvor. Es gibt inzwischen ein seit Ende 2012 auch in Deutschland zugelassenes Antidepressivum, Tianeptin, das auf genau diesen unerwarteten Effekt bei der Bekämpfung von Depressionen setzt. Es soll sie lindern, indem es den synaptischen Spalt von Serotonin *befreit*. Es ist deshalb nur folgerichtig, wenn die unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde unter Mitarbeit vieler psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychologischer Verbände erstellte deutsche S3-Leitlinie Depression „entsprechend dem besten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse" (2012, S. 13) zu folgendem Schluss kommt: „Über die Mechanismen, durch welche die Wirkung der Antidepressiva zustande kommt, besteht weiterhin Unklarheit" (2012, S. 91). Professor *Tom Bschor*, Chefarzt der Berliner Schlosspark-Klinik und Mitautor der Leitlinie schreibt ergänzend: „Substanzen, die die intrasynaptische Serotonin-Konzentration erhöhen, Substanzen, die diese Konzentration erniedrigen, und Substanzen, die hierauf gar keinen Einfluss haben (z. B. Bupropion), sind allesamt in gleicher Weise antidepressiv wirksam" *(2013, S. 26)*. Was immer Gehirnzellen sich mittels Serotonin zu sagen haben, für die Entstehung und Behebung von Depressionen scheint es nicht besonders wichtig zu sein.

Die veröffentlichte Meinung zur Genese und pharmakologischen Heilung der Depression, das haben die Sozialwissenschaftler *Lacasse und Leo (2005)* nachweisen können, hat sich von der Forschungslage längst abgekoppelt. Während die Werbung für Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin usw. von chemischen Gleichgewichten und immer wieder von Serotonindefiziten spricht, findet sich dazu in offiziellen Lehrbüchern nichts Entsprechendes. „Bis heute gibt es keine klare und überzeugende Evidenz, dass Monoamindefizite für Depressionen verantwortlich sind", heißt es im Lehrbuch „Essential Psychopharmacology". Und weiter: „Das bedeutet, dass es kein echtes Monoamindefizit gibt" (Stahl, 2000, S. 601).

3 Alle englischsprachigen Zitate in diesem Text wurden vom Autor ins Deutsche übertragen.

Und auch der beliebte Blick aufs MRT, dessen leuchtend bunte Bilder wie eine Digitalkamera das Gehirn bei der Arbeit zeigen, kann keine echten Belege für das Leiden und die Heilung psychischer Krankheiten liefern. Das weiß der Psychologe Irving Kirsch (pers. Mitteilung) von der Harvard Medical School: „Man hat einige exzellente Studien zu SSRIs mittels funktioneller Magnetresonanztomographie durchgeführt", erzählt er. „Was leuchtete da im Gehirn bei denjenigen, die auf die Medikamente positiv reagierten im Unterschied zu solchen, die keine Reaktion zeigten? Und man fand ein paar Regionen, anhand derer man die Responder von den Non-Respondern unterscheiden konnte. Danach schaute man sich diejenigen an, die auf Placebo positiv angesprochen hatten. Und es waren die gleichen Hirnareale, die bei denjenigen mit Medikament reagiert hatten. Also haben wir diese Daten, die zeigen, dass die Medikamente und die Placebos das Gehirn auf fast die gleiche Weise verändern."

Inzwischen sind diese Erkenntnisse bis in die innersten Kreise der biologisch orientierten Psychiatrie vorgedrungen. In seiner Rolle als Direktor des staatlichen Instituts für geistige Gesundheit NIMH in den USA war der Psychiater Thomas Insel über viele Jahre so etwas wie der amerikanische Gesundheitsminister für die Seele. Lange war er selbst Anhänger der Neurotransmitter-Hypothese der Depression: Kein Psychoquatsch, sondern eine körperliche Krankheit. Eine Art Diabetes des Gehirns, meinte Insel (2007). 20 Milliarden Dollar gab er als NIMH-Direktor für Untersuchungen aus, die seine Auffassung bestätigen sollten (Rogers, 2017). Er wollte endlich Sicherheit schaffen. Damit die Leidenden genau wissen, woran sie leiden. Damit die Diagnostizierenden wissen, worauf sie achten müssen. Damit die Helfenden wissen, wie sie helfen können.

Sein enttäuschtes Fazit nach seinem Rücktritt als Direktor: „Ich war 13 Jahre lang im NIMH und habe alles daran gesetzt, die Neurophysiologie und Genetik psychischer Krankheiten aufzuklären. Und wenn ich heute darauf zurückschaue, habe ich es geschafft, unter Einsatz von sehr viel Geld wirklich coole Paper von wirklich coolen Wissenschaftlern zu veröffentlichen. […] Wir haben es dadurch leider nicht geschafft, auch nur einen einzigen Suizid zu verhindern, Krankenhaustage zu verringern oder die Heilungschancen der Millionen Betroffenen zu verbessern. Dafür gebe ich mir die Schuld" (in Rogers, 2017). Der Blick ins Gehirn verrät bis heute nichts über Wohl und Wehe seiner Besitzerin. Die neurophysiologischen Ursachen psychischer Störungen liegen nach wie vor weitgehend im Dunkeln *(Hasler, 2013).*

So wie Thomas Insel wissen inzwischen viele Psychiaterinnen, dass die in der Öffentlichkeit und manchen Fachkreisen kursierenden Theorien nicht stimmen. Aber sie glauben, sie seien hilfreich. „Wenn ich Wendungen wie ‚chemisches Ungleichgewicht' und ‚Serotonindefizit' gebrauche, geschieht das üblicherweise, weil ich einen zögernden Patienten dazu bewegen will, seine Medikamente einzunehmen", bekennt der Psychiater Daniel Carlat. Und gesteht zugleich, dies sei nichts mehr als „Neurobabble" (Carlat, 2010, S. 74f.).

Und kann es den Betroffenen nicht auch egal sein, ob es eine empirisch belegte Theorie für ihre Therapie gibt? Halten Antidepressiva nicht das, was sie versprechen, auch wenn sie nicht selektiv in den Serotoninkreislauf eingreifen? Helfen sie nicht gegen Depressionen? Nicht so schnell.

Der Titelkampf um die Mutter aller Pillen

In der scientific community geht es meist nüchtern zu. Daten werden erhoben, ausgewertet und verglichen. Argumente in der Empirie haben oft Zahlenform. Die Berechnungsverfahren dahinter sind meist äußerst kompliziert und selbst für das Fachpublikum, wenn es nicht tief in der Materie steckt, schwer nachvollziehbar. Deswegen ringen manche Autoren mit eingängig formulierten Überschriften um die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit. Bei der Erforschung der Wirksamkeit von Antidepressiva kam es zu einem regelrechten Titelkampf der Forscher.

„Listening to Prozac" war der Titel eines Bestsellers des Psychiaters Peter Kramer (1993). Das Buch hat wie kein anderes dazu beigetragen, die positiven Effekte von Antidepressiva in der Öffentlichkeit anzupreisen. Kramer beginnt sein Buch mit der Patientin Tess, die nach erfolgloser Psychotherapie zu ihm überwiesen wird und erst durch die Behandlung mit Prozac (deutscher Freihandelsname: Fluoxetin) spürbare Fortschritte macht. Tess, die ihr Leben lang unter Depressionen und niedrigem Selbstbewusstsein gelitten hatte, findet sich nach der Einnahme von Prozac völlig verwandelt. Sie, die nie beachtet worden war, wird plötzlich auf offener Straße angesprochen. Sie, die bis dahin ein Dasein als Mauerblümchen gefristet hatte, hat nun bis zu drei Dates pro Wochenende. Ihr Leben zerfällt in zwei Phasen: „vor Prozac" und „nach Prozac". Auf Prozac zu hören, wie es der Buchtitel empfiehlt, heißt also nicht nur eine Krankheit zu heilen, sondern noch etwas mehr von dem Medikament zu lernen. Nämlich wo der Regler sitzt, der unsere Persönlichkeit einstellt: Serotonin, ein Hormon im synaptischen Spalt. Sherwin Nuland, Professor für Medizingeschichte, spottete zwar in der New York Times, Kramer glaube wohl, die „Mutter aller Pillen" entdeckt zu haben (Nuland, 1994). Und das auf dünnster empirischer Basis, nämlich anhand einiger weniger in seinem Buch erzählter Fallgeschichten und mittels einer hoch selektiv und subjektiv gelesenen Studienlage. Aber Nuland wurde kaum beachtet.

Wie stand es nun also wirklich um die Wirksamkeit von Antidepressiva? Der schon erwähnte Psychologe Irving Kirsch überprüfte das in einer Metaanalyse im Jahr 1998 (Kirsch & Sapirstein, 1998). Ja, Antidepressiva wirken, befand er. Jedoch wirken sie kaum besser als Placebos, sind demnach nur wenig hilfreicher als Zuckerpillen. „Listening to Prozac, but Hearing Placebo" lautete deshalb die Überschrift ihrer For-

schungsarbeit. Kirsch hatte sich allerdings schon in früheren Arbeiten skeptisch zur Wirksamkeit von Antidepressiva geäußert. So fanden einige, die 1998er Arbeit sage mehr über Kirschs eigene Ideologie aus, als über die tatsächliche Wirksamkeit der untersuchten Medikamente. Außerdem hatte er nur 19 Medikamentenstudien in seine Metaanalyse eingeschlossen. Das erschien für eine so weitreichende Aussage reichlich wenig. „Listening to Prozac, but hearing Bias" (Klein, 1998) antwortete deshalb zunächst die wissenschaftliche community. Kirsch habe nur das gehört, was er hören wollte.

Zehn Jahre später war die Lage jedoch anders. *2008* werteten *Kirsch et al.* deutlich mehr Studien aus. Möglich gemacht hatte die plötzliche Datenmasse der Freedom of Information Act, ein Gesetz, das die Pharmafirmen zur Offenlegung *aller* Studien zwang, die sie zur Zulassung bei der dafür zuständigen Food and Drug Administration angemeldet hatten. Da bis dahin vorrangig Studien mit positiven Ergebnissen für Psychopharmaka veröffentlicht worden waren (Turner, Matthews, Linardatos, Tell & Rosenthal, 2008), war das ein entscheidender Schritt zu einer realistischen Einschätzung ihrer Wirksamkeit. Wie lauteten die Ergebnisse?

Antidepressiva haben in sehr vielen Fällen keinen über Placebo hinausgehenden Effekt

Depressionen gibt es in drei Formen, leicht, mittelschwer und schwer, so steht in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5. Oder mit Rita Carters (2010) Worten: Sie glühen hell, matt oder dunkel. Die American Psychiatric Association benennt sogar vier Formen, die sich von Werten der Hamilton-Depressions-Skala (HAM-D) ableiten. Ab einem Score größer oder gleich 23 kennt sie zusätzlich die „sehr schwere Depression", eine tiefschwarze Form also. Nur für diese Form, genauer gesagt ab einem HAM-D-Wert von 28, fanden *Kirsch et al. (2008)* einen signifikanten Vorteil gegenüber Placebos. Kurz darauf bestätigten in einer weiteren Metaanalyse Fournier et al. (2010) das Ergebnis: Signifikante Vorteile von Antidepressiva erkannten sie erst ab einem HAM-D-Wert von mindestens 25. *Kirsch et al. (2008)* hatten den empirischen Teil der Auseinandersetzung gewonnen.[4]

Kirschs Studie sorgte für gewaltigen Wirbel. Über sie wurde in vielen Medien berichtet – und sie wurde umgehend scharf kritisiert. Ulrich Hegerl, der Professor aus Leipzig, fürchtete, dass „die Patienten wieder Depressionen kriegen und vielleicht auch wieder suizidal werden" (Sagenschneider, 2008). Kirschs Kritiker legten ihr statistisches Handwerkszeug beiseite und konterten mit einem anderen Argument: Möglicherweise seien die Unterschiede statistisch nicht signifikant, *subjektiv* aber doch. Zwei Punkte auf der Hamilton-Depressions-Skala, so gaben sie zu bedenken, könnten für einen Menschen den entscheidenden Unterschied ausmachen zwischen einem guten und einem schlechten Tag, zwischen Sinn und Leere, zwischen der Entscheidung für und gegen das Leben, also im Extremfall zwischen Leben und Tod. So rät der Professor für Psychiatrie Michael Thase (2002), der auch als Berater für viele Pharmafirmen tätig ist, weiterhin zur Verordnung von Antidepressiva auch in leichteren Fällen. Denn wenn *im Durchschnitt* kein über Placebo hinausgehender Effekt gefunden wird, bedeute das, dass es – im Rahmen der zu erwartenden Streuung – auch einige gab, die stärker oder schwächer als auf ein Placebo reagiert hatten. Thase schätzt, eine überdurchschnittliche Verbesserung sei bei ca. 14 % der Behandelten zu beobachten. Wenn man 10 Millionen leicht und mittelschwer Depressive mit Antidepressiva behandelt, hat man immerhin 1,4 Millionen Menschen über das durch ein Placebo zu erwartende Ausmaß hinaus geholfen. Das ist nicht nichts. Dazu treten die hilfreichen Placebo-Effekte. Leitlinienautor *Bschor (2013, S. 26)* meint dazu: „Es ist eine ureigenste ärztliche Aufgabe, Hoffnung zu wecken und hierdurch die Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Insofern ist es weder schändlich noch abzulehnen, dass eine Antidepressivabehandlung mit einem hohen Placeboeffekt assoziiert ist".

Allerdings bedeutet dieses ärztlich verordnete Programm zur Förderung von Hoffnung auch, dass 8,6 Millionen Behandelte möglicherweise unnötig unter den Nebenwirkungen einer pharmakologischen Behandlung leiden, deren Effekt auch durch Zuckerpillen oder Psychotherapie erzeugt werden könnte. Entsprechend kritisch sieht das Psychologe Kirsch: „Meine Bedenken bei der Gabe von Antidepressiva zur Erzielung eines Placebo-Effektes stammen daher, dass dies keine harmlosen Medikamente sind. Bei SSRIs ist z. B. die Rate von sexueller Dysfunktion so hoch […], dass es inzwischen schon eine eigene Kategorie dafür gibt, die das Kinsey-Institut aufgestellt hat: Post-SSRI-Sexuelle Dysfunktion. Und deren Daten zeigen, dass ungefähr 30 % der davon Betroffenen die Störung beibehält, sogar nachdem sie die Medikamente absetzen" (Kirsch, pers. Mitteilung). Und der Psychiater Kendall ergänzt: „Ich weiß, dass die Entzugssymptome beim Absetzen von Antidepressiva einer Depression sehr ähnlich sind. Das ist so, als hätte man eine ausgeprägte Depression plus Angst. Man sollte bei der Verschreibung immer beachten, welche Nebenwirkungen es gibt. Und wenn eine der häufigen Nebenwirkungen ist, dass man das Medikament nicht absetzen kann, dann wäre ich sehr vorsichtig mit der Verschreibung" *(in Padberg & Friedrichs, 2016, S. 60)*. Was zunächst nach einer rein empirisch lösbaren Aufgabe aussah, wird plötzlich zu einer Frage von Abwägung, Auslegung und Gewichtung.

Das Bild von Depression als Hirnkrankheit, die sich durch Einnahme von Tabletten heilen lässt, ist ein schiefes Bild.

4 Neuere Studien (siehe dazu *Hengartner, 2018*) stellen die Aussage, Antidepressiva erzielten zumindest bei sehr schweren Depressionsformen deutliche Erfolge, inzwischen wieder in Frage. Demnach wirken Antidepressiva über das gesamte Schwerespektrum gleich (wenig). Derweil unternahmen Kirsch, Huedo-Medina, Pigott und Johnson (2018) eine Re-Analyse der Ergebnisse der Star-D-Studie, der größten je durchgeführten Einzelstudie mit 4.041 Probandinnen und Probanden unter Versorgungsbedingungen. Dort lag die Gesamtverbesserung auf der Hamilton-Skala durch Antidepressiva unterhalb der von Placebos in Placebo-Vergleichsstudien. Ein weiterer Hinweis, dass die Wirksamkeit von Antidepressiva in den üblichen Vergleichsstudien noch überschätzt wird.

Richtig daran ist, dass vielen Menschen durch die Einnahme von Antidepressiva geholfen wird. In den meisten Fällen ist dagegen falsch, dass dies aufgrund ihrer pharmakologischen Eigenschaften geschieht.

In Schwierigkeiten bringt diese Zwiespältigkeit die für die Festlegung von Behandlungsempfehlungen Zuständigen: So hat die US-amerikanische Food and Drug Administration Antidepressiva auch für leichte und mittlere Fälle ihr Okay gegeben. Das britische Institute for Health and Care Excellence hat sich auf Grundlage der gleichen Studien dagegen entschieden. Und die deutsche „S3-Behandlungsleitlinie Depression" hat einen Mittelweg gewählt. Sie empfiehlt, Antidepressiva sowohl in schweren als auch in nur mittelschweren Fällen zu verordnen. Offenbar hängt aktuell die beste Art, Depressionen zu behandeln, davon ab, in welchem Land man sich gerade befindet – und damit weniger von empirischen als von geografischen Faktoren. Eine unbefriedigende Situation. Kein Wunder, dass zu Beginn des Jahres 2018 eine neue Studie einschlug wie eine Bombe. Sie versprach, nun endlich Klarheit in die Debatte zu bringen.

Richtig ist, dass vielen Menschen durch die Einnahme von Antidepressiva geholfen wird. In den meisten Fällen ist dagegen falsch, dass dies aufgrund ihrer pharmakologischen Eigenschaften geschieht.

Das Ende der Forschung

Am 21. Februar 2018 titelt der britische Guardian: „The Drugs Do Work: Eine Studie zeigt, dass Antidepressiva wirksam sind" *(Bosely, 2018)*. Im Artikel kommt Andrea Cipriani zu Wort, Psychiater von der Universität Oxford und Hauptautor der Studie. „Ideologisch" sei die Diskussion um die Medikamente bisher leider geführt worden. Erst jetzt, durch seine Studie, stünden belastbare Ergebnisse zur Verfügung.

In der Tat ist es beeindruckend, was Cipriani und Kollegen zusammengetragen haben *(Cipriani et al., 2018)*. 522 Studien zu Antidepressiva hatten sie in ihre Metaanalyse einbezogen mit insgesamt 116.477 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die größte jemals zu diesem Thema untersuchte Datenmenge. „Antidepressiva sind ein wirksames Mittel gegen Depressionen", resümiert Cipriani seine Ergebnisse. Unklar sei lediglich, welche Person von welchem Antidepressivum am meisten profitiere. Das müsse in der Praxis ausprobiert werden. Der kommentierende Redakteur jubelt: Nichts hätte diese „wirksame Behandlungsmethode" gemein mit „Schlangenöl oder Verschwörungstheorien" (Rice-Oxley, 2018).

Auf der Webseite des Guardian sind der Artikel zur Studie und der Kommentar sofort die meistgeklickten Texte. Viele Medien nehmen die Nachricht von der endgültig bestätigten Wirksamkeit von Antidepressiva mit Erleichterung, ja, Begeisterung auf. „Schmeißt Euch mehr Glücklichmacher!", destilliert das Boulevardblatt Sun auf seiner Titelseite einen Tag später die angebliche Botschaft der Studie. „Eine zusätzliche Million Briten sollten Antidepressiva nehmen", weiß der Telegraph (Donnelly, 2018). Der Wissenschaftsteil der Süddeutschen Zeitung fordert nicht nur, die Debatte um Antidepressiva zu beenden, sondern gleich die ganze Forschung: Man solle „nicht noch mehr Zeit und Geld in teure Wirksamkeitsstudien stecken, um noch die letzten Zweifler zu überzeugen" (Weber, 2018).

Statistisch signifikant, klinisch irrelevant?

Kate Leaver, die als Journalistin Texte über ihren eigenen Langzeitgebrauch von Antidepressiva geschrieben hat, tritt im britischen TV-Sender Channel 4 auf und ist wenig überrascht von den Studienergebnissen: „Dies ist eine dieser Gelegenheiten, bei denen die Wissenschaft bestätigt, was viele von uns schon immer in ihrem Inneren wussten", freut sie sich. Mit im Studio bei Channel 4 sitzt an diesem Tag auch Joanna Moncrieff. Sie ist Mitbegründerin des Critical Psychiatry Networks, einem Zusammenschluss von Psychiaterinnen und Psychiatern, der sich für Patientenrechte einsetzt und die Validität psychiatrischer Kategorisierungen hinterfragt. Der Moderator will von ihr wissen, ob Leaver denn einen Fehler mache, wenn sie Antidepressiva einnehme? „Depression ist ein Zustand, der kommt und geht, er fluktuiert", antwortet Moncrieff, „deshalb ist es schwer für eine Einzelperson zu sagen, was genau geholfen hat und was nicht. Deshalb brauchen wir Placebo-Kontrollstudien, so wie diejenigen, die in der [Cipriani-]Studie untersucht wurden. Was diese neue Studie nicht berücksichtigt, sind die Kritiken, die ich und viele andere an diesen Studien geäußert haben. […] Die Evidenz legt nahe, dass der Unterschied zwischen Placebo und Antidepressiva sehr klein ist und wahrscheinlich klinisch vernachlässigbar" (Frei, 2018).

Um zu verstehen, was Moncrieff auch mit Blick auf die neue Cipriani-Studie mit einem „sehr kleinen Unterschied zwischen Placebo und Antidepressiva, der klinisch vernachlässigbar ist" meint, müssen wir uns an die Hamilton-Depressions-Skala (HAM-D) zurückerinnern. Irving Kirsch, der die empirische Debatte um Antidepressiva durch seine Studien ausgelöst hatte, hatte herausgefunden, dass Antidepressiva die Werte der Betroffenen um nur 1,8 Punkte mehr als Placebo auf der HAM-D verbesserten. Auf einer 54-stufigen Skala ist das sehr wenig. Cipriani und Kollegen dagegen hatten von „Response-Raten" berichtet, einer künstlichen Kategorisierung durch die Forscher. Schaute man aber auf die Rohdaten ihrer Studie, also auf die Werte auf der HAM-D, waren diese erneut niedrig: nämlich 2,0 Punkte und damit sehr nah an dem Wert, den auch Kirsch

gefunden hatte. Selbst das sehr liberale Kriterium für klinische Relevanz der amerikanischen Food and Drug Administration von mindestens 3,0 Punkten wurde damit nicht erreicht. 2,0 Punkte Verbesserung können schon erreicht sein, wenn der oder die Befragte in einer Woche zweimal eine halbe Stunde länger geschlafen hat. Sogar darauf geschulte Beobachterinnen erkennen eine Befindensverbesserung erst ab 7,0 Punkten, darauf weist eine Studie von Moncrieff und Kirsch (2015) hin (siehe auch *Hengartner, 2018*).

Die Cipriani-Studie, gefeiert als das empirisch fundierte Ende einer „ideologischen Debatte", sie war am Ende nichts weiter als eine Replikation der Kirsch-Studie. Man hatte die Ergebnisse nur anders verpackt. Der Professor für Pharmaziewissenschaft James McCormack und seine Ko-Autorin Christina Korownyk von der Universität Alberta verteidigten in einem Leitartikel für das renommierte British Medical Journal die in ihren Augen gut gemachte Studie gegen ihre mediale Verarbeitung. Zugleich hielten sie fest: „[…] diese Studie beantwortet entschieden nicht die Fragen zum grundsätzlichen Einsatz von Antidepressiva, zu ihrer Effektivität bei milderen Depressionsformen, zu ihren Effekten über acht Wochen hinaus, zur Größe und Art von Schäden, die mit den jeweiligen Substanzen verbunden sind, und zur Wirksamkeit von Antidepressiva außerhalb des Umfelds einer randomisierten Studie" *(McCormack & Korownyk, 2018).*

Damit sind wir 2018 genauso weit in der Debatte um das Pro und Kontra der Verordnung von Antidepressiva wie vor zehn Jahren nach Veröffentlichung der Kirsch-Studie. Die Schwierigkeiten bestehen weiter für diejenigen, die Behandlungsentscheidungen treffen müssen und Antworten auf die Fragen ihrer Patientinnen geben wollen. Ein kompetentes Aufklärungsgespräch zu Wirkungen und Nebenwirkungen in der Masse der Fälle (also bei jenen mit einem HAM-D-Score unter 25) müsste aktuell eigentlich ungefähr so lauten: „*In leichten, mittelschweren und nicht allzu schweren Fällen erzeugen Antidepressiva im Durchschnitt keine größeren Effekte als Placebos. Die Chance auf einen pharmakologischen Effekt der Behandlung in Ihrem konkreten Fall liegt bei ca. 14 %. Sie müssen daher überlegen, ob Ihnen die Chance auf diese Verbesserung die Nebenwirkungen, die sie möglicherweise verspüren werden (wie Mundtrockenheit, Gewichtszunahme, Absetzsyndrome, Verlust der sexuellen Appetenz etc.), wert sind.*" Das wäre die empirisch richtige Information.

Mittels Trial-and-Error zum Erfolg?

Einige schätzen die Chancen einer Verbesserung dennoch höher ein. Warum? Weil man das Medikament ja wechseln kann. Klaus Lieb, Direktor der Uniklinik für Psychiatrie in Mainz, lobte im Deutschlandradio die Cipriani-Studie dafür, dass sie gezeigt habe, „dass im Grunde alle in Deutschland zugelassenen Antidepressiva wirksam seien." Nun müsse man nur noch herausfinden, welches Medikament zu wem passe.

Dieses Verfahren, in der Forschung „Switching" genannt, wurde allerdings bereits beforscht: Wenn man das Antidepressivum wechselt, dann berichten eine Menge der Betroffenen signifikante Verbesserungen. Das gilt manchen als Nachweis, dass nicht jedes Antidepressivum zu jeder „Hirnarchitektur" passt. Es müsse halt das richtige sein. Jedoch: Wird lediglich behauptet, es werde ein neues Medikament verabreicht, ist der Effekt der gleiche! Die Besserungen zeigen sich auch, wenn die Behandelten in Wahrheit einfach dasselbe Medikament weiter einnehmen und nur glauben, sie bekämen eine neue Substanz (Bschor & Baethge, 2010; *Bschor, Kern, Henssler & Baethge, 2018*). Bschors Schluss: Bei den verschiedenartigen in Deutschland verschriebenen Antidepressiva handelt es sich lediglich um die „Suggestion eines differenzierten Armamentariums" *(Bschor, 2013, S. 21).*

Wie man es dreht und wendet, in der bisher geführten Debatte um Antidepressiva zieht man am Ende immer den Kürzeren. Argumentiert man für ihre Verwendung, steht man ohne gesichertes Störungsmodell da und muss auf Basis der Datenlage eigentlich winzige pharmakologische Effekte zu lebensentscheidenden Verbesserungen stilisieren. Argumentiert man dagegen, verwehrt man einer Minderheit von Patientinnen womöglich hilfreiche Medikamente. Man vermindert ggf. auch den hilfreichen Placebo-Effekt, den diese meist als einzige Hilfe schnell verfügbaren Medikamente haben. Wie also vorgehen?

Der medikamentenzentrierte Ansatz

Viele Menschen überwinden ihre sozialen Unsicherheiten, indem sie Alkohol trinken. Dennoch würde niemand argumentieren wollen, Unsicherheit würde durch einen Mangel an Alkohol ausgelöst. Offensichtlicher Unsinn wäre auch, aufgrund der vielfach erprobten Wirkung von Aspirin Kopfschmerzen auf ein Defizit an Acetylsalicylsäure zurückzuführen. Joanna Moncrieff hat deshalb eine naheliegende Frage gestellt: Heilen Antidepressiva ein chemisches Ungleichgewicht, indem sie fehlendes Serotonin nachfüllen? Das wäre ein um die *Krankheit* zentriertes Bild der Behandlung, weil es sich auf das postulierte Defizit konzentriert *(„disease-centered model").* Dazu fehlen die Belege. Oder stellen sie erst ein Ungleichgewicht her, indem sie in einen bis dahin unauffälligen Serotoninstoffwechsel eingreifen? Diese Sichtweise nennt *Moncrieff (2009)* den *„medikamentenzentrierten Ansatz" („drug-centered model").* Dieser konzentriert sich auf die berichteten Wirkungen dieser Medikamente. Dann stehen die zur Behandlung eingesetzten Substanzen selbst im Fokus.

In einem medikamentenzentrierten Ansatz geht es darum, die Feinheiten des Wirkprofils von Medikamenten herauszuarbeiten, um jeder Betroffenen eine zu ihrer Verfassung passende Substanz anzubieten. Macht diese eher müde, wirkt sie beruhigend oder sogar anregend? „Substanzgebrauch ist ein immer sensibel zu gestaltender Balanceakt, bei dem das Erleben der Patienten zentral für die Entscheidung ist, ob es

dabei mehr zu verlieren oder zu gewinnen gibt. Solche Entscheidungen erfordern die Zusammenarbeit von Patienten und Fachleuten, um festzustellen, was die Patienten genau mit den Medikamenten erreichen wollen. Es gilt dabei, diese Ziele mit den bekannten substanzinduzierten Effekten in Übereinstimmung zu bringen" (Moncrieff & Cohen, 2006).

Zu einem medikamentenzentrierten Ansatz gehört auch eine Aufklärung über die biologisch ungeklärte Genese von Depressionen. Dazu wird klargestellt, dass aktuell sehr wenig für die ganze Idee spricht, Depressionen seien eine körperliche Krankheit wie Parkinson oder Diabetes, ein „Schnupfen des Gehirns", wie es die Werbung in Japan den Konsumenten erklärt *(Watters, 2016)*. Es wird anschließend erläutert, wie der Eingriff in den Serotoninhaushalt erstmals durch einen Wirkstoff vorgenommen wurde, der ursprünglich als Heilmittel für Tuberkulose gedacht war und als unerwartete Nebenwirkung euphorisierend auf die Behandelten gewirkt hatte. Dass deshalb die Idee naheliegend war, Depressiven mit diesen Medikamenten zu helfen, indem man diese Nebenwirkung im Rahmen einer Depressionsbehandlung zur Hauptwirkung erklärte (Whitaker, 2010). Und dass für Depressionen grundsätzlich keine medizinische Heilung wie für Diabetes oder Infektionen möglich ist, weil für Depressionen bis heute kein physiologisches Korrelat gefunden wurde.

Um dies auch sprachlich zu markieren, werden im medikamentenzentrierten Ansatz SSRIs nicht länger Antidepressiva genannt, sondern, den Zwecken der Behandlung entsprechend, etwa „Energizer" oder „Stimmungsaufheller", sodass sie nicht länger als Heilmittel, sondern als ein *Hilfsmittel* der Behandlung gesehen werden können. Ein Hilfsmittel, auch dafür sprechen viele Daten, das auf lange Sicht möglicherweise mehr schadet als nutzt.[5]

Das wäre für die Zukunft ein gemeinsames Projekt für Psychiatrie und Psychologische Psychotherapie: Patientinnen über die zu ihrer Therapie eingesetzten Substanzen gut aufzuklären. Und ggf. gemeinsam mit ihnen diejenigen Substanzen auszuwählen, die möglichst viele gewollte und möglichst wenig ungewollte Effekte haben. Und zugleich über all die anderen wichtigen Einflussfaktoren zu sprechen, die Menschen depressiv machen: „unsichere, unbefriedigende Arbeitsplätze, Schulden und Wohnen, Vereinzelung, steigende Anforderungen durch Schule und Arbeit sowie das Verschwinden des Gemeinlebens" *(Moncrieff, 2018)*.

Ich danke Julia Friedrichs, die sich mit mir zusammen dieses Themas angenommen hat, als noch niemand davon hören wollte.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bosely, S. (2018). The drugs do work: antidepressants are effective, study shows. The Guardian, 21.08.2018. Verfügbar unter: https://www.theguardian.com/science/2018/feb/21/the-drugs-do-work-antidepressants-are-effective-study-shows [10.08.2018].

Bschor, T. (2013). Wirken Antidepressiva eigentlich? Neurotransmitter, 24 (10), 20-27.

Bschor, T., Kern, H., Henssler, J. & Baethge, C. (2018). Switching the Antidepressant After Nonresponse in Adults With Major Depression. Journal of Clinical Psychiatry, 79 (19), 11-18.

Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. & Ogawa, Y. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet, 391 (10128), 1357-1366. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7 [12.10.2018].

Friedrichs, J. & Padberg, T. (2016). Depressionen – Vom Schatten ans Licht. Zeit-Magazin, 25, 16-25. Verfügbar unter: https://www.zeit.de/zeit-magazin/2016/25/depressionen-psychotherapie-antidepressiva-serotonin-medikamente [14.10.2018].

Hasler, F. (2013). Neuromythologie: Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung. Bielefeld: Transcript.

Hengartner, M. P. (2018). What is the threshold for a clinical minimally important drug effect? BMJ Evidence Based Medicine. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111056 [24.10.2018].

Kirsch, I., Deacon, B., Huedo-Medina, T., Scoboria, A., Moore, T. & Johnson, B. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Medicine, 5 (2), 0260-0268. Verfügbar unter: http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050045 [08.10.2018].

Lacasse, J. R. & Leo, J. (2005). Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. PLoS Medicine, 2 (12), 1211-1216.

McCormack, J. & Korownyk, C. (2018). Effectiveness of antidepressants. Lots of useful data but many important questions remain. BMJ, 360. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k1073 [14.08.2018].

Moncrieff, J. (2009). The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment. London: Palgrave MacMillan.

Moncrieff, J. (2018). Challenging the New Hype About Antidepressants. Mad In America, 24.02.2108. Verfügbar unter: https://www.madinamerica.com/2018/02/challenging-new-hype-antidepressants/ [14.10.2018].

Padberg, T. & Friedrichs, J. (2016). „Es gibt vieles, was man für Depressive tun kann" – ein Gespräch mit Tim Kendall. Psychologie Heute, 10, 58-60.

Watters, E. (2016). Crazy Like Us – Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht. Tübingen: DGVT-Verlag.

Dipl.-Psych. Thorsten Padberg, M. A.

Baumschulenstraße 73
12163 Berlin
torsten.padberg@freenet.de

Dipl.-Psych. Thorsten Padberg, M. A., arbeitet als Verhaltenstherapeut in eigener Praxis in Berlin. Seine Veröffentlichungen umfassen Publikationen in Fachzeitschriften und Populärmedien. Padberg verfolgt den psychologischen Wissensbetrieb. Am Beispiel der Diskussion um Antidepressiva lassen sich zentrale Mechanismen veranschaulichen.

5 Siehe für eine Zusammenstellung von Studien zu Negativfolgen bei Langzeitbehandlung: Whitacker, 2010, S. 148ff.

Wer die psychotherapeutische Sprechstunde nutzt und wie sie ankommt

Studie an einer Ausbildungsambulanz

Nathalie Mong, Hanna-Sophie Wendler & Michael Zaudig

Zusammenfassung: Ziel der vorliegenden empirischen Studie war es, zu untersuchen, wer die psychotherapeutische Sprechstunde (PS) nutzt und wie sie von Patientinnen[1] wahrgenommen wird. Dafür wurden von 775 Patientinnen (weiblich und männlich) der vfkv Ambulanz soziodemografische Daten, der Schweregrad psychischer Beschwerden und weitere Parameter erhoben. Zudem wurden die Ergebnisse sowie das Feedback der Patientinnen zur PS erfasst. Auf Basis der Daten nutzten vor allem jüngere, weibliche, alleinstehende, gebildete, muttersprachlich deutsche, arbeitstätige, angestellte Personen die PS. Die Betroffenen litten in den meisten Fällen mindestens ein Jahr oder länger unter ihren Beschwerden. Am häufigsten wurden affektive Störungen diagnostiziert. Eine anschließende ambulante Psychotherapie war die Hauptempfehlung der PS. Aus Sicht der Patientinnen wurde die PS als hilfreich empfunden. Abschließend werden Grenzen und Ansätze zur Weiterentwicklung der PS diskutiert.

Die ambulante Richtlinienpsychotherapie wurde im April 2017 einer umfassenden Strukturreform unterzogen. Im Fokus stand insbesondere die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde (PS) zur frühzeitigen Beratung, diagnostischen Abklärung sowie Orientierung im Gesundheitssystem. Nach Reformierung der Psychotherapie-Richtlinie zeigt sich, dass die PS als zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle von den Patientinnen gut angenommen wurde *(Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK], 2018)*. Dies belegen auch die Anfragen für PS bei den Terminservicestellen *(BPtK, 2018)*. Basierend auf der Rückmeldung von Psychotherapeutinnen liegen erste Daten *(BPtK, 2018)* dazu vor, welche Patientinnengruppen die PS in den ambulanten Praxen nutzen. Ziel der vorliegenden Erhebung war es, anhand von Patientinnendaten empirisch zu untersuchen, wer die PS in Anspruch nimmt und wie sie von den Patientinnen wahrgenommen wird. Basierend auf den Ergebnissen und praktischen Erfahrungen werden Grenzen und Ansätze zur Weiterentwicklung der PS diskutiert.

Methoden

Die Erhebung fand vom 01.04.2017 bis 17.08.2018 im Rahmen der Ambulanztätigkeit des Vereins für klinische Verhaltenstherapie (vfkv), einem verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut in München, statt. Es wurden vorab feste Termine für die Durchführung der PS vergeben. Der Ablauf der PS war standardisiert. Es wurde immer die aktuelle Symptomatik, die psychosoziale Situation, die relevanten Problembereiche sowie der psychische Befund erfasst. Zudem wurden die psychometrischen Testergebnisse besprochen, ggf. über die Diagnose(n) aufgeklärt und Empfehlungen für die nächsten (psychotherapeutischen) Schritte gegeben. Alle Patientinnen erhielten vor der PS die allgemeine Patienteninformation PTV 10 und absolvierten eine PC-gestützte Testung. Inhalte der Testung waren der Fragebogen zur PS (PAS-P, Inhalte: u. a. soziodemografische Daten, Arbeitsunfähigkeit, Dauer der Beschwerden für die Symptome, welche die Patientinnen in die PS geführt hatten) und das ICD-10-Symptom-Rating (ISR) *(Tritt et al., 2008)*. Die Daten wurden nach der schriftlichen Einwilligung der Patientinnen in die Erhebung aufgenommen. 775 Patientinnen (weiblich und männlich) haben insgesamt an dieser Erhebung teilgenommen. Für die Dokumentation der Ergebnisse der PS im Fragebogen PAS-T konnten drei approbierte Psychotherapeutinnen und zwei Fachärzte für Psychiatrie und Psychosomatik des vfkv gewonnen werden. Jede Angabe der Patientinnen sowie der Durchführenden war freiwillig, entsprechend variieren die Fallzahlen. Die Durchführenden arbeiteten unabhängig voneinander.

Ein Jahr später (April 2018) wurde zusätzlich mit der Befragung der Patientinnen zur Durchführung der PS begonnen. Jede Patientin wurde gebeten, im Anschluss an die PS den Rückmeldebogen zur Durchführung der PS in Papierform anonym auszufüllen und in einer verschlossenen Box am Empfang abzugeben. Es liegen hier 213 Rückmeldungen vor.

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

Ergebnisse

Demografische Variablen

Die Patientinnen (weiblich und männlich) (N = 775) waren im Mittel 36,7 Jahre alt (SD = 13,2), die jüngste Person war 18 Jahre und die älteste 79 Jahre alt. In der Verteilung der Altershäufigkeit zeigten sich zwei Gipfel, der eine zwischen 19 und 33 Jahren (46,6 %), der andere zwischen 46 und 55 Jahren (16,1 %). Die weiteren demografischen Variablen der Stichprobe werden in Tabelle 1 dargestellt.

Variable	Ausprägung	Prozent
Geschlecht (N = 774)	Weiblich	62,3 %
	Männlich	37,7 %
Beziehungsstatus (N = 670)	Ohne Partnerschaft	40,9 %
	In Partnerschaft	30,8 %
	Verheiratet	19,8 %
	Getrennt lebend/geschieden	8,5 %
Höchster Schulabschluss (N = 663)	Abitur	42,8 %
	Mittlere Reife	26,1 %
	Hauptschulabschluss	15,5 %
	Fachhochschulreife FOS/BOS	11,6 %
	Geringeren oder gar keinen Bildungsgrad	4,0 %
Höchster Bildungsgrad (N = 643)	Abgeschlossene Ausbildung/Lehre	41,1 %
	Studium	35,9 %
	Keinen Abschluss	13,0 %
	In Ausbildung	7,5 %
	Promoviert	2,5 %
Berufstätigkeit (N = 664)	Angestellt	52,1 %
	Auszubildende/Schüler/Studierende	18,7 %
	Arbeitssuchend	14,9 %
	Selbstständig	3,5 %
	Hausfrau/Hausmann	3,0 %
	Leitend angestellt	2,9 %
	Ruhestand	1,8 %
	Erwerbsminderungsrente	1,4 %
	Sonstiges	1,7 %
Muttersprache Deutsch (N = 608)	Ja	81,1 %
	Nein	18,9 %

Tabelle 1: Demografische Variablen

Schweregrad und Art der psychischen Beschwerden

Es wurden Indikatoren für die Schwere der psychischen Erkrankung erhoben. Dazu wurden v. a. die Dauer der Beschwerden und die Symptomausprägung im ISR gezählt. Nur 20,5 % der Patientinnen (N = 672) zeigten eine geringe Chronifizierung, d. h. eine Beschwerdedauer von unter einem Jahr. Die anderen Patientinnen zeigten eine Beschwerdedauer von mindestens einem Jahr und mehr. Die Verteilung der Dauer über die verschiedenen Kategorien wird in Tabelle 2 dargestellt.

Beschwerdedauer	Prozent
Unter 1 Jahr	20,5 %
1-3 Jahre	25,1 %
4-8 Jahre	19,0 %
9-12 Jahre	11,0 %
Über 13 Jahre	21,0 %
Weiß ich nicht	3,4 %

Tabelle 2: Dauer der psychischen Beschwerden
Anmerkung: Die Angaben bzgl. der Beschwerdedauer beziehen sich nur auf die Symptome, welche die Patientinnen veranlasst haben, die PS aufzusuchen.

Der ISR ermöglicht eine syndromübergreifende Bewertung psychischer Symptomatik durch die Patientinnen. Im ISR (N = 751) zeigte sich bei dem ISR-Gesamtwert für psychische Beschwerden und der Skala Depression eine mittlere Ausprägung der Symptomatik. Die Skalen für Angst, Zwang, somatoforme Beschwerden und Essstörung wiesen eine geringe Ausprägung der psychischen Beschwerden auf.

Es fiel auf, dass, 60 % der Personen (N = 547) bisher noch keine ambulante Richtlinienpsychotherapie in Anspruch genommen hatten. Der gleiche Trend zeigte sich bei teil- und vollstationärer Behandlung. Hier hatten 84,7 % der Personen (N = 563) noch keinen Kontakt mit teilstationärer Psychotherapie, mit vollstationärer Psychotherapie hatten 73,1 % der Personen (N = 539) keine Erfahrung.

Auch zeigte sich, dass 71,3 % der Personen (N = 631) arbeitsfähig waren, trotz insgesamt mittelgradig ausgeprägter psychischer Beschwerden im ISR-Gesamtwert. Nur 24,2 % waren krankgeschrieben. Ein kleiner Teil der Personen (4,5 %) befand sich bereits im Ruhestand. Die Mehrzahl der Personen (N = 514) nahmen zum Zeitpunkt der PS keine Psychopharmaka ein (62,8 %).

Die rezidivierende depressive Störung wurde mit 27,1 % der Fälle (N = 435) am häufigsten als gesicherte Hauptdiagnose in der PS vergeben, gefolgt von der depressiven Episode mit 20,5 % und der Anpassungsstörung mit 13,1 %.

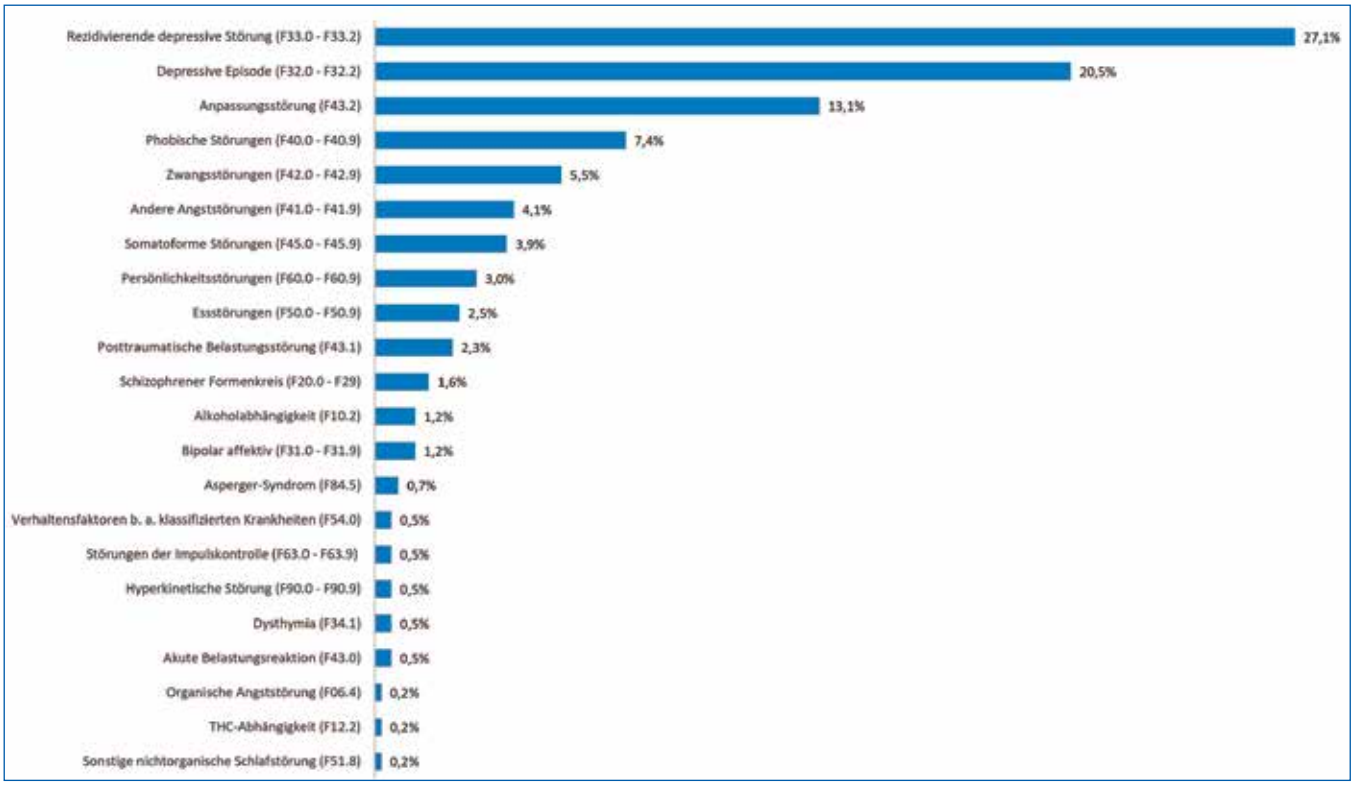


Abbildung 1: Gesicherte Hauptdiagnosen in der psychotherapeutischen Sprechstunde

Die Häufigkeit der anderen Diagnosen sind in Abbildung 1 dargestellt.

Ergebnisse der psychotherapeutischen Sprechstunde

21,5 % der Personen (N = 554) kamen auf eigene Initiative in die PS. In 21,3 % der Fälle wurde die PS von einer niedergelassenen Psychiaterin empfohlen. Nur 9,7 % der Personen wurden durch die Hausärztinnen auf die PS aufmerksam gemacht. Auf die Kategorie „Sonstige" entfallen Empfehlungen von z. B. einer Selbsthilfegruppe, Hebamme oder einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU). Die weiteren Empfehlungen für die PS können Abbildung 2 entnommen werden.

In 87,6 % der Fälle (N = 557) wurde als Ergebnis der PS eine anschließende ambulante Richtlinienpsychotherapie empfohlen. 59,2 % der Personen (N = 529) nahmen zum Zeitpunkt der PS eine zusätzliche ärztliche Behandlung in Anspruch. In 61,5 % der Fälle (N = 525) erachteten die Durchführenden eine ärztliche Mitbehandlung zusätzlich zur Psychotherapie, v. a. durch eine Psychiaterin oder eine Hausärztin, als sinnvoll. Diese Einschätzung erfolgte unabhängig davon, ob bereits eine ärztliche Mitbehandlung bestand.

Die PS dauerte in der Regel 50 Minuten (67,7 %). In nur 3,2 % der Fälle (N = 560) wurde die Sprechzeit mit 25 Minuten angegeben. In den restlichen Fällen (29,1 %) nahm die PS mindestens 75 Minuten oder mehr Zeit in Anspruch. Auf Basis von Ambulanzverwaltungsdaten ergibt sich aus der Differenz der geplanten und der tatsächlich durchgeführten PS für den Untersuchungszeitraum eine durchschnittliche Ausfallquote der Termine von ca. 15 %.

Rückmeldung der Teilnehmenden zur psychotherapeutischen Sprechstunde

Insgesamt liegen 213 Rückmeldung zur PS vor. 78 % der Patientinnen gaben auf einer fünfstufigen Skala von „Gar nicht wichtig" bis „Äußerst wichtig" an, dass es für sie „Sehr wichtig" war, im Rahmen der PS eine Einschätzung bzgl. der Ausprägung ihrer Beschwerden zu erhalten. In 97,1 % der Fälle (N = 209) bejahten die Patientinnen auf einer zweistufigen Skala („Ja" oder „Nein"), dass die PS geholfen habe, mehr Klarheit über das weitere Vorgehen hinsichtlich ihrer Beschwerden zu bekommen. Nahezu alle Patientinnen (99 % von 211 Fällen) würden Freundinnen oder Familienangehörigen (auf einer zweistufigen Skala: „Ja" oder „Nein") bei psychischen Beschwerden den Besuch einer PS empfehlen.

In einem offenen Antwortformat hatten die Patientinnen zusätzlich die Möglichkeit, anzugeben, was sie in der PS als angenehm empfunden haben, Mehrfachnennungen waren möglich. Hier waren die zehn häufigsten Nennungen in Bezug auf die Durchführenden bzw. die PS „Offenheit" (N = 32), „freundliche Art" (N = 27), „Einfühlsamkeit/Empathie" (N = 22), „Verständnis" (N = 19), „ruhig/besonnen sein" (N = 18), „Zuhören" (N = 14), „Aufklärung" (N = 13), „strukturiertes Gespräch" (N = 13), „Kompetenz" (N = 12) und „Atmosphäre" (N = 12).

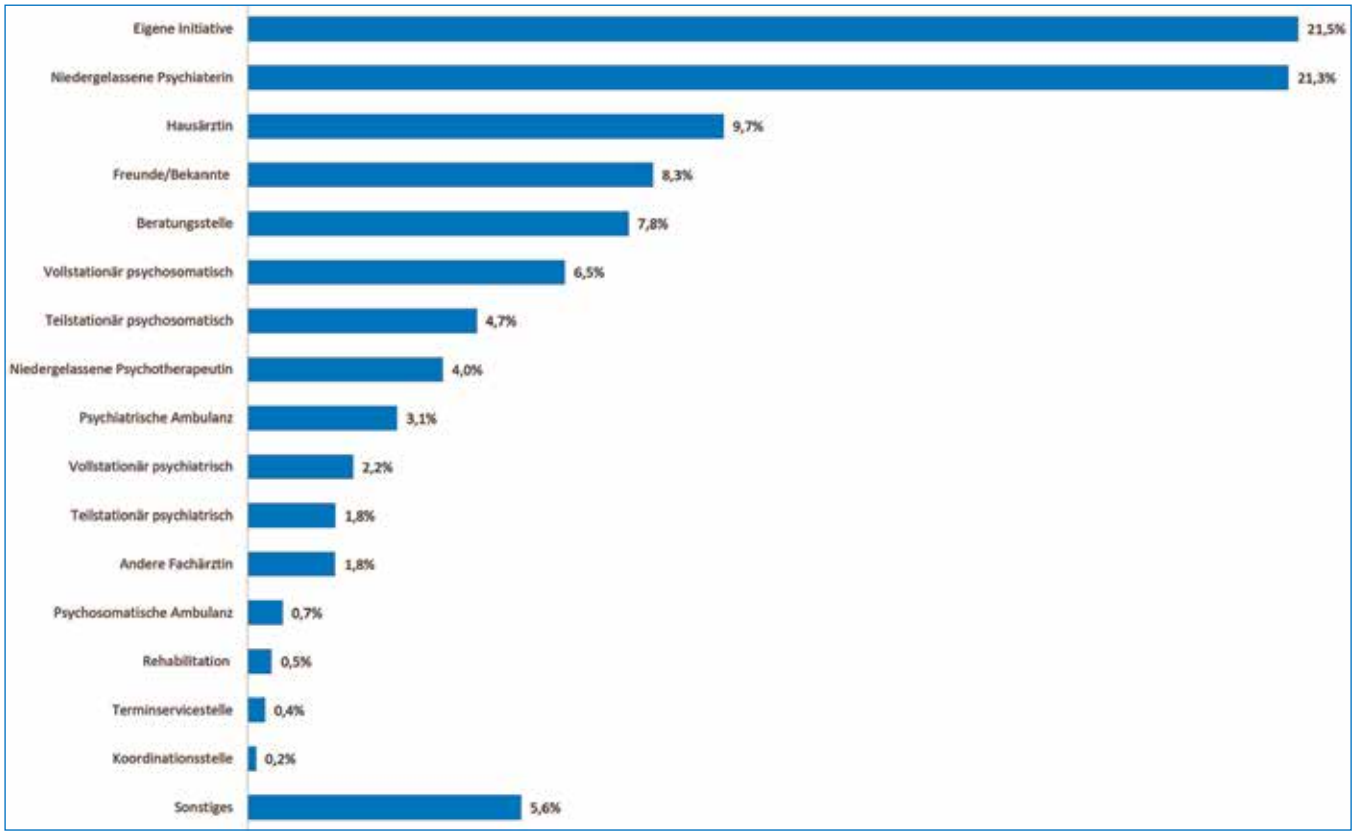


Abbildung 2: Wer hat die psychotherapeutische Sprechstunde empfohlen?

Diskussion

Wer nutzt die psychotherapeutische Sprechstunde?

Basierend auf den Ergebnissen wurde die PS im vfkv eher von jüngeren, weiblichen, alleinstehenden, gut gebildeten, muttersprachlich deutschen, arbeitsfähigen und angestellten Personen genutzt. Dies steht im Einklang mit der Voruntersuchung *(Mong & Zaudig, 2017)*. Die Ergebnisse unterscheiden sich jedoch von den Befunden in der Wartezeitstudie *(BPtK, 2018)*. Hier zeigt sich eine stärkere Inanspruchnahme der PS durch sozial benachteiligte Personen. Die Unterschiede können zum einen auf die Informationsquelle für die Daten (Patientinnen vs. Psychotherapeutinnen) sowie die Untersuchungspopulation (Großstadt in Bayern vs. Gesamtdeutschland) zurückgehen. Übereinstimmungen zur Wartezeitstudie *(BPtK, 2018)* zeigen sich jedoch im Hinblick auf den Chronifizierungsgrad der psychischen Beschwerden. Dieser ist in beiden Untersuchungen hoch. In der vorliegenden Untersuchung ist bemerkenswert, dass trotz des hohen Chronifizierungsgrades nur von einer geringen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen berichtet wird. Folglich leiden viele Personen bereits länger unter psychischen Beschwerden ohne Zugang zu oder Wissen von adäquaten Behandlungsmöglichkeiten zu haben. Nach wie vor scheint hier der Fokus auf nicht behandelten affektiven Störungen zu liegen.

Trotz des hohen Chronifizierungsgrades wird nur von einer geringen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen berichtet.

Wer empfiehlt die psychotherapeutische Sprechstunde?

In der vorliegenden Studie kommen die meisten Patientinnen auf eigene Initiative in die PS. Dieser Befund könnte darauf hinweisen, dass aufgrund verstärkter Aufklärungsarbeit mehr adäquate Information im Internet bzw. den Medien zu psychischen Beschwerden und psychotherapeutischen Angeboten verfügbar ist. Die größte Gruppe der ärztlichen Zuweiser stellen die niedergelassenen Psychiaterinnen dar. Vor dem Hintergrund der ärztlichen Mitbehandlungsrate sowie der besonderen Rolle von Hausärztinnen beim Screening und Einleitung diverser Behandlungsmaßnahmen, sind deren geringe Zuweisungen für die PS überraschend. Mögliche Gründe könnten fehlendes Wissen über das neue psy-

chotherapeutische Angebot sein, aber auch Schwierigkeiten beim Erkennen psychischer Erkrankungen im hausärztlichen Umfeld.

Ergebnisse der psychotherapeutischen Sprechstunde

In den meisten Fällen der PS wurde eine anschließende ambulante Richtlinienpsychotherapie empfohlen. Dieser Befund unterstreicht die Bewertung der *BPtK (2018)*, dass die Einführung der PS zur verbesserten Patientenversorgung beiträgt. Die Einführung der PS ersetzt jedoch nicht die Überarbeitung der Bedarfsplanung durch den Gesetzgeber.

Wie wird die psychotherapeutische Sprechstunde aus Sicht der Patientinnen wahrgenommen?

Die PS wird von den Patientinnen als hilfreiches und sinnvolles zusätzliches Versorgungsangebot wahrgenommen. Es werden aus Sicht der Patientinnen die politisch gewollten Aufgaben der Einordnung und Aufklärung von Beschwerden sowie Indikationsstellung und Information bzgl. des weiteren Vorgehens durch die PS erfüllt. Die Rückmeldungen der Patientinnen geben erste Hinweise darauf, welche psychotherapeutischen Verhaltensweisen für die PS wichtig sein könnten. Genannt wurden hier „Basisvariablen des therapeutischen Verhaltens" wie z. B. Offenheit, Empathie und Verständnis. Wichtig war auch Aufklärung als spezifische Intervention, Struktur und die wahrgenommene Kompetenz der Psychotherapeutin.

Grenzen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten der psychotherapeutischen Sprechstunde

Die Einführung der PS stellt eine sinnvolle Erweiterung des Leistungsspektrums von Psychotherapeutinnen dar und scheint auch aufseiten der Patientinnen angenommen zu werden. Die Bedarfsplanung durch den Gesetzgeber muss dennoch angepasst werden. Der Handlungsbedarf ergibt sich aus dem Kontrast zwischen dem Chronifizierungsgrad der psychischen Beschwerden und der geringen Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie in der Untersuchung sowie den Wartezeiten von 19,9 Wochen *(BPtK, 2018)* auf einen Richtlinientherapieplatz.

Auch die Niederschwelligkeit der PS kann noch verbessert werden. Die Wartezeit hier beträgt durchschnittlich 5,7 Wochen *(BPtK, 2018)*. Dieses Ergebnis ist nachvollziehbar, da sich das Hauptangebot der niedergelassenen Psychotherapeutinnen auf die Richtlinienpsychotherapie fokussiert. Eine Idee, die sich hierzu im Rahmen der vfkv-Sprechstundenstudie entwickelt hat, orientiert sich am hausärztlichen Modell. So könnte die PS in Kombination mit der psychotherapeutischen Akutbehandlung in inhaltlich und administrativ spezialisierten „Zentren" durch Psychotherapeutinnen angeboten werden. Hier wäre mit den PS und Interventionen bis zu 12 Therapiestunden ein zeitnahes fachgerechtes Screening, die Einleitung erster entlastender Maßnahmen und bei Bedarf die Initiierung einer Weiterbehandlung möglich. Die Reduktion der Wartezeit könnte durch eine Erhöhung der Anzahl von PS sowie der Reduktion des administrativen Aufwands erreicht werden. In Anlehnung an das hausärztliche Modell wäre auch die Durchführung von offenen PS denkbar.

Im Gutachten zur „Bedarfsgerechten Steuerung in der Gesundheitsversorgung" wird von den Sachverständigen für eine gezielte Steuerung der Patientin im Gesundheitssystem plädiert *(Korzilius, 2018)*. Die psychotherapeutische Sprechstunde hat das Potenzial, diese wichtige „Lotsenfunktion" für den psychischen Bereich zu übernehmen und sich als erste kurzfristige Anlaufstelle für psychische Beschwerden zu etablieren. Zudem kann sie einen wichtigen Beitrag zur Prävention von und Aufklärung über psychischen Erkrankungen leisten. Notwendige Voraussetzungen dafür sind v. a. strukturelle, aber auch finanzielle Verbesserungen. Zentral bleibt jedoch die Anpassung der Bedarfsplanung, um eine langfristige Weiterversorgung der Patientinnen durch eine ausreichende Anzahl von ambulanten Therapieplätzen zu gewährleisten.

Die Einführung der PS stellt eine sinnvolle Erweiterung des Leistungsspektrums dar und scheint aufseiten der Patientinnen angenommen zu werden. Die Bedarfsplanung durch den Gesetzgeber muss dennoch angepasst werden.

Limitationen

Die Erhebung fand im Rahmen der regulären Ambulanztätigkeit am vfkv, einem verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut in München, statt. Die zugrundeliegende Stichprobengröße kann daher zwischen den einzelnen Auswertungen schwanken, da es möglich war, bei der Befragung einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen. Die Stichprobe sollte v. a. hinsichtlich der Patientenrückmeldungen zur PS noch vergrößert werden. Die Daten repräsentieren die Sicht von Patientinnen einer verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz und eher eine Großstadtpopulation.

Literatur

BPtK. (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Verfügbar unter: www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf [18.09.2018].

Korzilius, H. (2018). Plädoyer für gezielte Steuerung. Deutsches Ärzteblatt PP, 17 (7), 298-299.

Mong, N. & Zaudig, M. (2017). Psychotherapeutische Sprechstunde: Prävention, Psychoedukation und Koordination. Deutsches Ärzteblatt PP, 16 (11), 529-531.

Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Zacharias, I., Söllner, W. & Loew, T. (2008). Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating" (ISR). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 54 (4), 409-418.

Dipl.-Psych. Nathalie Mong

Korrespondenzadresse:
vfkv Ausbildungsinstitut München
Lindwurmstr. 117 / 4. und 5. Stock
80337 München
mong@vfkv.de

Frau Dipl.-Psych. Nathalie Mong ist stellvertretende Projektleiterin für die Bereiche Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung am vfkv Ausbildungsinstitut in München. Ihre Interessenschwerpunkte sind die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung, Achtsamkeit, Gruppentherapie sowie Musikermedizin.

Hanna-Sophie Wendler, M. A.

Frau Hanna-Sophie Wendler, M. A., ist wissenschaftliche Assistenz für den Bereich psychotherapeutische Akutbehandlung am vfkv Ausbildungsinstitut in München. Ihre Interessenschwerpunkte sind psychotherapeutische Akutbehandlung, Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen sowie Kinder psychisch kranker Eltern.

Prof. Dr. med. Michael Zaudig

Herr Prof. Dr. Zaudig ist Projektleiter für die Bereiche Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung am vfkv Ausbildungsinstitut in München. Seine Interessenschwerpunkte sind Diagnostik, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, stressbedingte Erkrankungen sowie Gruppentherapie.

Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung

Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis

Christian Janßen

Zusammenfassung: Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist eine besondere – wie die Arbeit mit anderen Klientinnen[1, 2] auch. Sie erfordert wie sonst auch ein individuelles Vorgehen und eine Anpassung der Methoden. Soweit sind Besonderheiten so normal wie in jeder Psychotherapie. Als Teil der Gesellschaft sind Psychotherapeutinnen jedoch denselben Berührungsängsten ausgesetzt wie andere. Auch die Euthanasie des Dritten Reiches hatte und hat heute noch Folgen. In diesem Artikel soll die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung in einen historischen Rahmen gestellt werden. Eckpunkte einer psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Klientel sollen am Beispiel des lerntheoretisch-verhaltenstherapeutischen Vorgehens des Verfassers zusammengestellt werden. Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung, so die Überzeugung des Verfassers, ist möglich – und sie ist notwendig.

Die gesellschaftliche Situation von Menschen mit geistiger Behinderung ist immer eine Besondere gewesen und wurde bereits in den 1970er Jahren von Ernst Klee beleuchtet (Klee, 1976). Die psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland für Menschen mit geistiger Behinderung ist erst recht schwierig. Vor fünfzehn Jahren „wandte sich die Bundesvereinigung Lebenshilfe in einem Brief an die Landespsychotherapeutenkammern mit der Bitte um Unterstützung bei der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung" dieser Klientel *(Werther, 2005, S. 116)*.[3] Die vier großen Fachverbände der Hilfen für Menschen mit Behinderungen veröffentlichten 2001 eine Expertise, in der sie die unzureichende gesundheitsbezogene Versorgungssituation für diese Klientel konstatierten und Verbesserungen forderten *(Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e. V., 2001, S. 53)*. Seitdem ist es aus Sicht des Verfassers zu keiner grundlegenden Verbesserung der Versorgungssituation gekommen.

Dieser Artikel soll Mut machen und zeigen, dass es trotz Besonderheiten möglich ist, psychotherapeutisch mit Menschen mit geistiger Behinderung zu arbeiten und er soll die Distanz zu dieser Arbeit verringern. Wir Fachleute müssen uns nur trauen, uns auf diese Gruppe Therapiebedürftiger einzulassen. Es sollen dazu zunächst die Besonderheiten dieser Klientel in der psychotherapeutischen, insbesondere der ambulant-therapeutischen Arbeit dargestellt werden. Dabei soll das eklektische, lerntheoretisch-verhaltenstherapeutisch basierte Vorgehen des Verfassers als Beispiel dienen.

Die Besonderheit dieser Gruppe von Menschen wird unterschiedlich kenntlich gemacht *(Schanze, 2007, S. 99)*: In der Eingliederungshilfe (§ 2 SGB IX) ist die Bezeichnung „Menschen mit geistiger Behinderung" üblich, die Klientel wird im Rahmen des SGB V in der International Classification of Deseases (ICD-10-GM) in der Gruppe F70-79 „Intelligenzstörung" als „Menschen mit Intelligenzminderung" zusammengefasst. Selbsthilfeverbände schlagen dagegen die Bezeich-

> Trotz Besonderheiten ist es möglich, psychotherapeutisch mit Menschen mit geistiger Behinderung zu arbeiten. Wir Fachleute müssen uns nur trauen, uns auf diese Gruppe Therapiebedürftiger einzulassen.

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

2 Im heilkundlichen Kontext wird normalerweise von Patientinnen gesprochen; auch dieser Artikel beschreibt die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer Rolle als Patientin. Der Begriff Klientin trägt allerdings der regelhaften Eingebundenheit von Menschen mit geistiger Behinderung in einen institutionellen Kontext Rechnung – dort ist er ein üblicher Begriff – und soll daher für diesen Artikel erhalten bleiben.

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

nung „Menschen mit Lernschwierigkeiten" vor (siehe etwa www.mensch-zuerst.de).

Psychologie in der Behindertenhilfe

In Deutschland leben nach unterschiedlichen Schätzungen etwa 400.000 bis 800.000 Menschen mit geistiger Behinderung.[4] Insgesamt 211.943 Menschen lebten mit verschiedenen Behinderungen 2016 in einer stationären Einrichtung.[5] Seit den 1960/70er Jahren waren Psychologinnen in „Anstalten" beschäftigt – mit unklarer Arbeitsplatzbeschreibung. Daraus hat sich im Weiteren ein Berufsfeld „Psychologie in der Behindertenhilfe" entwickelt. In diesem Zusammenhang ist das Entstehen von Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung zu sehen: Die Kolleginnen in den „Anstalten" hatten unterschiedliche Hintergründe (Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, weniger tiefenpsychologische Ansätze und Psychoanalyse). Während die verhaltenstherapeutischen Konzepte immerhin auch häufiger aus universitären Projekten hervorgingen und damit auch Wege der Veröffentlichung fanden, waren es vor allem Praktiker, die in den 1990er Jahren in Deutschland auf Tagungen und in Veröffentlichungen zeigten, dass sich im psychotherapeutischen Feld auch auf humanistischer und psychodynamischer Grundlage Ansätze und Anpassungen für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erarbeiten lassen (Hennicke & Rotthaus, 1993; Lotz, Koch & Stahl, 1994; *Irblich & Stahl, 2003*).

Eine Zäsur erfolgte jedoch 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz. Statt einem sprunghaften Anstieg von Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung zeigte sich das Gegenteil: Der Abbruch von Wissen und Kompetenz. In vielen Einrichtungen wurden Kolleginnen nicht approbiert. Ein anderer Teil der Anstaltspsychologinnen ließ sich aufgrund einer Approbation dagegen nieder und widmete sich fortan nicht mehr dieser Klientel. Vor allem dieser letzte Faktor ließ die psychologische Arbeit in den Einrichtungen z. T. wieder veröden. Damit wurde die psychotherapeutische Arbeit erneut abgeschnitten, dies zeigt u. a. der Einbruch an Überblicksliteratur, Lehrbüchern und anderen Veröffentlichungen.

Etwa zur gleichen Zeit führte die Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) ihre ersten Tagungen zu pädagogischen und psychologischen Fragen in Kassel durch, in denen auch immer wieder psychotherapeutische Themen bearbeitet wurden (siehe Dokumentation im Internet unter www.dgsgb.de). Etwa ab 2005 wurden psychiatrisch-klinische Spezialabteilungen an einzelnen Krankenhäusern gebildet, in deren Rahmen das Interesse an Psychotherapie wieder zunahm (z. B. Veröffentlichungen des Krankenhauses Königin-Elisabeth-Herzberge [KEH] in Berlin, das zu den v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel [vBS Bethel] gehört).

„In der 2006 verabschiedeten Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden explizit im § 13 Regeln für den ‚Umgang mit eingeschränkt einwilligungsfähigen Patienten' aufgenommen als deutliches Signal, dass Psychotherapeuten sich für diese Klientel zuständig sehen" (Stellpflug & Berns, 2006, zitiert nach *Werther & Hennicke, 2008, S. 121f.*). Dieser Passus wurde entsprechend auch in die Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern wie etwa der der Psychotherapeutenkammer NRW (zuletzt geändert am 9. Dezember 2011) übernommen.

Psychotherapeutische Zugänge in der Behindertenhilfe

Es finden sich in allen psychotherapeutischen Schulen Zugänge für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. Beispielhaft sollen folgende Ansätze und ihre Protagonisten genannt werden:

- Psychoanalytische Konzeption (Gaedt, 1993; Lingg & Theunissen, 1993),
- Verhaltenstherapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990),
- Gesprächspsychotherapie (Badelt, 1994; Pörtner, 2017),
- Prä-Therapie (Prouty, Pörtner & Van Werde, 2015),
- Gestalttherapie (van Vugt & Besems, 2004),
- Systemische Therapie (Hennicke, 1994).

Ein zusammenfassender Überblick über die Ansätze würde an dieser Stelle zu weit führen. Es soll deshalb auf die beigefügten Literaturhinweise und auf die Überblicksliteratur verwiesen werden (z. B. Elstner, 2016; *Glasenapp, & Schäper, 2016;* Hennicke, 2004; *Irblich & Stahl, 2003;* Kufner, 2015; Kufner & Bengel, 2016; Lotz, Stahl & Irblich, 1996; Peters, 2001; *Schanze, 2007; Seidel, 2008;* Vereenooghe & Langdon, 2013).

In den Übertragungen der schulspezifischen psychotherapeutischen Ansätze auf die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung finden sich ähnliche Bestandteile des Settings und des Vorgehens auf der Basis der jeweiligen Modellvorstellung wieder (vgl. auch Kufner & Bengel, 2016, S. 24):

- Eine aktivere Rolle der Psychotherapeutin sowie das Vorgehen als Modell bzw. über die Rolle eines stellvertretenden Ichs,
- die Anpassung der Methoden, der Technik und des Vorgehens auf der jeweiligen Grundlage auch hinsichtlich ihrer Komplexität und in Bezug auf ihre Flexibilität sowie
- ein eklektisches Arbeitsverständnis.

4 Siehe http://homepage.ruhr-uni-bochum.de/Sven.Bielski/Haeufigkeit.html [04.08.2018].
5 Siehe http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/zentrale-ergebnisse.html [04.08.2018].

- Der Ansatz ist an den Belastungen orientiert (z. B. in Wohn- oder Werkstattgruppe) und nimmt die Diskrepanz von Ideal und Realität bzw. von Diskriminierungen im Alltag auf.
- Bei der Diagnostik steht das „Wozu?" im Vordergrund. „Wofür steht ein Verhalten?" und „Hat eine ICD-Diagnose einen fachlichen Mehrwert?" sind dabei zu berücksichtigende Aspekte.
- Das Individuum wird in den meisten Ansätzen in seinem Kontext wahrgenommen. Dadurch wird das Augenmerk auf die Beeinflussung der Umwelt mit der Einbeziehung von Angehörigen, Bezugspersonen sowie Mitarbeitenden in Wohngruppe und Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) gerichtet. Das „pädagogische Feld" wird damit Ansatzpunkt psychotherapeutischer Arbeit.
- Auch aktivierende Elemente wie gemeinsames Kochen oder Puppenspiele sowie kreative Medien und Materialien werden in vielen Ansätzen als niedrigschwelliger Zugang genutzt.
- Außerdem ist allen Ansätzen eine Variabilität in Bezug auf Ort, Zeit und Inhalt der psychotherapeutischen Kontakte gemein.

Gesellschaftlicher Zeitgeist in Definition und Klassifikation

Noch Anfang der 1970er Jahre war eine anerkannte Definition für geistige Behinderung in der Psychiatrie: „Schwachsinn (Oligophrenie) ist ein angeborener, anlagebedingter oder perinatal […] erworbener Intelligenzmangel, verbunden mit der mangelhaften Differenzierung der Persönlichkeit" (Tölle & Schulte, 1971, S. 280). Die zugrundeliegende ICD-Klassifikation (ICD-7 von 1954) unterschied im Schwergrad zwischen debil, imbezil und idiot (ebd., S. 281). Menschen mit geistiger Behinderung lebten institutionell wie Menschen mit psychischen Störungen in den großen Anstalten, in Altenheimen oder psychiatrischen Krankenhäusern häufig „unter elenden, menschenunwürdigen Umständen" (Finzen, 1979; Deutscher Bundestag, 1975). Aber noch immer befindet sich in der aktuellen ICD-10 unter dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)" die Kategorie „Intelligenzstörung (F70-F79)" als psychopathologische Diagnosegruppe. Dies ist einzigartig in der ICD. Damit werden auch gesellschaftliche Vorurteile tradiert: „Schwachsinnige neigen zu Verstimmungen. Sie sind öfter depressiv als euphorisch und besonders häufig gereizt. Auf kleine Anlässe kann der Schwachsinnige mit Wutausbruch reagieren" (Tölle & Schulte, 1971, S. 280). Und es wird das psychische oder psychiatrische Störungsbild weiterhin als Symptom der geistigen Behinderung verstanden (siehe auch *Werther, 2005, S. 118*).

Im Rahmen dieser Logik auf der Grundlage einer „Intelligenzminderung" als entscheidendes Kriterium lässt die aktuelle ICD-Version immerhin ein weiteres Kriterium für die Klassifikation zu: Das Anpassungsverhalten der Betroffenen ist danach stets beeinträchtigt. Außerdem konstatiert zum ersten Mal die ICD-10, dass eine Intelligenzminderung alleine oder mit einer anderen psychischen oder körperlichen Störung einhergehen könne – was dem unten folgenden Definitionsversuch näherkommt. In der Logik geht die ICD aber trotzdem weiter davon aus, dass „Intelligenzminderung" an sich eine psychische Störung von Krankheitswert darstellt. So wird einer relevanten gesellschaftlichen Gruppe von Menschen grundsätzlich eine psychische Störung unterstellt.

Dörner & Plog (1978) und in der aktuellen Auflage ihres Standardwerkes *Schanze (2017, S. 100f.)* beschreiben eine geistige Behinderung dagegen eher als eine Eigenschaft und halten fest: Geistige Behinderung besteht

a) in einem Defizit der Kapazität der Aneignung gesellschaftlich vorgeformter Bedürfnisse und Fähigkeiten,

b) aus Alltagsstrategien, mit denen der behinderte Mensch mit seiner Behinderung umzugehen versucht (wie er versucht, ein Selbstwertgefühl herzustellen). Diese Strategie äußert sich z. T. in „Verhaltensstörungen", wie wir sie als Menschen ohne geistige Behinderung bezeichnen.

Von außen betrachtet wirkt sich dies je nach Alter als Mangel der Reifung, des Lernens und/oder der sozialen Anpassung aus. „Die Anpassungsleistungen im Alltag erfordern für Menschen mit geistiger Behinderung immer wieder besondere Anstrengungen, da die Betroffenen in der Orientierung und im strukturierenden Erfassen und Planen unbekannter oder neuer Situationen behindert sind. So kann es schwerfallen, Erfahrungen aus einer Situation auf eine neue zu übertragen, Informationen von anderen aufzunehmen und zu verstehen. Es ist schwer, sich Konsequenzen vorzustellen, gezielt Fragen zu stellen oder eigene Gewohnheiten zu hinterfragen und zu verändern sowie eigene Gefühle in Worte zu fassen und mitzuteilen oder in Konfliktsituationen Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln" *(Janßen & Wortberg-Börner, 2003, S. 30)*. Mit *Wolfgang Jantzen* (1980, *1990*) kann geistige Behinderung auf dieser Verständnisgrundlage auch als „Lebensentwicklung unter Isolationsbedingungen" aufgefasst werden – als Versuch der Betroffenen, auf der Grundlage einer „behinderten Biografie" am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.

Geistige Behinderung kann auch als „Lebensentwicklung unter Isolationsbedingungen" aufgefasst werden – als Versuch der Betroffenen, auf der Grundlage einer „behinderten Biografie" am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.

Ziel des psychotherapeutischen Handelns ist damit zunächst die Wahrnehmung und Anerkennung dieser individuellen Überlebensstrategie in einem „auffälligen Verhalten" bzw. ei-

ner psychischen Störung. Dazu ist die Suche danach notwendig, welche Sicherheiten eine Klientin (wieder) braucht. Es geht dabei um die Herstellung vertrauensfördernder Bedingungen. Wichtig ist die Anerkennung und Berücksichtigung der subjektiven Logik von Verhalten. Damit lautet eine Frage: Wie kann ein Mensch ein Ziel besser erreichen, als damit, wie er es bislang versucht hat und dabei aneckt? Häufig ist es dabei wichtig, Aufgaben für eine Klientin zu finden und damit subjektiv einen „Sinn" zu unterstützen und das Gefühl zu vermitteln: „Ich bin wichtig in dem, was ich bin und mache!" Häufig kann erst im Anschluss an diese Überprüfung und Anerkennung die Bearbeitung einer ggf. vorliegenden psychischen Störung beginnen. Denn eine psychische Störung kann sich auf dieser Grundlage – wie sonst auch – unabhängig, trotz oder wegen dieser Eigenschaft entwickeln.

Große Verletzlichkeit für psychische Störungen

In der psychotherapeutischen Praxis arbeitet der Verfasser mit Menschen mit geistiger Behinderung auf der Grundlage des bisher Gesagten mit einem lerntheoretisch-verhaltenstherapeutischen Zugang. Auch bei der psychischen Störung eines Menschen mit geistiger Behinderung ist die „behinderte Biografie" und das Copingverhalten ein entscheidender Faktor. Welche Stressoren und welche „Überlebensstrategie" haben auf dieser Grundlage die Notwendigkeit von psychischen Schutzmechanismen erzeugt?

Psychische Störungen sind bei Menschen mit geistiger Behinderung drei- bis fünfmal häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung (z. B. Meins, 1994; *Schanze, 2007;* Seidel, 2013). Als zugrundeliegendes Erklärungsmodell kann auf der Grundlage eines biopsychosozialen Verständnisses, das auch verhaltenstherapeutischen Zugängen zugrunde liegt, auf das Vulnerabilitäts-Stressmodell von Zubin und Spring (1977, für diese Klientel: *Schanze, 2007*) zurückgegriffen werden: Menschen mit geistiger Behinderung sind verletzlicher als andere. Faktoren und Gründe sind z. B. Einschränkungen im „Verstehen der Welt", die bereits genannte „behinderte Biografie", eine lebenslange Abhängigkeit oder wiederholte Kränkungen durch nicht erreichbare gesellschaftliche Normalität (hinzu kommen außerdem z. B. vermehrte Krankenhaus- und Heimaufenthalte, isolierende Erfahrungen als „Behinderte", erlebte Verluste in Familie und bisheriger Betreuung oder familiäre Verwicklungen).

Die Diagnose einer psychischen Störung und eine spezifisch psychotherapeutische Vorgehensweise sollten erst nach Ausschluss des Vorliegens von „Eigenarten" oder „Auffälligkeiten" erfolgen, die aus der Biografie und Lerngeschichte erklärbar sind sowie von institutionell und pädagogisch verursachten herausfordernden Verhaltensweisen. Denn ein für betreute Menschen spezifischer Faktor der Diagnosestellung über die ICD beinhaltet eine besondere Verantwortung der Psychotherapeutin, die so nie für die Diagnosestellung von Menschen ohne geistige Behinderung gelten würde: Durch eine z. T. jahrzehntelang aufbewahrte Betreuungsdokumentation (die häufig als „Krankenakte" geführt eine Pflicht durch den Kostenträger darstellt) kommt der Diagnose auch i. S. einer Etikettierung eine besondere Bedeutung zu. Es ist vor dem Hintergrund noch vorhandener – i. d. R. aus Unwissenheit immer wieder tradierter – Diagnosen aus den 1960er und 1970er Jahren die Frage erlaubt: Hat eine ICD-Klassifikation Auswirkungen auf das pädagogisch-therapeutische Vorgehen oder kann darauf verzichtet werden? Für die Auswirkungen einer Diagnosestellung im Rahmen des SGB V gelten vergleichbare Überlegungen *(Schanze, 2017, S. 111f.)*.

Geistige Behinderung bzw. Intelligenzminderung muss nach Ansicht des Verfassers darüber hinaus in einen gesellschaftlichen Verständniszusammenhang gestellt werden: Psychologische Psychotherapeutinnen sind eine Teilgruppe der Gesellschaft ohne Behinderung. Deren Berührungsängste gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung sind ebenso „normal" ausgeprägt. Im Unterschied zu Niedergelassenen haben v. a. Psychologinnen in Einrichtungen einen Erfahrungsschatz in der Begegnung sowie dem psychologischen und psychotherapeutischen Vorgehen mit der Klientel.

Individualität der Klientinnen

In der psychotherapeutischen Arbeit muss immer auf die individuellen Besonderheiten der Klientin geachtet werden. Wo steht eine Klientin? Was ist ihr Tempo? Was ist ihre Sprache? Was ihr Thema? In der Arbeit mit Klientinnen mit geistiger Behinderung ist es genauso. Die Psychotherapeutin ist in all diesen Aspekten nur stärker gefordert. Häufig ist es z. B. das erste Mal, dass die Person eine ungeteilte Aufmerksamkeit und Parteilichkeit erfährt mit der Folge, dass Psychotherapie dann (zunächst) primär Beziehungsangebot ist. Darüber hinaus geht es um eine sehr hohe emotionale Wahrnehmungsfähigkeit in Bezug auf Stimmungen und Schwingungen insbesondere auch hinsichtlich der Authentizität der Psychotherapeutin. Die Orientierung am (vermeintlichen) gesellschaftlichen Normalzustand, v. a. durch Fernsehen und Werbung bzw. inzwischen häufig auch durch das Internet und soziale Medien vermittelt, ist bei Menschen mit leichter geistiger Behinderung stark ausgeprägt. Dabei ist immer wieder eine Diskrepanz zwischen dem Ich-Ideal der Person und der Realität zu beobachten und im Prozess zu beachten. Eine andere Besonderheit kommt in dem Satz zum Ausdruck: „Ich bin anders und kann nicht so, wie alle anderen!"

Ein weiterer Aspekt betrifft die Auswirkung der (dauerhaften und akuten) Medikation auf das Verhalten oder die Konzentrationsfähigkeit der Klientinnen. Dabei müssen insbesondere die Nebenwirkungen von Neuroleptika und Antiepileptika berücksichtigt werden. „In stationären Betreuungskontexten erhalten durchschnittlich ein Drittel der Bewohner Psychopharmaka mit teilweise sehr schwankenden Prävalenzen von 7-73 %" (Häßler et al. 2005, Hennicke, 2008, zitiert nach *Werther & Hennicke, 2008, S. 122*).

Ebenso praktische Relevanz im Psychotherapiealltag hat die Schwierigkeit des Transfers von bearbeiteten Themen von einem zum nächsten Termin, die Übertragung eines Musters auf ähnliche Themen sowie von Themen aus der Psychotherapie in den Alltag. Auch ist häufig die Übersicht bzw. Einsicht in Absprachen, Verträge, Hausaufgaben etc. begrenzt, die von den kognitiven Fähigkeiten abhängen. Dies berücksichtigend können Themen nur bedingt aufbauend bearbeitet werden. Sie müssen oft immer wieder „angearbeitet" werden. Bezugspersonen sollten deshalb in die Arbeit einbezogen werden.

Die Lebensgeschichte von Menschen mit geistiger Behinderung insgesamt ist – wie erwähnt – immer eine besondere, eine „behinderte Biografie". Sie ist gekennzeichnet durch Krankenhausaufenthalte, Trennungen und Beziehungsabbrüche (z. B. Bezugspersonenwechsel), durch Heimaufenthalte, Heilpädagogik, andere Therapien etc. Schließlich wirkt sich in der Psychotherapie das soziale Netz der Menschen mit geistiger Behinderung aus, das berücksichtigt und in seinen Auswirkungen einbezogen werden muss *(Janßen & Wortberg-Börner, 2003)*.

Die Klientel ist eine gesellschaftliche Gruppe, die durch die Euthanasie des Nationalsozialismus getroffen wurde, der geistig behinderte und psychisch kranke Menschen als „lebensunwertes Leben" kategorisierte und zunächst individuell, später in einer Form des industriellen Massenmords tötete (Klee, 1983; *Schanze, 2017, S. 96;* Schneider & Lutz, 2014). Erst spät arbeiten wir daher in Deutschland mit älter werdenden und alten Menschen mit geistiger Behinderung. „Die Nachwirkungen des Nationalsozialismus betreffen auf verschiedenen Ebenen auch unseren Berufsstand. Man schätzt, dass während des Nationalsozialismus aus ideologischen und ökonomischen Gründen systematisch etwa 100.000 Anstaltsinsassen der Heil- und Pflegeanstalten getötet wurden. Die ‚wilde' Euthanasie, das allmähliche Verhungern lassen, ging sogar deutlich über das Jahr 1945 hinaus (vgl. Harms, 1996, S.114ff.). […] In Deutschland klaffte nach 1945 nicht nur eine reale Lücke durch die vielen wegen ihrer geistigen Behinderung getöteten Menschen. Auch die Träger humanistischer Ideen in der Wissenschaft und Politik waren verfolgt, mit Berufsverboten belegt, in Konzentrationslager eingesperrt und getötet worden. […] Deutschland hinkte nach 1945 auch wegen dieses Exodus anderen hochentwickelten Ländern bezogen auf die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung um Jahrzehnte hinterher. Das Feld bestellten nach wie vor biologistische Wissenschaftler" *(Werther, 2005, S. 120)*. Klee wies eine Reihe von Ärzten und Wissenschaftlern nach, die nach der Überwindung des Dritten Reiches weiterarbeiteten und ihre Ansichten und Forschungen in hohen Positionen einbringen konnten (Klee, 1983; aktuell in Bezug auf Medikamentenversuche an Kindern z. B. die Vorgänge in der Klinik Mammolshöhe in Hessen, siehe Bedenburg, 2018).

Die Klientel ist eine gesellschaftliche Gruppe, die durch die Euthanasie des Nationalsozialismus getroffen wurde.

Fallbeispiel:

Ein 75-jähriger Klient mit depressiven Episoden jeweils zu Beginn der dunklen Jahreszeit äußerte während eines Gespräches, dass er Angst habe, „wieder abgeholt zu werden". Es stellte sich in der Rehistorisierung und der Arbeit an einem Lebensfotoalbum heraus, dass der Klient in einer psychiatrischen Einrichtung im Krieg die Abholung von Menschen eben im Herbst erlebt hatte. Diese Menschen waren nicht zurückgekommen. Jeden Herbst erschien diese Erinnerung zusammen mit der Angst, dass er wieder in diese Einrichtung zurückverlegt werden könnte, in der seine Mitbewohner verschwunden waren. Die depressiven Phasen und Ängste verschwanden, nachdem der Klient zusammen mit dem Verfasser diese Einrichtung besuchen und feststellen konnte, dass das damalige Gebäude abgerissen war und nicht mehr existierte.

Psychodiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung

Eine Standarddiagnostik ist bei dieser Klientel nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich (Kufner & Bengel, 2016). Die Normung berücksichtigt diese Gruppe zudem i. d. R. nicht, sodass Normtabellen höchstens als Anhaltspunkte genutzt werden können. In diesem Sinne sind ggf. einzelne Instrumente bei Menschen mit leichter Behinderung anwendbar wie z. B. die Brief Symptom Inventory – BSI (Franke, 2000) als Verlaufsmessung oder für mittelgradige Behinderung das Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped Scale – DASH II (Matson, Gardner, Coe & Sover, 1991) und das Psychiatric Assessement Schedule for Adults with a Developmental Disability – PAS-ADD (Prosser, Moss, Costello, Simpson & Patel, 1997).

Die Gruppe der Intelligenztests liefert darüber hinaus ebenfalls nur Annäherungswerte zur Bestimmung der individuellen kognitiven Fähigkeiten und das bei eher leichterer geistiger Behinderung. Der Rand der Normalverteilung ist nicht mehr zu einer reliablen und validen Diagnostik geeignet. „Geistige Behinderung" wird mehr als zwei Standardabweichungen unterhalb der Mittelwerte verortet. Schwierigkeiten bereitet auch der Aufbau der meisten Intelligenztests, die in hohem Ausmaß Kulturwissen abfragen. Wissen wie in der Frage „Wer ist Bundespräsident in Deutschland?" hat für Menschen mit geistiger Behinderung oft keine oder nur eine geringe Relevanz und verfehlt folglich oft allein aus diesem Grund – und nicht aufgrund der Intelligenzminderung – IQ-Wert steigernde Bewertungen. Auch kultur- bzw. sprachfreie Intelligenztests dienen nur noch als ein Mosaikstein im Rahmen der umfassenderen Entwicklungsdiagnostik. Wert

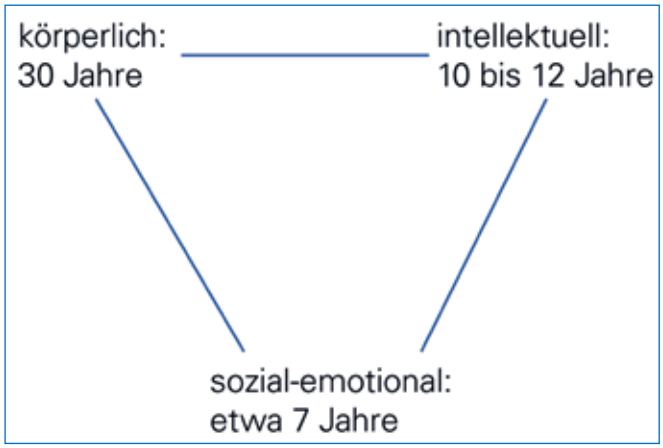
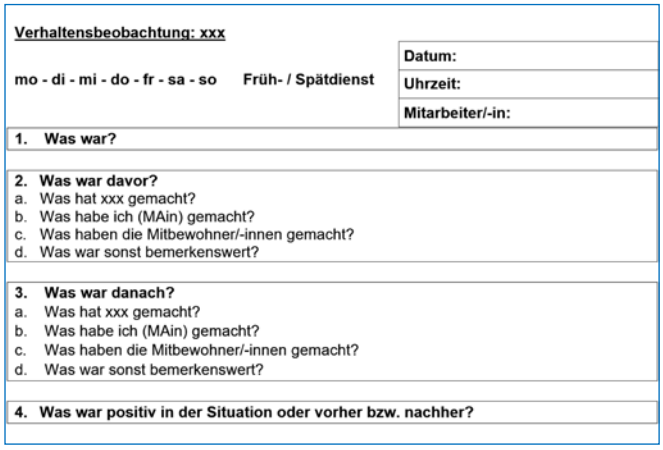


Abbildung 1: Beispiel zum Entwicklungsstand in verschiedenen Bereichen für eine Klientin mit geistiger Behinderung



Verhaltensbeobachtung: xxx

mo - di - mi - do - fr - sa - so **Früh- / Spätdienst**

Datum:	
Uhrzeit:	
Mitarbeiter/-in:	

1. Was war?

2. Was war davor?
a. Was hat xxx gemacht?
b. Was habe ich (MAin) gemacht?
c. Was haben die Mitbewohner/-innen gemacht?
d. Was war sonst bemerkenswert?

3. Was war danach?
a. Was hat xxx gemacht?
b. Was habe ich (MAin) gemacht?
c. Was haben die Mitbewohner/-innen gemacht?
d. Was war sonst bemerkenswert?

4. Was war positiv in der Situation oder vorher bzw. nachher?

Abbildung 2: Beispiel eines Verhaltensbeobachtungsschemas im professionellen Betreuungsrahmen

wird auf die Feststellung des Entwicklungsstandes über das kognitive Niveau hinaus in weiteren Bereichen gelegt. Hier spielen z. B. lebenspraktische Kompetenzen, die Fähigkeit zur Selbsthilfe und Kommunikation, die emotionale und soziale Entwicklung, die persönliche und soziale Verantwortung oder die ökonomische Selbstständigkeit eine Rolle.

Es muss berücksichtigt werden, dass die Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung häufig in disparate Teilbereiche „auseinanderfällt".

Für die pädagogische und psychotherapeutische Arbeit muss zudem berücksichtigt werden, dass die Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung häufig in disparate Teilbereiche „auseinanderfällt". So zeigte sich die in der Abbildung 1 als Beispiel dargestellte 30-jährige Frau im kognitiven Bereich auf dem Niveau einer Elfjährigen. Die sozial-emotionale Entwicklung bewegte sich bei dieser Klientin zusätzlich in einem dritten Altersbereich, der typisch für sechs- oder siebenjährige Kinder ist. Sie konnte aufgrund ihres emotionalen Entwicklungsrückstandes z. B. noch nicht die moralische Entwicklungsreife erlangt haben, die üblicherweise für Erwachsene als „angemessen" bewertet wird. Für die Psychotherapie und für die pädagogische Begleitung in der Wohngruppe war hier zu berücksichtigen, dass die Klientin – nicht nur, aber auch – auf dem Entwicklungsniveau des jeweiligen Entwicklungsfeldes angesprochen werden musste, um sie zu erreichen.

Beobachtete Auffälligkeiten dieser jungen Frau waren in einzelnen Entwicklungsbereichen auf einem niedrigeren Entwicklungsniveau durchaus altersangemessen. Dies musste entsprechend berücksichtigt werden und auf das psychotherapeutische Vorgehen Einfluss nehmen. In diesem Fall ging es v. a. um das Urinieren der Klientin im Tagesraum zur Zeit des gemeinsamen Kaffeetrinkens. Dahinter stand ihre „Überlebensstrategie": „Aufmerksamkeit durch Provokation". In der Beratung des Teams wurden die Mitarbeitenden angeleitet, der Klientin rechtzeitig Aufmerksamkeit und Zuwendung zukommen zu lassen, bevor es zu Auffälligkeiten kommt. Dies war möglich, indem der Klientin direkt nach Rückkehr aus der WfbM ein Gespräch in ihrem Zimmer über ihre Tageserlebnisse angeboten wurde. Anschließend konnte sie „angemessen" und entspannt am Beisammensein teilnehmen. Ihre Lebensqualität erhöhte sich durch eine positivere Einstellung der Mitbewohnerinnen, Schwierigkeiten in anderen Bereichen reduzierten sich ebenfalls. Auch für die Mitarbeitenden verlagerte sich der Fokus von den Problemen hin zu den liebenswerten Anteilen der Klientin. Damit war ein Wechsel von einer krisengeführten hin zu einer präventiven Arbeit gebahnt.

Der breiteren Diagnostik des Entwicklungsstandes und der Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Perspektive kommt im Verständnis einer „Störung" sowie beim psychotherapeutischen Vorgehen eine besondere Bedeutung zu, die wie der psychotherapeutische Prozess insgesamt Zeit und Kenntnis der Klientin erfordert.

Inzwischen sind mehrere Möglichkeiten zur Diagnostik des sozial-emotionalen Entwicklungsstandes veröffentlicht worden:

- Entwicklungsfreundliche Beziehung (Senckel, 2015, 2017)
- Schema für emotionale Entwicklung (SEO) (Došen, 2010; Sappok & Zepperitz, 2016)
- Skala zur Einschätzung des Sozial-Emotionalen Entwicklungsniveaus (SEN) (Hoekman, Miedema, Otten & Gielen, 2011)

Diese Verfahren basieren ausschließlich auf Befragungen zentraler Bezugspersonen. Sie geben Anhaltspunkte, die für ein

Verständnis der Persönlichkeit und für den Therapieverlauf genutzt werden können. Bei allen Instrumenten ist allerdings noch nicht geklärt, inwieweit eine Diagnostik objektiv, valide und reliabel möglich ist. Aufgrund dieser Problematik ist es daher sinnvoll bzw. notwendig, das subjektive Feld, also das Betreuungsteam und/oder Angehörige, zu berücksichtigen. Dazu können Checklisten und Verhaltensbeobachtungbögen (siehe Abbildung 2) genutzt werden, die dem Lebensumfeld der Klientin ggf. angepasst werden.

Unter Einbeziehung dieser Perspektiven lassen sich Fragen klären wie: Liegt eine psychische Störung vor oder sind problematische Erlebens- bzw. Verhaltensweisen Ausdruck einer Entwicklungsverzögerung bzw. Verhaltensauffälligkeit? Ist Psychotherapie indiziert und – wenn ja – mit welcher Zielsetzung? Außerdem: Welche Schlussfolgerungen ergeben sich für die Alltagsgestaltung? Geht es um das Verstehen einer Überlebensstrategie und der Subjektlogik oder kann das Verhalten durch eine pädagogische Intervention beeinflusst werden?

Psychotherapeutinnen-Variablen

Eine Grundvoraussetzung für die psychotherapeutische Arbeit ist aus Sicht des Verfassers – wie sonst auch – die positive Grundeinstellung zu den Anfragenden sowie eine Neugier auf den Menschen, Engagement und die Bereitschaft zum eigenen Lernen.

Notwendige Kompetenzen der Psychotherapeutin beziehen sich dann auf die individuelle Anpassung des Vorgehens und der Methodenelemente auf die vor ihr sitzende Person und ihre aktuelle Situation. Erforderlich ist eine Übersetzungshilfe für die Klientin von der Ebene der Handlungen und des Verhaltens auf die der Wahrnehmungen und Gefühle (i. S. eines Hilfs-Ichs oder Vermittlerin). Weiterhin ist Geduld für die Langsamkeit der Prozesse und des Transfers eine Voraussetzung. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass immer wieder andere Personen in die Prozesse hineinreden (können).

Die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erfordert die Bereitschaft zu einer einfachen Sprache mit klaren Absprachen (z. B. in Bezug auf die Umsetzung und Einhaltung von Terminen). Das psychotherapeutische Vorgehen ist darüber hinaus kleinschrittig aufzubauen, die einzelnen Schritte müssen häufig mehrfach wiederholt werden (direkt im konkreten Kontakt und später im Therapieverlauf) – dann, wenn sich eine Situation dazu anbietet.

Hinsichtlich der Methoden und des Vorgehens sind sicherlich Kreativität und Ideenreichtum gefordert, etwa für Gespräche in Kontextsituationen mit oder ohne vorgegebene Zeitstruktur z. B. während eines Spazierganges, während des Malens oder einer anderen Tätigkeit. Immer wieder unterstützen Symbole, Zeichen, Signale oder Rituale die Therapie.

Fallbeispiel:

Eine vierunddreißigjährige Klientin, die stark von ihrer Mutter dominiert in einem Wohnheim lebte, wurde aufgrund einer Selbstwertproblematik vorgestellt. Im Verlauf der Therapiegespräche erarbeitete ich mit der Klientin ihr zur Verfügung stehende Möglichkeiten, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern oder „Nein" zu sagen. Diese wurden u. a. in Rollenspielen eingeübt. Zusammen erstellten wir ein laminiertes rotes Abbild ihrer Hand, das sie als Übungsfeld im wöchentlichen Wohngruppengespräch jeweils hochhalten sollte, um zu signalisieren, „Stopp, ich will etwas sagen!" oder „Stopp, damit bin ich nicht einverstanden!" Im WG-Team wurde der Einsatz der „roten Hand" i. d. S. vereinbart, dass die gesprächsführende Kollegin das Zeichen verbal wertschätzen sowie eine Äußerung der Klientin dazu anregen und im Gespräch aufnehmen sollte. Dies diente einem Transfer der psychotherapeutischen Inhalte in die reale Wohngruppensituation, dem andere Situationen folgten.

Sinnvoll und Bestandteil des Vorgehens des Verfassers ist auch die Ergänzung des psychotherapeutischen Vorgehens mit nonverbalen bzw. kreativen Angeboten wie z. B.

a) aus der Prä-Therapie (Prouty et al., 2015), körperorientierten Ansätzen wie der Gestalttherapie, z. B. der Anpassung von van Vugt und Besems (2004), oder aus der Biografiearbeit.

b) Auch Smiliekarten und andere Visualisierungen, Puppen/Stofftiere oder Playmobilfiguren haben sich bewährt ebenso wie

c) handlungsorientierte Angebote, z. B. Malen, Übungen, Rollenspiele oder auch Gruppenangebote zu sozialen Fertigkeiten (social skills).

Darüber hinaus haben sich Impulse aus anderen Fachgebieten nach Bedarf als hilfreich für die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erwiesen, wie z. B.

- der Empowerment-Ansatz (Herriger, 2006), der die Stärkeperspektive einer Klientin in den Vordergrund stellt statt ihrer Defizite („Ich kann …"),
- das SIVUS-Konzept (Soziale und individuelle Entwicklung durch gemeinschaftliches Handeln) (Walujo & Malmström, 1996; Janßen 2009), das eine pragmatisch kurze Anleitung zur einem systematischen Lernzyklus bestehend aus Planung und Reflexion von Aktivitäten für Klientinnen und ebenso für die beratende Arbeit in Wohngruppenteams bietet oder
- die Arbeit mit der Biografie als Rehistorisierung der Lebensgeschichte (Jantzen & Lanwer-Koppelin, 1996).

Als Psychotherapeutin muss man auch die Diffusität des Störungsbildes im Blick behalten (das als „overshadowing" bezeichnete Überlappen von Anteilen der geistigen Behinderung mit einer psychischen Störung und von „Doppeldiagnosen"). Hinzu kommt die Frage danach, welches Verhal-

ten oder welche Eigenart Ausdruck bzw. Folge der geistigen Behinderung ist, welches ggf. auf eine psychische Störung hinweist und welches eher der dauerhaften Unterbringung in Einrichtungen sowie der längerfristigen Auswirkung einer Medikation zuzurechnen ist.

Die Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung erfordert im Einzelfall auch eine Flexibilität in Bezug auf eine aufsuchende, niedrigschwellige Arbeit, die auch Sitzungen in der WfbM notwendig machen kann. Besuche in Wohnung, Wohnheim, Familie oder Werkstatt sind sinnvoll, um sich ein möglichst vollständiges Bild von der Klientin zu machen, wenn es ausschließlich durch den individuellen wöchentlichen Termin nicht ausreichend differenziert werden kann. Psychotherapeutische Arbeit ist manchmal z. B. in den Räumen der WfBM allein deshalb notwendig, um die Verlässlichkeit der Terminwahrnehmung zu erhöhen. Denn aufgrund des „Status" der Klientin als Empfängerin von staatlicher Hilfe kann keine ausreichende Ausfallvereinbarung getroffen werden. Eine solche kann ggf. nur pädagogisch eingesetzt und wirksam werden (z. B. 5,– € bis 10,– €), um eine größere Verpflichtung zu unterstützen. Es kommt immer wieder vor, dass z. B. ein Friseurtermin eine höhere Priorität erhält als die psychotherapeutische Verabredung.

Auch ist bei Klientinnen, die in der Ursprungsfamilie leben, die Besonderheit der „behinderten Familie" zu berücksichtigen: Väter und Mütter müssen die besseren Pflegerinnen, Sozialarbeiterinnen, Juristinnen und Einrichtungsleiterinnen sein, damit ihr (erwachsenes) Kind mit geistiger Behinderung all die Hilfen auch wirklich erhält, die ihm rechtlich zustehen. Der Ablösungsprozess ist darüber hinaus aufgrund von Schuldgefühlen und der bisherigen 24-Stunden-Zuständigkeit der Eltern immer ein schwieriger Prozess. Die Rolle von Kränkungen der Mutter aus Sicht eines psychodynamischen Ansatzes ist bei *Werther (2005)* beschrieben. Eine sensible Angehörigenarbeit auf Basis des Empowerment-Ansatzes kann deshalb eine wichtige Ergänzung der psychotherapeutischen Prozesse sein (Janßen & Bücker, 2005).

Externe Variablen, die die Arbeit beeinflussen

Menschen mit geistiger Behinderung werden stationär wie auch ambulant zum größten Teil über Bezugspersonen angemeldet, der „Leidensdruck" liegt bei den Betreuenden. Übersetzt könnte die Motivation lauten: „Die Person braucht Hilfe/Therapie, weil WIR (im Umfeld) Probleme haben!" Hier kommt der Klärung der Motivation der Klientin zur Psychotherapie in grundsätzlicher Hinsicht und jeweils situativ eine besondere Rolle zu.

Psychotherapie findet auf dieser Grundlage in einem Arbeitsfeld statt, das stark von anderen Disziplinen und ihren Interventionsformen beeinflusst ist (z. B. Heilpädagogik, Psychiatrie). Häufig sind neben der Psychotherapeutin andere Berufsgruppen oder Angehörige beteiligt – deutlich mehr, als in der Therapie mit nichtbehinderten Menschen. Da sind Angehörige wie Partner bzw. Partnerin, Mutter oder Vater und Geschwister zu nennen sowie unter den Professionellen Betreuende in der Wohngruppe, Tagesstätte oder WfbM, wie auch Heilpädagoginnen oder Einrichtungsärztinnen und Allgemeinmedizinerinnen bzw. Psychiaterinnen.

Für die psychotherapeutische Arbeit bedeutet diese Vielfalt der Einflussnahme die Notwendigkeit der Kooperation und häufig auch Koordination zwischen den beteiligten Personen und Gruppen sowie ggf. die Verhandlung von Vorgehensweisen oder einer gemeinsamen pädagogischen Richtung. Dabei ist manchmal erhebliches Verhandlungsgeschick erforderlich, um eine für die Klientin förderliche pädagogische Unterstützung zu erzielen.

Eine gemeinsame Richtung ist insbesondere wichtig bei der Vermittlung von psychotherapeutischen Inhalten und deren Umsetzung in der Begleitung und Unterstützung (s. o. die „Rote Hand" im Fallbeispiel) sowie in Bezug auf die Arbeit in und mit den Betreuungsteams. Vor allem in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit schwerer geistiger Behinderung ist diese Einbeziehung und Kooperation als wichtigster Bestandteil absolut notwendig. Sie hat oft große Auswirkungen auf das „Problem" (auch in Bezug auf die Anerkennung der „schweren" Arbeit mit diesen Menschen in der pädagogischen Begleitung). In dieser differenzierten Zusammenarbeit sind Fehler und Pannen menschlich und manchmal nicht zu vermeiden. Zielvereinbarungen mit den Betreuenden sollten primär Ergebnis der Diagnose sein, sie sind jedoch oft auch Ergebnis der Verhandlung mit den Begleitpersonen. Das Vorgehen der Einbeziehung der Betreuenden wirft aber gleichzeitig Fragen der Loyalität zur Klientin und hinsichtlich der Schweigepflicht auf (z. B. in einer „Helferkonferenz"). Hinzu kommt die Tatsache, dass das Umfeld aufgrund des zunehmenden Einsatzes angelernter Hilfskräfte häufig wenig und z. T. fragwürdiges Wissen und zu wenig Gespür für den Menschen und das beabsichtigte psychotherapeutische Vorgehen hat (Finzen, 1993). Eine Therapie wird unter „ferner liefen" manches Mal „vergessen". Und schließlich ist zu berücksichtigen, dass häufig mehr als Zweidrittel der Professionellen Frauen sind. Lernfelder können aus diesem Grund für Klienten eingeschränkt sein (Janßen, 2015a, 2015b).

Fazit

Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist möglich. Sie ist auch gar nicht schwer. Trauen Sie sich, beginnen Sie und sammeln Sie so Erfahrungen. Nehmen Sie die Not der Menschen mit geistiger Behinderung in Ihre Arbeit auf und helfen Sie, den Bedarf an Psychotherapie besser zu decken.

Für die psychotherapeutische Arbeit ist eine Anpassung der Methoden notwendig – wie sonst häufig auch. Die Psycho-

therapeutenkammern müssen dieses Engagement unterstützen. Das bedeutet z. B. Lobbyarbeit für eine Anpassung und Verbesserung der Psychotherapiebedingungen für diese Klientel und ihre Abrechenbarkeit sowie der Aufbau passender Fort- und Weiterbildungen und die Vernetzung.

Wie dargestellt haben neben vereinzelten Psychologischen Psychotherapeutinnen in Deutschland v. a. Kolleginnen in den größeren Einrichtungen Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. „Der Transfer dieser Erfahrungen erfolgt bisher überwiegend dann, wenn frühere Angestellte ihre Kenntnisse aus den Einrichtungen in die ambulante Versorgung mitnehmen, sobald sie sich niederlassen" *(Werther, 2005, S. 119)*. Aus Sicht des Verfassers ist das nicht mehr ausreichend, wenn die Vorgaben zur Inklusion aus der Behindertenrechtskonvention der *Vereinten Nationen (2006)* ernst genommen werden. Solange müssen jedoch Möglichkeiten zur Finanzierung psychotherapeutischer Arbeit in den Einrichtungen über die Eingliederungshilfe im neuen Bundesteilhabegesetz bestehen bleiben.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e. V. (2001). Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen. Reutlingen: Diakonie-Verlag.

Glasenapp, J. & Schäper, S. (Hrsg.). (2016). Barrierefreie Psychotherapie, Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Tagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit geistig Behinderter (DGSGB) 11.3.2016. (Materialien der DGSGB, 37). Berlin. Verfügbar unter: http://dgsgb.de/index.php?volume=978-3-938931-38-7 [03.11.2018].

Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.). (2003). Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen: Hogrefe.

Janßen, C. & Wortberg-Börner, M. (2003). Heim in die Wohnung … – Soziale Netze für Menschen mit geistiger Behinderung. Soziale Psychiatrie, (4), 29-31. Verfügbar unter: http://www.sivus-online.de/Organisatorisches/Veroffentlichungen/V_Download/Texte_8-14/Text_9/Soziale_Netze-1.pdf [03.11.2018].

Jantzen, W. (1990). Isolation. In H. G. Sandkühler (Hrsg.), Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften, Bd. 2 (S. 714-716). Hamburg.

Schanze, C. (Hrsg.). (2007). Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer.

Schanze, C. (2017). Der sich und Andere behindernde Mensch mit Lernschwierigkeiten. In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz & F. Wendt (Hrsg.), Irren ist menschlich (24. neubearbeitete Aufl.) (S. 91-134). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Seidel, M. (2008). Psychotherapie bei Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe. Psychotherapie im Dialog, 9 (2), 138-143.

Vereinte Nationen. (2006). „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung" – UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen. 13. Dezember 2006, abgestimmte deutsche Übersetzung.

Werther, F. (2005). Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz? Überlegung zu den Ursachen und Gedanken zur Überwindung der Misere. Psychotherapeutenjournal, 4 (2), 116-122.

Werther, F. & Hennicke, K. (2008). Der Versuch einer Bestandsaufnahme. Psychotherapie im Dialog, 9 (2), 117-124.

Dipl.-Psych. Christian Janßen

Karl-Siebold-Weg 9
33617 Bielefeld
christian.janssen@bethel.de

Dipl.-Psych. Christian Janßen arbeitet für die v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel in Bielefeld in der Funktion des Vorsitzenden der Gesamtmitarbeitendenvertretung und als Psychologe. Zudem ist er als Psychologischer Psychotherapeut mit Versorgungssicherstellungsauftrag tätig, veröffentlicht zu verschiedenen Themen und engagiert sich in der Fortbildung z. B. für angehende Fachärztinnen. Als Vorsitzender des Aufsichtsrates bei Gemeinsam Wohnen in Bielefeld e. V. hat er die Vernetzung von Psychotherapeutinnen für Menschen mit geistiger Behinderung in Bielefeld als Ziel.

Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie auf dem Prüfstand

Christiane Ludwig-Körner, Lars Kuchinke, Gabriele Koch, Janna Mattheß & Melanie Eckert

Zusammenfassung: In Deutschland besteht eine Unterversorgung bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten für Eltern-Kind-Paare in den ersten Lebensjahren. Ein multizentrisches vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördertes Forschungsvorhaben unter Federführung der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin untersucht die Prävalenz psychischer Belastungen und Erkrankungen im ersten Jahr nach der Geburt sowie die Versorgungslage von Eltern und Kindern. In zwei randomisierten kontrollierten klinischen Interventionsstudien wird die Wirksamkeit einer sechswöchigen Behandlung (Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie, ESKP) mit insgesamt zwölf Eltern-Kind-Sitzungen im Vergleich zu Routineangeboten (ESKP vs. Routineangebote) erforscht. Bei 360 Mutter-Kind-Paaren aus Berlin, Leipzig und Flensburg wird der Behandlungserfolg (Symptomatik, Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, Bindung und Entwicklung des Kindes) gemessen. Ziel ist die Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes im stationären Setting sowie im häuslichen Umfeld der Familie.

Einleitung

Nicht nur bei Fachleuten, sondern inzwischen auch in der Politik ist hinreichend bekannt, welch große Bedeutung die psychische Gesundheit der Eltern und die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung in der Postpartalphase für die spätere kindliche Entwicklung haben. Dennoch krankt es immer noch an ausreichend guten Versorgungsstrukturen und den entsprechenden sozialökonomischen Bedingungen. In Deutschland besteht nach wie vor ein Versorgungsengpass bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten für Eltern-Kind-Paare im ersten Lebensjahr (*Jordan et al., 2012;* Reck & Schlegel, 2016).[1] Diesem drängenden Problem widmet sich aktuell ein großes vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördertes Forschungsvorhaben unter Federführung der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin. Dieser Beitrag beleuchtet das Problem der Unterversorgung, stellt den Forschungsansatz zur wissenschaftlichen Validierung der Versorgungsangebote vor und führt in die in Deutschland auf dem Hintergrund bereits bestehender psychoanalytischer Herangehensweisen entwickelte psychodynamische Methode der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) ein (*Ludwig-Körner*, 2008, *2016a*).

> In Deutschland besteht nach wie vor ein Versorgungsengpass bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten für Eltern-Kind-Paare im ersten Lebensjahr.

Verschiedene Studien konnten bereits die Wirksamkeit der ESKP im Vergleich zu Kontrollgruppen und anderen Interventionen wie Edukation, Unterstützung und Medikation und hohe Effektstärken auf die Bindungsentwicklung nachweisen (*Barlow, Bennett, Midgley, Larkin & Wei, 2016;* Fonagy, Sleed & Baradon, 2016; Winberg Salomonsson, 2017; Letourneau et al., 2015). Solche Studien waren jedoch meist auf besondere Patientengruppen beschränkt, z. B. Gefängnisinsassinnen[2] oder Risikoschwangerschaften. Eine entsprechende Untersuchung und Validierung der ESKP im Bereich der stationären Psychiatrie und nicht-stationären Behandlung im häuslichen Umfeld hat weder national noch international stattgefunden.

Die Versorgungsstudie SKKIPPI validiert nun erstmals mit einem aufwendigen und anspruchsvollen Forschungsdesign nach internationalen Gütekriterien die Wirksamkeit der ESKP-Behandlungsmethode in einem klar definierten Setting von zwölf Sitzungen über einen Zeitraum von sechs Wochen im stationären und nicht-stationären Setting im Vergleich mit anderen bestehenden Versorgungsangeboten („Routineangebote").

In Kooperation von fünf klinischen Studienzentren in Berlin, Leipzig und Flensburg und einem Pool an speziell qualifizier-

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

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

ten Studientherapeutinnen werden in den kommenden drei Jahren in zwei randomisierten Kontrollgruppenstudien Behandlungsergebnisse aus der stationären und nicht-stationären Behandlung untersucht. Die Studie an den zwei beteiligten Erwachsenenpsychiatrien und drei Kinder- und Jugendpsychiatrien (siehe Kasten) wird über die Hochschulambulanz der IPU in Berlin koordiniert.

Klinische Studienzentren

Folgende Studienzentren bieten Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie an und arbeiten im SKKIPPI-Projekt mit:

Berlin

- Hochschulambulanz der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin
- Vivantes Klinikum Neukölln – Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- Alexianer St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weissensee

Leipzig

- Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters
- Helios Park-Klinikum Leipzig, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Flensburg

- Diakonissenkrankenhaus Flensburg, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Psychiatrische Institutsambulanz

Behandlungsansätze

Bereits vor zehn Jahren wurde im Psychotherapeutenjournal auf die Bedeutung der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) und die besonderen Qualifikationsanforderungen der ESKP-Psychotherapeutinnen hingewiesen (Ludwig-Körner, 2008). Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie ist durch die gemeinsame Arbeit mit der Mutter bzw. dem Vater und dem Säugling/Kleinkind (0 bis 3 Jahre) gekennzeichnet, wobei die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung im Vordergrund steht. Die psychodynamischen Interventionen unterstützen die Verbesserung der elterlichen Feinfühligkeit und emotionalen Beziehung zum Kind, die Vermeidung der Chronifizierung bestehender Symptome sowie die Förderung der sozial-emotionalen Entwicklungsbedingungen von Säuglingen und Kleinkindern. Für Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie gibt es international unterschiedliche Ansätze und Benennungen, die davon beeinflusst sind, welchen Beziehungspartner das jeweilige Konzept in den Vordergrund stellt. So geht die Parent-Infant-Psychotherapy (PIP; *Barlow et al., 2016*) bzw. die Parent-Child-Psychotherapy (PCP) ähnlich wie die hier beschriebene ESKP von den Erwachsenen und ihrer Beziehung zum Säugling/Kleinkind aus. Die Child-Parent-Psychotherapie (CPP; *Liebermann, Silvermann & Pawl, 2000*) betitelt hingegen ihren Ansatz aus der Perspektive des Kindes, die auch der psychotherapeutische Ansatz von Watch Wait and Wonder (WWW; Muir, Lojkasek & Cohen, 1999) verfolgt. Alle benannten Ansätze fokussieren auf das Beziehungsgeschehen in der Dyade oder Triade, doch zeigen sich an der Namensgebung auch fachspezifische Schwerpunktsetzungen.

Seit Anfang der 1990er Jahre haben sich in Deutschland unterschiedliche Behandlungsansätze etabliert. Mechthild Papoušek hatte 1991 als erste eine „Schreiambulanz" im Kinderzentrum München mit einem integrativen kommunikationszentrierten Schwerpunkt aufgebaut (Papoušek, Hofacker, Malinowski & Jacubeit, 1994). In der Berliner UFA-Fabrik beispielsweise entwickelte sich ein an Eva Reich orientierter körperpsychotherapeutischer Ansatz (Harms, 2000, 2017). Die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in München und Benediktbeuern zählt in Deutschland zu den ersten Ausbildungsinstituten, die psychodynamisch orientierte Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie in die Weiterbildung aufnahmen (EKP) und weitere folgten (z. B. SKEPT; Cierpka et al., 2007), inzwischen auch verhaltenstherapeutische. Neben den psychotherapeutischen Ansätzen haben sich innerhalb der psychosozialen Versorgungsstrukturen verschiedenste Beratungs- und Frühinterventionsansätze etabliert, die von unterschiedlichen Berufsgruppen und auf der Grundlage curricularer Fort- und Weiterbildungen angeboten werden (z. B. Entwicklungspsychologische Beratung, EPB; Steps Towards Effective and Enjoyable Parenting, STEEP™; Familienhebammen). Die hier benannten Ansätze stellen eine Auswahl dar, für eine umfassendere Darstellung der Entwicklungsgeschichte in Deutschland siehe auch *Ludwig-Körner (2014)*.

Psychotherapeutische Unterversorgung in der Postpartalphase

Für Eltern mit psychischen Belastungen und Säuglinge/Kleinkinder mit Regulationsstörungen gibt es in Deutschland bei weitem nicht ausreichend Behandlungsmöglichkeiten. Sowohl die Qualität als auch die Quantität der bestehenden Angebote sind sehr unterschiedlich und es fehlt an einer geregelten Finanzierung *(Pillhofer, Ziegenhain, Fegert, Hoffmann & Paul, 2014)*. Den geschätzten Prävalenzen von bis zu 20 % für postpartale psychopathologische Störungen *(Reck et al., 2008)* stehen bundesweit nur 71 vollstationäre Behandlungsplätze (*Jordan et al., 2012;* Reck & Schlegel, 2016) mit spezifischen Eltern-Kind-Behandlungsangeboten gegenüber, welche bis zu 545 Patientinnen jährlich behandeln können. Dies unterschreitet die geschätzten Fallzahlen für stationäre Behandlungen etwa um den Faktor 10 (Reck & Schlegel, 2016) und dürfte bei ca. 738.000 Geburten pro Jahr in Deutschland von einer ebenfalls eklatanten Unterversorgung im ambulanten Bereich begleitet sein. Dies gilt auch für die abgestimmte integrierte Versorgung für spezifische Subgruppen und ihre Bedürfnisse, z. B. Eltern mit Migrationshintergrund und sozial benachteiligte Eltern. Auch hierfür liegen bisher keine Zahlen vor, ebenso wenig wie für die Häufigkeit der kindlichen Regulationsstörungen. Da es bislang nur wenige validierte Angebote gibt, muss angenommen werden,

dass ein Großteil der betroffenen Mütter, Väter und Kinder keine nachweislich wirksamen bzw. nicht die wirksamsten Interventionsangebote erhält. Auch ist unklar, ob und wie belastete Eltern von psychotherapeutischen Hilfsangeboten erfahren und wie sie möglichst rasch und verlässlich Zugang dazu finden. Diese Situation und Versorgungslage bedeutet, dass bei behandlungsbedürftigen psychischen Störungen in der Postpartalphase sowohl der betroffene Elternteil als auch das Kind einem erhöhten Risiko für langfristig ungünstige Entwicklungen ausgesetzt sind, die sich für das Kind bis ins Erwachsenenalter fortsetzen und transgenerational weitergegeben werden können (Felitti, 2002).

Psychische Gesundheit im Übergang zur Elternschaft

Nach der Geburt eines Kindes herrscht immer noch ein großer gesellschaftlicher Druck vor, dem Bild einer glücklichen Familie zu entsprechen, doch bekommen Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapeutinnen auch die „dunklen Seiten" der frühen Elternschaft zu sehen. Bereits Erik Erikson (1993) hatte den Übergang zur Elternschaft als „normale Krise" bezeichnet. Elternschaft muss überdies mit dem gesellschaftlichen Wandel Schritt halten, der durch die Veränderung in den Geschlechterbeziehungen, Ein-Elternschaft, Patchwork-Familien, die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin und das Aufeinanderprallen unterschiedlicher kultureller Einstellungen gekennzeichnet ist. Mutter oder Vater zu werden beinhaltet zudem eine komplexe innerpsychische Neuorganisation mit potentiellen Störungsquellen (Ludwig-Körner, 2016b). Gelingt die Bewältigung der Entwicklungskrise nicht, können vielfältige Symptome die Folge sein. Sie können sich bei den Eltern z. B. in Wochenbettdepressionen oder -psychosen, Zwangsgedanken oder -impulsen, das Kind zu töten, Ängsten oder Impulsdurchbrüchen äußern. Sind zum Beispiel Schwangerschaft und Mutterschaft mit zu hohen Idealvorstellungen verbunden, so können nach der Geburt heftige Desillusionierungen eintreten, die sich in psychischen Belastungen äußern, sei es infolge eines komplizierteren Geburtsverlaufs, eines Nicht-Stillen-Könnens, einer ungenügenden Bemutterung, einer Zerrissenheit zwischen Mutterschaft und Beruf oder eines sehr irritierbaren Neugeborenen. Im kindlichen Verhalten zeigen sich Symptome möglicherweise in sogenannten Regulationsstörungen wie exzessives Schreien, Ein- und Durchschlafstörungen, Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, Fütter- oder Gedeihstörungen (Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004) oder in intensiven Aggressionen, Selbstverletzungen, psychosomatischen Erkrankungen sowie vielfältigen Entwicklungsverzögerungen oder -störungen des Kindes in den Bereichen Sprache, Lernen und Motorik (Murray et al., 2011).

Mutter oder Vater zu werden beinhaltet eine komplexe innerpsychische Neuorganisation mit potentiellen Störungsquellen. Gelingt die Bewältigung dieser Entwicklungskrise nicht, können vielfältige Symptome die Folge sein.

Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung

Die Säuglingsforschung und die genaue Analyse der Eltern-Kind-Interaktion mittels Videotechnik ermöglichte ein wachsendes Verständnis über die Auswirkungen von elterlichen Belastungen auf die kindliche Entwicklung (*Beebe & Lachmann, 2013; Stern, 1977,* 1985; Tronick, 1989; Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 2000). Sie legte damit nicht nur den Grundstein für unser heutiges Wissen darüber, wie sensibel die Lebensphase rund um die Geburt ist, sondern auch für die Entwicklung passender Beratungs- und Behandlungsangebote (*Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975;* Cramer & Palacio-Espasa, 1993; *Lieberman et al., 2000*). Auf die Vielzahl der auf diesem Gebiet vorhandenen Literatur kann hier nicht weiter eingegangen werden, doch soll der Hinweis gegeben werden, dass ohne diese Befunde die heutige Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie nicht denkbar wäre.

Mit der Postpartalphase geht nicht nur der Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklung der Bindungsmuster einher, sondern für das Kind entsteht in dieser Zeit ein innerpsychischer Entwurf über sich und die Welt. Dieser legt die Basis, ob ein Kind Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten erlangt und sich in der sozialen Umwelt sicher fühlt. Damit ist verbunden, ob ein Kind sich beispielsweise selbst beruhigen kann, seine sozial-emotional-kognitiven Fähigkeiten entfaltet, sich in andere Menschen einfühlen oder ungehindert lernen kann. Dabei stehen die Entwicklungen der kindlichen selbstregulatorischen Fähigkeiten, der Stressverarbeitung und ebenso das Bindungssystem in enger Beziehung zu den Persönlichkeitsstrukturen und der psychischen Verfassung der Eltern während der frühen Phase der Elternschaft. Dass mütterliche emotionale Belastungen auch pränatal Auswirkungen haben und zu erhöhtem Risiko von Schwangerschafts- bzw. Geburtskomplikationen oder Frühgeburten führen, ist inzwischen bekannt (Stein et al., 2014; Glynn, Schetter, Hobel & Sandman, 2008; Janus, 2000; Li, Liu & Odouli, 2008). Auch Väter können durch Veränderungen, die mit einer Elternschaft einhergehen, große Irritationen und psychische Belastungen erfahren (Sockol & Allred, 2018; Bergström, 2013).

Forschungsbefunde

In den letzten 20 Jahren wiesen internationale Forschungen auf das folgenreiche Zusammenwirken von elterlichen psy-

chischen Belastungen und frühkindlichen Entwicklungsstörungen hin. In einer amerikanischen klinisch epidemiologischen Verlaufsstudie an 17.000 Krankenversicherten konnte Felitti (2002) die malignen Auswirkungen von frühkindlichen Stresserfahrungen auf das psychische und körperliche Erkrankungsrisiko in allen Lebensaltern nachweisen. Fast alle der späteren psychischen Störungen haben ihre Wurzeln in prä-, peri- und postnatalen Erfahrungen, seien es Angst- und Panikstörungen (Hettama, Neale & Kendler, 2001; Schneider, 2004), Depressionen (Murray et al., 2011), Hypochondrie, Zwänge *(Fairbrother, Young, Janssen, Antony & Tucker, 2015)*, narzisstische oder Borderlinestörungen (Lyons-Ruth, 2008), oft im Sinne einer transgenerationalen Transmission.

Wochenbettdepressionen, die überwiegend innerhalb der ersten drei bis fünf Wochen nach der Geburt auftreten und in der Regel mehrere Wochen andauern, klingen bei der Hälfte der Erkrankten nach ein bis drei Monaten wieder ab, bei einem Viertel jedoch erst nach drei bis sechs Monaten, bei einem weiteren Viertel noch später. Auch bei den schneller gesundeten Müttern fanden sich bei 40 % nach zwölf Monaten noch depressive Symptome, sodass die frühe kindliche Entwicklung längerfristig davon belastet ist. Kinder depressiver Mütter und Väter tragen ein hohes Risiko für soziale, emotionale und kognitive Probleme (Ramchandani et al., 2008; Kvalevaag et al., 2014).

Papoušek und von Hofacker (1998) stellten fest, dass 62 % der Mütter mit einem exzessiv schreienden Kind unter Ängsten, Depressionen und Stress litten, im Vergleich zu 37 % einer Kontrollgruppe. Hettama et al. (2001) und Schneider (2004) erforschten, dass Kinder von Eltern mit Angststörungen ein siebenfach höheres Risiko tragen, später auch Angststörungen zu entwickeln. Zeigten Mütter während der Schwangerschaft Ängste, so wiesen ihre Kinder eher Symptome einer Hyperaktivität auf und zeigten in der späten Kindheit eine erhöhte Ängstlichkeit, wie Van den Bergh & Marcoen (2004) in einer prospektiven Längsschnittstudie nachwiesen. Erst in jüngerer Zeit gibt es Studien, die auf die häufige Komorbidität von psychischen Erkrankungen wie z. B. Ängsten und Depressionen verweisen (Broekman et al., 2014; Falah-Hassani, Shiri & Dennis, 2017; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante, 2016).

Schechter et al. (2011, *2015*) untersuchten, inwieweit Mütter mit posttraumatischen Störungen infolge von früheren Gewalterfahrungen im Alltag mit ihren Kindern überfordert sind, sodass sie inadäquat handeln. Es fällt diesen Müttern sehr schwer, ihren Kindern feinfühlig und verlässlich zur Verfügung zu stehen, und die Gefahr einer intergenerationalen Transmission ist sehr hoch. Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren tragen das höchste Risiko, misshandelt oder getötet zu werden (Fendrich & Pothman, 2010).

Mit dem provokanten Titel „Deutschland misshandelt seine Kinder" versuchten Tsokos und Guddat (2014) auf die vielen Kindesmisshandlungen und Tötungen hinzuweisen. Psychopathologische Störungen wurden nicht nur als Hauptfaktoren für Probleme in der Eltern-Kind-Interaktion, sondern auch als Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung identifiziert (Kindler, 2009). Seit Kurzem wird auf der Webseite des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (2018) endlich auf die Gefährdung des Schütteltraumas hingewiesen. Wenn Kinder in Familien aufwachsen, in denen ihre Bedürfnisse vernachlässigt werden, sie Zeugen von Gewalt werden oder selbst Misshandlung erfahren, so schlägt sich dies auch in ihrer Gehirnentwicklung nieder (Loman & Gunnar, 2010; Boeck et al., 2018).

SKKIPPI – Die Studie

Die Studie „Evaluation der **S**äugling-**K**lein**k**ind-**P**sychotherapie mittels **P**rävalenz- und **I**nterventionsstudien" (SKKIPPI) besteht aus zwei sich ergänzenden Studienteilen. Im ersten Teil werden die Prävalenz psychischer Belastungen und Erkrankungen im ersten Jahr nach der Geburt sowie die Versorgungslage von Eltern und Kindern erhoben. Der zweite Teil dient der Wirkevaluation von Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) im Vergleich mit bisher üblichen Verfahren.

Studiendesign

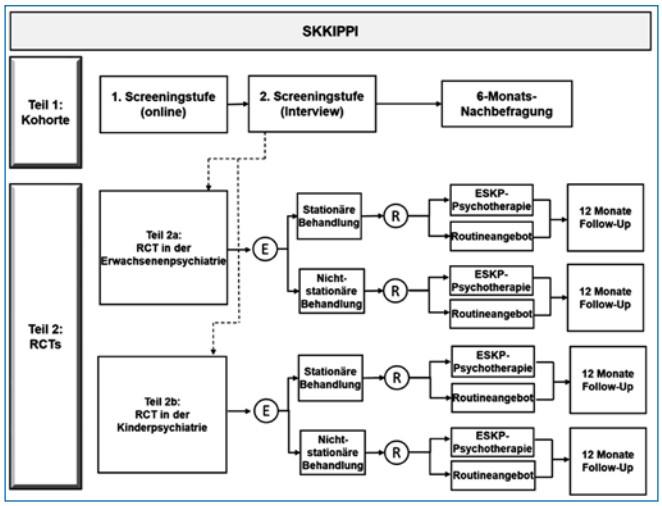


Abbildung: Schematische Struktur des SKKIPPI-Gesamtprojekts Abkürzungen: E = Entscheidung, R = Randomisierung, ESKP-Psychotherapie = ESKP-Gruppe, Routineangebot = Care as usual (CAU)-Gruppe

Erhebung von Versorgungsbedarf und -lage

Ab November 2018 wird in einer epidemiologischen Kohortenstudie die Bedarfs- und Versorgungslage von Eltern und Kindern im ersten Lebensjahr durch das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité Berlin untersucht (Keil et al., 2018). Über die Einwohnermeldeämter wird eine Zufallsstichprobe von Müttern mit Säuglingen bis

zum Alter von zwölf Monaten aus den Regionen Berlin, Leipzig und Flensburg rekrutiert und per Internet oder Smartphone zu Schwangerschaft und Geburt, möglichen psychosozialen Belastungen und dem Gesundheitszustand des Säuglings befragt (N = 6.000). Auch Väter und andere enge Bezugspersonen der Kinder können an der Befragung teilnehmen. Eltern, die in diesem Belastungsscreening auffällig sind, werden zu einem vertiefenden Telefoninterview über die Belastungen eingeladen. Ziel ist es, valide Schätzungen zur Prävalenz von psychischen Störungen von Müttern nach der Geburt ihres Kindes sowie frühen kindlichen Auffälligkeiten in der Verhaltensregulation von Kindern im Alter von 0 bis 12 Monaten zu gewinnen. Ferner sollen die Kenntnisse der Betroffenen über die Erkrankung, Versorgungswege, Barrieren, Inanspruchnahme und Versorgungsverläufe erhoben werden.

Wissenschaftliche Validierung von Versorgungsangeboten

Darüber hinaus untersucht das multizentrische Forschungsprojekt SKKIPPI in Kooperation mit erwachsenenpsychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Berlin, Leipzig und Flensburg in zwei randomisiert kontrollierten klinischen Studien die Wirksamkeit von Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) als fokussiertes psychodynamisches Behandlungsangebot zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung im Vergleich zu anderen Angeboten der Standardbehandlung (Ludwig-Körner, Kuchinke, Mattheß, Koch & Eckert, 2018).

Es handelt sich um zwei getrennte, aber parallel geplante Studien, da betroffene Mütter/Väter und Kinder auf verschiedenen Wegen in psychiatrische Behandlung kommen: entweder nach Diagnose mütterlicher Symptome in die Erwachsenenpsychiatrie mit speziellen Mutter-Kind-Behandlungsmöglichkeiten oder aufgrund der indizierten kindlichen Regulationsstörungen in die Kinderpsychiatrie.

Die Intervention (ESKP oder Routineangebote) wird je nach Schweregrad und Bereitschaft der Patientinnen im stationären oder nicht-stationären Setting durchgeführt. Erst nach erfolgter Zuordnung zum Setting werden die Teilnehmerinnen randomisiert, das heißt nach dem Zufallsprinzip der ESKP-Interventionsgruppe bzw. der Routine-Interventionsgruppe zugeteilt. Im Zeitraum von November 2018 bis Juli 2021 werden zu drei Messzeitpunkten (zu Behandlungsbeginn, nach der sechswöchigen Intervention, Nachuntersuchung nach zwölf Monaten) umfassende Daten erhoben. Anhand von videografierten Spielinteraktionen der Dyade wird die mütterliche Feinfühligkeit gemessen, weiterhin werden die psychopathologischen Symptome sowie das Belastungserleben und die reflexive Funktion der Mutter, die Mutter-Kind-Bindung und der Entwicklungsstand des Kindes untersucht.

Die Hauptfragestellungen beziehen sich insbesondere darauf, ob Interventionen im ersten Lebensjahr am wirkungsvollsten sind, wenn sie a) im stationären Rahmen einer Klinik oder Tagesklinik oder b) im Rahmen von Hausbesuchen im häuslichen Umfeld der Familie durchgeführt werden und c) mindestens zwei spezifische Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie-Sitzungen (ESKP) pro Woche umfassen. Untersucht werden insgesamt 360 Mutter-Kind-Paare, die in Berlin, Leipzig und Flensburg behandelt werden.

Zusätzlich werden die Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen (SGB V) sowie von frühen Hilfen (SGB VIII, IX, XII) durch die Patientinnen seit der Geburt des Kindes sowie nach der Studienintervention durch Fragebögen erhoben und gesundheitsökonomische Analysen vorgenommen. Die Studie soll helfen, die Wirksamkeit der ESKP für stationäre-psychiatrische und nicht-stationäre Behandlungen nachzuweisen und damit neue Wege in der Versorgung von Müttern und ihren Kindern aufzuzeigen.

ESKP vs. Routineangebote

Studienteilnehmerinnen erhalten in beiden Interventionsgruppen (ESKP vs. Routineangebot) ein hochwertiges Versorgungsangebot. Zu den Routineangeboten im stationären und nicht stationären Setting zählen z. B. Eltern-Kind-Gruppen, psychosoziale Hilfen, Elternberatungen und psychiatrisch-therapeutische Angebote, deren Frequenz in der Regel geringer ist als die der ESKP, die zwölf Eltern-Kind-Sitzungen innerhalb von sechs Wochen umfasst.

ESKP im Rahmen der SKKIPPI-Studie

Die SKKIPPI-Studie evaluiert den ESKP-Behandlungsansatz nach Ludwig-Körner, der von Erwachsenen- wie auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen mit spezifischer ESKP-Zusatzqualifikation umgesetzt wird. Bundesweit wurden in den letzten 15 Jahren in der von Ludwig-Körner und Kolleginnen bereits 2003 entwickelten Weiterbildung zur ESKP, die jährlich in Berlin angeboten wird, inzwischen insgesamt etwa 200 Kolleginnen und Kollegen qualifiziert.

Auch wenn es bei Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapien weniger Abgrenzungen zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen gibt, so setzt die ESKP Schwerpunkte, die sich von systemischen, körper-, verhaltens- oder gestalttherapeutischen Zugängen unterscheiden. Schwerpunkt der Intervention ist die Beziehung zwischen Eltern und Kind, insbesondere die Fähigkeit der Eltern, die affektiven Zustände des Kindes zu erfassen, zu verstehen und zu „containen". Containment bedeutet nach Bion (1997), die Projektionen des Gegenübers in sich aufzunehmen, ohne die eigenen Emotionen, die durch diese Projektionen ausgelöst wurden, zu agieren. In weiteren Schritten werden die von der Patientin (bzw. dem Kind) als unverträglich erlebten Gefühle von der Psychotherapeutin ins Erträgliche umgewandelt und ihr zurückgegeben. Dabei beziehen sich psychodynamisch

arbeitende ESKP-Psychotherapeutinnen auf die Auswertung von Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen und gestalten den psychotherapeutischen Raum durch eine Atmosphäre des Verstehen-Wollens, also des mentalen Begreifens, ohne die Patientinnen zur Regulation von Emotionen körperlich zu berühren, in den Arm zu nehmen oder das Kind abzunehmen (siehe auch „holding" nach Winnicott, 1976) und ohne Verhaltensänderungspläne aufzustellen. Des Weiteren wird die Förderung der elterlichen Selbstreflektion und die Fähigkeit, sich in die innere Welt des Kindes einzufühlen (Mentalisierungsfähigkeit) sowie die Stärkung der spezifischen Ich-Funktionen angestrebt *(Ludwig-Körner, 2016a)*. Dabei wird die Triade als die primäre Beziehungsform angesehen, in die das Kind hineingeboren wird. Die Fähigkeit der Eltern zur Triangulierung, im intrapsychischen Prozess eine Beziehung zu einem Gegenüber und zu einem Dritten zuzulassen und/oder zu integrieren, ist in diesem Kontext von besonderer Bedeutung (Klitzing & Stadelmann, 2011). Es handelt sich um eine fokussierte psychodynamische Intervention, die in drei Phasen verläuft: In einer diagnostischen Einstiegsphase werden die Beziehungsqualität zwischen Mutter und Kind, das mütterliche psychische Struktur- und Konfliktniveau, die verinnerlichten Erfahrungen der Mutter mit ihren eigenen Hauptbezugspersonen sowie ihre postnatale Fähigkeit zur Regulation von emotionalem Stress erfasst. Auf dieser Grundlage werden die intrapsychischen sowie interpersonellen Konflikte der Mutter-Kind-Dyade in Form einer psychodynamischen Hypothese ausformuliert. Diese bildet den Behandlungsfokus in der Interventionsphase, der mit den Eltern besprochen und in gemeinsamen Eltern-Kind-Sitzungen bearbeitet wird. Dabei werden der Handlungsdialog zwischen Eltern und Kind, die vorherrschenden Übertragungsmuster zwischen Eltern und Psychotherapeutin und die Ebene der abgewehrten zentralen Affekte berücksichtigt. Die Intervention ist von einer offenen, wertfreien Haltung der Psychotherapeutinnen und einer Anpassung der Interventionsstrategie an das psychische Funktionsniveau der Mutter gekennzeichnet. Die Intervention zielt auf Entlastung, Klarifizierung von Problemen, Triangulierung, Affektregulation, Selbstreflektion, Perspektivwechsel und die Aktivierung von interpersonellen Ressourcen ab. Zum Einsatz kommen mentalisierungsbasierte Interventionen, Reframing, Psychoedukation, Entwicklung von Handlungsstrategien, Videoarbeit und eine angemessene Konfrontation in emotional haltgebendem Rahmen. In der abschließenden Endphase wird der Prozess reflektiert und die Intervention mit einem Ausblick auf die weitere Alltags- und Beziehungsgestaltung abgeschlossen. Die Interventionen werden ausschließlich durch Psychotherapeutinnen durchgeführt, die in der ESKP-Methode geschult und zertifiziert sind. Im Hinblick auf Setting und Behandlungstechnik folgt die Intervention den Richtlinien eines ESKP-Studienmanuals (Schlensog-Schuster, Koch & Ludwig-Körner, in Vorb.).

Schwerpunkt der Intervention ist die Beziehung zwischen Eltern und Kind, insbesondere die Fähigkeit der Eltern, die affektiven Zustände des Kindes zu erfassen, zu verstehen und zu „containen".

Behandlungssetting

Je nach Schweregrad der Symptomatik wird die ESKP im stationären Setting einer psychiatrischen Klinik oder Tagesklinik für Erwachsene oder Kinder oder im häuslichen Umfeld bzw. in den psychiatrischen Ambulanzen angeboten. Stationär behandelte Eltern-Kind-Paare erhalten über einen Zeitraum von sechs Wochen zusätzlich zu den therapeutischen Standardmaßnahmen zweimal pro Woche eine ESKP-Sitzung. Die Behandlung findet in speziell ausgestatteten Therapieräumen in psychiatrischen Kliniken mit Mutter-Kind-Betten oder in Tageskliniken statt. Die nicht-stationäre Behandlung findet ebenfalls zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von sechs Wochen statt. Der Behandlungsansatz im häuslichen Umfeld ist in Deutschland innovativ und könnte künftig bei mittlerer Symptombelastung und bei Vorhandensein eines funktionalen Familiensystems eine niederschwellige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung für Eltern und Kinder im ersten Jahr nach der Geburt bereitstellen.

Ausblick

Durch die Förderung des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses in Höhe von 2,46 Mio. Euro zählt die SKKIPPI-Studie zu den aktuell größten Projekten der Wirksamkeitsforschung der Psychotherapie in Deutschland. Durch den multizentrischen Ansatz, der die Kompetenzen und die Innovationsbereitschaft der beteiligten klinischen Studienzentren in Berlin, Leipzig und Flensburg vereint (siehe Kasten), werden in diesem Forschungsprojekt Grundlagen für eine künftig verbesserte integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung für Eltern und Säuglinge/Kleinkinder geschaffen.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K. & Wei, Y. (2016). Parent-infant psychotherapy: a systematic review of the evidence for improving parental and infant mental health. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 34 (5), 464-482.

Beebe, B. & Lachmann, F. M. (2013). Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions. New York: Routledge.

Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M. & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. BMC psychiatry, 15 (1), 206.

Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14 (3), 387-421.

Jordan, W., Bielau, H., Cohrs, S., Hauth, I., Hornstein, C., Marx, A. et al. (2012). Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassoziierte psychische Störungen in Deutschland. Psychiatrische Praxis, 39 (5), 205-210.

Lieberman, A. F., Silverman, R. & Pawl, J. H. (2000). Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. In C. H. Zeanah (Hrsg.), Handbook of infant mental health (S. 472-484). New York: Guilford Press.

Ludwig-Körner, C. (2014). Frühe Hilfen und Frühförderung. Eine Einführung aus psychoanalytischer Sicht. Stuttgart: Kohlhammer.

Ludwig-Körner, C. (2016a). Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Hoffmann, T. & Paul, M. (2014). Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. Eckpunktepapier des Nationalen Zentrums frühe Hilfen (NZFH). Köln: NZFH.

Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T. et al. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 118 (6), 459-468.

Schechter, D. S., Suardi, F., Manini, A., Cordero, M. I., Rossignol, A. S., Merminod, G. et al. (2015). How do maternal PTSD and alexithymia interact to impact maternal behavior? Child Psychiatry & Human Development, 46 (3), 406-417.

Stern, D. N. (1977). The first relationship: Infant and Mother. Cambridge: Harvard University Press. Dt.: Stern, D. N. (2006). Mutter und Kind. Die erste Beziehung (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Prof. Dr. phil. Christiane Ludwig-Körner

Korrespondenzadresse:
International Psychoanalytic University (IPU) Berlin
Stromstraße 3b
10555 Berlin
skkippi@ipu-berlin.de

Prof. Dr. phil. Christiane Ludwig-Körner lehrt und forscht an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin und zeichnet für das seit 2003 jährlich durchgeführte Weiterbildungs-Curriculum „Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP)“ verantwortlich. Sie ist Diplom-Psychologin und -Pädagogin, in Verhaltens-, Gesprächs-, Familien-, Gestalttherapie und Psychoanalyse ausgebildet sowie Lehranalytikerin und Supervisorin (IPA, DPG, DGPT).

Prof. Dr. Lars Kuchinke

Prof. Dr. Lars Kuchinke ist Professor für Methodenlehre und Evaluation an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin und forscht seit mehreren Jahren zu den Themen Sprache und Emotion unter Zuhilfenahme verschiedener experimenteller und neurowissenschaftlicher Methoden sowie komputationaler Simulationsmodelle. Schwerpunkte in der Methodenlehre sind multivariate Regressionsmodelle und Therapieevaluationsforschung. Darüber hinaus besteht ein bedeutsamer Forschungsschwerpunkt zu mentalen Repräsentationen räumlicher Information.

Dr. Gabriele Koch

Dr. Gabriele Koch ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im SKKIPPI-Projekt, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin (GkPP) mit Schwerpunkt in der videobasierten Eltern-Säugling/Kleinkind-Beratung, Systemische Familientherapeutin (SG) und leitet die Familienberatungsstelle des IFK e. V.

Janna Mattheß, M. A.

Janna Mattheß ist Psychologin (M. A.) und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im SKKIPPI-Projekt sowie in der Studie zu „Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapien mit Bewohnerinnen gemeinsamer Wohnformen gemäß § 19 SGB VIII von Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen“ an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin.

Melanie Eckert, M. A.

Melanie Eckert ist Psychologin (M. A.) und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im SKKIPPI-Projekt. Sie ist in Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin in Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche.

Hintergrund und Kommentar

Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie in der Diskussion

Redaktionelle Vorbemerkung:

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im letzten Heft des Psychotherapeutenjournals haben wir in dieser Rubrik die Diskussion zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zur Humanistischen Psychotherapie vom 19.01.2018 begonnen. Nunmehr setzen wir sie fort mit einer ausführlichen Darstellung des WBP über sein Vorgehen bei der Bewertung, das am Beispiel der Beratung einzelner Studien aus dem Antrag näher veranschaulicht wird.

Ergänzend setzt sich Jochen Schweitzer, selbst Mitglied des WBP, kritisch mit einzelnen Aspekten der Arbeitsweise des WBP auseinander.

Anschließend finden Sie eine juristische Einschätzung von Rechtsanwalt Markus Plantholz zur Frage, welche Konsequenzen das Gutachten des Beirats für die Gesprächspsychotherapie haben dürfte.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen!

Heiner Vogel (Bayern) für den Redaktionsbeirat

Erläuterungen zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie[1]

Im Psychotherapeutenjournal wurden in Heft 3/2018 zwei Artikel aus Anlass des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zum Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie (HPT) publiziert. Der eine Artikel beschreibt die gesetzlichen Grundlagen, die Aufgabenbereiche, die Zusammensetzung und das Prozedere bei der Benennung von Mitgliedern des WBP sowie die Verfahrensweise einer Begutachtung *(Munz, 2018)*. Der zweite Artikel ist eine kritische Stellungnahme zum Gutachten des WBP zur HPT *(Kriz, 2018)*.

Der Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals hat den WBP am 04.07.2018 eingeladen, die Leserschaft des Journals über den Prozess sowie das Rational bei der Begutachtung des Antrags der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) zu informieren. Der WBP hat sich in der Sitzung im September 2018 dafür ausgesprochen, dieser Einladung mit dem Ziel der Transparenz, bezogen auf die abgeschlossene Begutachtung, zu folgen sowie ergänzende Informationen mit Fokus auf die Kritik am Gutachten zur HPT zu geben (siehe auch *Heuft & Esser, 2018*).

Die AGHPT hat den Antrag auf Anerkennung der HPT als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren im Oktober 2012 beim WBP eingereicht. In der Sitzung am 11.12.2017 hat der WBP das Gutachten zur HPT einstimmig mit elf von zwölf Stimmen bei einer Enthaltung verabschiedet. Das Gutachten wurde im Januar 2018 veröffentlicht.[2] Der WBP kommt nach Prüfung des theoretischen Teils des Antrags sowie der Prüfung zahlreicher empirischer Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit der weiter unten nochmals genannten zehn Ansätze der HPT zum Ergebnis, dass die HPT zwar als eine psychotherapeutische Grundorientierung betrachtet werden kann, die Kriterien des Methodenpapiers[3] des WBP für die wissenschaftliche Anerkennung jedoch nicht erfüllt. Im Sinne des Psychotherapeutengesetzes von 1998 ist die Ausübung von Psychotherapie eine mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Diese Wissenschaftlichkeitsklausel betrifft sowohl die Ausübung von Psychotherapie als auch die Anerkennung von Ausbildungsstätten. Der Begriff des „wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens" wird im PsychThG nicht definiert. In Anerkennung der gemeinsamen Verantwortung ärztlicher und psychologischer Psychotherapeutinnen[4] sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen hat der Gesetzgeber im

1 Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie besteht aus zwölf Mitgliedern und zwölf stellvertretenden Mitgliedern. Die Vorsitzenden des WBP in der 4. Amtsperiode sind Prof. Dr. Günter Esser und Univ.-Prof. Dr. Dr. Gereon Heuft.

2 Verfügbar unter: http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Gutachten-HPT.pdf.

3 Verfügbar unter: http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf.

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

PsychThG die Rechtsgrundlage für den von Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer gemeinsam gebildeten WBP als ein von den Berufsgruppen paritätisch mit in Wissenschaft und Klinik ausgewiesenen, ehrenamtlich tätigen Fachexpertinnen und -experten besetztes Gremium geschaffen *(Heuft & Esser, 2018; Munz, 2018)*. Der WBP hat u. a. die Aufgabe der gutachterlichen Beratung von Behörden zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren nach § 11 PsychThG und damit zusammenhängend auch der Beratung hinsichtlich der staatlichen Anerkennung von Ausbildungsstätten. Eine detaillierte Beschreibung des WBP und seiner Arbeitsweise findet sich bei *Munz (2018)*.

Wie schon in dem Beitrag von *Heuft und Esser (2018)* angesprochen, dient die Arbeit des WBP und damit auch die Kriterien des Methodenpapiers zur wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens insbesondere dem Patientenschutz, aber auch dem Schutz der Psychotherapeutinnen. Denn im Verlauf oder nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung stellt sich für die Patientinnen immer häufiger – wie auch sonst in der Medizin – die Frage, ob sie lege artis behandelt wurden. Dies wird nach Kriterien der externen Evidenz entschieden. Wird eine Patientin z. B. im Laufe ihrer Psychotherapie auf Dauer arbeitsunfähig und führt sie dies auf eine Fehlbehandlung zurück, kann der Streitwert (etwa in Bezug auf ein berufstätiges Leben) sehr hoch werden. Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen müssen in der Lage sein, das von ihnen eingesetzte Verfahren, die angewandten Methoden und ggf. auch Techniken auf der Basis anerkannter Curricula und Leitlinien so zu dokumentieren, dass sie sich bei Anfragen bezüglich eines möglicherweise „willkürlichen" Einsatzes auf wissenschaftliche Befunde berufen können.

Zur Frage der Anwendung der Verfahrensdefinition auf die Humanistische Psychotherapie

Die von den Antragstellern der HPT zusammengestellte Liste der zehn psychotherapeutischen Ansätze beinhaltet: (1) Gesprächspsychotherapie (Rogers), (2) Gestalttherapie (Perls), (3) Emotionsfokussierte Therapie (Greenberg), (4) Psychodrama (Moreno), (5) Logotherapie (Frankl), (6) Existenzanalyse (Längle), (7) Körperpsychotherapie (verschiedene Ansätze inklusive Bioenergetik, Biodynamik, Biosynthese, Hakomi), (8) Pesso Boyden System Psychomotor, (9) Integrative Therapie (Petzold) und (10) die Transaktionsanalyse. Eine Besonderheit im Antrag ist, dass die Gesprächspsychotherapie (GPT) vom Beirat nach den seinerzeit gültigen methodischen Kriterien im Jahr 2002 positiv bewertet wurde, und dass das Psychodrama vom WBP 1999 schon einmal mit dem Ergebnis der Nicht-Anerkennung geprüft worden war. Diese beiden psychotherapeutischen Ansätze finden sich neben den genannten acht weiteren Ansätzen im aktuell bearbeiteten Antrag der AGHPT jetzt als zwei gleichberechtigte Ansätze (also im Sinne des WBP als psychotherapeutische „Methoden").

Die Methodik der Prüfung von eingehenden Anträgen auf wissenschaftliche Anerkennung ist im aktuell gültigen Methodenpapier des WBP aus dem Jahr 2010 dargestellt (siehe auch *Munz, 2018* sowie Methodenpapier des WBP).

Dem Methodenpapier des WBP folgend, erfordert die Feststellung eines Psychotherapieverfahrens das Vorliegen einer umfassenden Theorie der Entstehung und Behandlung von Störungen mit Krankheitswert sowie erkennbare gemeinsame Grundannahmen zur Störungs- und Behandlungstheorie und Konzepte zur differentiellen Indikationsstellung, zur Behandlungsplanung und zur psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung. Darüber hinaus muss das Psychotherapieverfahren in seiner ganzen Breite in der Aus-, Weiter- und Fortbildung gelehrt werden. Zusätzlich muss eine ausreichende Zahl empirischer Nachweise über die Wirksamkeit der Methode bzw. des Verfahrens vorliegen. Die Wirksamkeit eines Verfahrens oder einer Methode kann sowohl anhand kontrollierter Studien nachgewiesen werden, die eine Überlegenheit gegenüber einer Kontrollbedingung belegen, als auch anhand von kontrollierten Studien, in denen eine Nicht-Unterlegenheit (non-inferiority) gegenüber einem bereits wissenschaftlich anerkannten Verfahren festgestellt wurde (das Vorgehen bei der Bewertung relevanter Studien ist ausführlich im Methodenpapier des WBP beschrieben). Für die Anerkennung eines Verfahrens müssen dabei insbesondere Wirksamkeitsnachweise für epidemiologisch bedeutsame Störungsbereiche erbracht werden. Bei Erwachsenen sind diese Nachweise unbedingt für depressive (affektive) Erkrankungen und für Angststörungen erforderlich; bei Kindern und Jugendlichen gelten alternativ bzw. zusätzlich auch Wirksamkeitsnachweise für hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. Der WBP geht also davon aus, dass die wissenschaftliche Anerkennung dann festzustellen ist, wenn es sich aus wissenschaftlicher Sicht um ein Psychotherapieverfahren handelt, dessen Durchführung in der Praxis zur Heilung oder Linderung von psychischen Störungen mit Krankheitswert führt.

Verfahrensprüfung

Theoretische Erklärungen der Störungen und Interventionsmethoden auf Basis gemeinsamer Grundannahmen

Hinsichtlich der Prüfung, ob die HPT mit ihren genannten zehn psychotherapeutischen Behandlungsansätzen im Sinne des Methodenpapiers als ein Psychotherapieverfahren betrachtet werden kann, hat der WBP festgestellt, dass einige theoretische Kriterien für die Anerkennung als Verfahren erfüllt sind. Ausführlich wurde diskutiert, ob tatsächlich für alle genannten zehn psychotherapeutischen Ansätze eine gemeinsame

Basis für die Ätiologie psychischer Störungen und eine gemeinsame Behandlungstheorie festgestellt werden kann. So ist beispielsweise nicht evident, dass die non-direktive GPT nach Rogers, in der die Realisierung der drei Basisvariablen Echtheit, Kongruenz und unbedingte Wertschätzung als notwendig und hinreichend für das psychotherapeutische Vorgehen erachtet werden, und das Psychodrama oder körperpsychotherapeutische Methoden wie die Bioenergetik über eine gemeinsame Basis hinsichtlich der Modelle über die Entstehung psychischer Erkrankungen und ein gemeinsames theoretisches Grundkonzept für die unterschiedlichen Behandlungsansätze verfügen. Der WBP hat sich mehrheitlich dafür ausgesprochen, dass vor allem die Inkongruenz zwischen Selbsterleben und der Wirklichkeit sowie die „Selbstaktualisierung" als Elemente einer Ätiologie- und Behandlungstheorie betrachtet werden können. Zusammenfassend kommt der WBP in Bezug auf dieses Kriterium zu der Einschätzung, dass die von den Antragstellern gelisteten Ansätze es erlauben, von einer humanistischen Grundorientierung mit eigenständiger und von anderen Verfahren hinreichend klar abgrenzbarer Störungs- und Behandlungstheorie, mit eigenen diagnostischen Verfahren und störungsspezifischen Modifikationen zu sprechen.

Indikationsstellung

Hinsichtlich des Kriteriums der Indikationsstellung und vor allem der differentiellen Indikationsstellung ist evident, dass es weder theoretisch noch empirisch begründete Vorgehensweisen zur Indikationsstellung vor Beginn einer HPT (Krankheitslehre) noch zur differentiellen Indikationsstellung in Bezug auf die verschiedenen zugehörigen Ansätze (Methoden) innerhalb der HPT gibt. Insbesondere eine differentielle Indikationsstellung, also wann welche der psychotherapeutischen Ansätze in einem Behandlungsverlauf einzusetzen sind (etwa der Wechsel von einem gesprächspsychotherapeutischen Setting zum Einsatz eines körpertherapeutischen Settings), wird nicht konzeptualisiert.

Breites Spektrum von Anwendungsbereichen

Hinsichtlich des Kriteriums der Breite der Anwendungsbereiche lässt sich ein relativ breites Spektrum von Anwendungsbereichen identifizieren, in denen psychotherapeutische Ansätze der Humanistischen Psychotherapie zur Behandlung von Störungen eingesetzt werden.

Breite in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung

Weiterhin wurde nach eigenen Recherchen des WBP deutlich, dass es zwar für die einzelnen psychotherapeutischen Ansätze Aus-, Weiter- oder Fortbildungen und jeweils spezifische Curricula gibt, für die HPT aber weder national noch international in der hier beantragten Zusammenstellung der AGHPT mit den zehn Ansätzen (gemeinsame) Curricula entwickelt und umgesetzt worden sind.

Einordnung als Psychotherapieverfahren durch seine Vertreterinnen

Es kann auf der Basis der internationalen Literatur festgestellt werden, dass die HPT vielfach neben psychodynamischer, kognitiv-verhaltenstherapeutischer und systemischer Therapie als eine vierte psychotherapeutische Grundorientierung betrachtet wird. Es wird jedoch auch deutlich, dass die internationalen Definitionen mit den zehn Ansätzen der Definition der HPT durch die Antragsteller nicht deckungsgleich sind. Beispielsweise werden in der viel zitierten Metaanalyse von *Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire (2013)* einige körperpsychotherapeutische Ansätze wie die integrative Therapie und die Transaktionsanalyse nicht erwähnt, die von den Antragstellern der HPT zugerechnet wurden.

In der Anhörung der Vertreter der HPT war seitens des WBP ausdrücklich danach gefragt worden, ob für den Fall, dass die Basis für eine wissenschaftliche Anerkennung bei einem oder mehreren der psychotherapeutischen Ansätze nicht erkennbar sei, diese eventuell aus der Gesamtbetrachtung des Antrages der AGHPT herausgelassen werden sollten. Diese Option wurde von den Vertretern der AGHPT mit dem Argument ausgeschlossen, eine in HPT ausgebildete Psychotherapeutin müsse uneingeschränkt über ein entsprechendes Wissen über alle zehn Ansätze verfügen und diese in der Praxis auch einsetzen können.

Studien zur Wirksamkeit der zehn Ansätze der Humanistischen Psychotherapie

Da der Antrag der AGHPT nachvollziehbare Argumente für die Sicht der HPT als Verfahren aufwies und v. a. das Kriterium der Indikation und differentiellen Indikation nicht ohne die Sichtung und Bewertung empirischer Studien geprüft werden konnte, hat der WBP parallel zur Verfahrensfrage eine Prüfung und Bewertung der verfügbaren Therapiestudien vorgenommen.

Von den Antragstellern wurden 313 Studien eingereicht. In Kooperation zwischen WBP und dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurden in den Jahren 2013 und 2016 zwei weitere Literaturrecherchen durchgeführt. Zusätzlich haben die Antragsteller bzw. einzelne Fachgesellschaften weitere Studien ergänzt. Nach Prüfung der Verfügbarkeit und Relevanz der entsprechenden Studien ergab sich eine Anzahl von 481 Studien, berichtet in 516 Publikationen, die prinzipiell zur Frage der Wirksamkeit relevant waren.

Bei der Begutachtung von Wirksamkeitsstudien prüft der Beirat in einem ersten Durchgang (Screening) zunächst, ob notwendige Mindestkriterien vorliegen, damit eine Untersuchung als Wirksamkeitsnachweis gewertet werden kann. Diese Mindestkriterien sind: (a) die Untersuchung muss an

einer klinischen Stichprobe durchgeführt worden sein, (b) die Diagnosen müssen durch objektive und zuverlässige Methoden erhoben worden sein, (c) ein Gruppenvergleich zu einer Kontroll- oder Vergleichsgruppe hat stattgefunden und die Parallelität der Gruppen war gesichert, (d) eine zuverlässige Messung der Ergebniskriterien (Zielkriterien) erfolgte, (e) die Zielkriterien bezogen sich auf die Symptomatik der Patientinnen, (f) die Darstellung der Befunde ermöglicht einen methodisch korrekten Vergleich zwischen den Gruppen und (g) der untersuchte psychotherapeutische Ansatz ist ein Ansatz der HPT.

Diese Kriterien wurden jeweils durch zwei Mitglieder des WBP für alle ausgewählten Studien geprüft und anschließend im Gremium besprochen und bewertet. Bei einem Großteil der Studien (367 Studien in 380 Publikationen) war mindestens eines dieser Screening-Kriterien nicht erfüllt, sodass diese Studien nicht weiter berücksichtigt werden konnten. Bei einem erheblichen Teil dieser nicht berücksichtigten Studien handelte es sich um Untersuchungen, die nicht an klinischen Stichproben durchgeführt worden sind oder in denen keine Kontroll- bzw. Vergleichsgruppen vorhanden waren. So befanden sich in der eingereichten Liste von Studien beispielsweise Untersuchungen über die Veränderung psychischer Befindlichkeiten von Lehrerinnen und Lehrern im Laufe eines Gestalt-Workshops oder ausschließliche Prä-Post-Untersuchungen ohne eine Vergleichsgruppe.

Bei einigen Studien führte die Beurteilung des Beirats als „nicht zur HPT gehörende Intervention" zum Ausschluss der entsprechenden Untersuchung. So wurde beispielsweise ausführlich diskutiert, ob der Einsatz der psychotherapeutischen Technik „paradoxe Intention" in einer Studie zur Behandlung von Agoraphobie *(Ascher, 1981)* sowie eine Reihe von Studien zu Schlafstörungen ebenfalls aus der Arbeitsgruppe von Ascher (z. B. *Ascher & Turner, 1980*) als „humanistisch" im Sinne der HPT gelten kann. Nach ausführlicher Diskussion im Plenum kam der WBP zu dem Ergebnis, dass die „paradoxe Intention" zwar auf eine Idee von Viktor Frankl (Logotherapie) zurückgeführt werden kann und die Autoren in den entsprechenden Veröffentlichungen teilweise auch Bezug auf Frankl nehmen. Allerdings wird diese psychotherapeutische Maßnahme in den genannten Studien sehr deutlich als Technik in einem verhaltenstherapeutischen Kontext eingesetzt (siehe z. B. *Ascher, 1981, S. 535; Ascher & Turner, 1980, S. 123; Ascher & Schotte, 1999, S. 74*). *Ascher und Schotte (1999)* schreiben beispielsweise auf Seite 74: „Therapy for both groups included techniques based on cognitive therapy (e. g. Beck, 1976), anxiety reduction procedures (e. g. Wolpe, 1990) and skills training (e. g. Heimberg, Dodge & Becker, 1987)". Als „paradox" wurde die Intervention deshalb in diesen Studien bezeichnet, weil die Patientinnen ihre Symptome nicht vermeiden, sondern sich mit diesen „auseinandersetzen" bzw. „konfrontieren" sollten, um eine Veränderung zu erreichen. Sowohl die dahinterliegende, in der Publikation so erklärte Wirkweise (Habituation) als auch das psychotherapeutische Vorgehen sind eindeutig verhaltenstherapeutisch begründet.

Anhand der genaueren Prüfung von 114 Studien (in 136 Publikationen), die nach dem Screening entsprechend der oben genannten Mindestkriterien (a) bis (g) prinzipiell als Wirksamkeitsnachweise in Frage kamen, konnten nach den Kriterien des Methodenpapiers für den Bereich der Psychotherapie bei Erwachsenen 27 Studien als Wirksamkeitsnachweise anerkannt werden. Diese verteilen sich wie folgt auf folgende Anwendungsbereiche (Störungsbereiche):

- Affektive Störungen – 5 Studien
- Angststörungen – 2 Studien
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – 1 Studie
- Anpassungs- und Belastungsstörungen – 4 Studien
- Essstörungen – 1 Studie
- Psychische Faktoren bei somatischen Erkrankungen – 12 Studien
- Schizophrenie und wahnhafte Störungen – 1 Studie
- Gemischte Störungen – 1 Studie.

Bei 13 dieser Studien wurde nach der gesprächspsychotherapeutischen Methode vorgegangen; bei fünf Studien wurde die emotionsfokussierte Therapie (EFT) eingesetzt. Die übrigen neun Wirksamkeitsnachweise verteilen sich auf weitere sechs psychotherapeutische Ansätze. Für zwei der psychotherapeutischen Ansätze (Integrative Therapie und Pesso Boyden System Psychomotor) liegt für keinen der Anwendungsbereiche eine Wirksamkeitsstudie vor.

Für den Indikationsbereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden vom WBP zwei Studien mit Wirksamkeitsnachweisen für die gesprächspsychotherapeutische Therapie anerkannt; eine im Anwendungsbereich „Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens" und eine für den Störungsbereich „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten".

Die Bewertung der Therapiestudien nach den Kriterien des Methodenpapiers zeigt ferner, dass bei 87 der 114 berücksichtigten Studien die Wirksamkeit von humanistischen Ansätzen gemäß dem Antrag der AGHPT gegenüber Kontroll- oder Vergleichsbedingungen nicht gezeigt werden konnte. Die negativ bewerteten Studien verfügten entweder nicht über eine ausreichende methodische Qualität, um einen Effekt für einen humanistischen Ansatz nachweisen zu können oder konnten bei ausreichender methodischer Qualität keinen Effekt nachweisen bzw. zeigten eine Unterlegenheit des humanistischen Ansatzes gegenüber einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren.

Ein Teil dieser 87 Studien bezieht sich auf Untersuchungen zur GPT, die auch bei der Prüfung der GPT in den Jahren 1999 und 2002 eingeflossen sind. Im Gegensatz zu späteren Gutachten des WBP gibt es zu dem Gutachten aus dem Jahr 1999 keine Liste mit explizit anerkannten Studien. Aus

den vorhandenen Dokumentationen des damaligen Entscheidungsprozesses geht hervor, dass der WBP seinerzeit mehrheitlich die Kriterien für die wissenschaftliche Anerkennung von zunächst drei und im Jahr 2002 dann vier Anwendungsbereichen der Psychotherapie als erfüllt angesehen hat.

Der WBP hat zur Wahrung der Transparenz im Herbst 2017 die Liste der (vorläufigen) Studienbewertungen an die Antragsteller versandt, um ggf. korrigierende oder ergänzende Informationen zu erhalten. Von den Antragstellern der HPT wurden für eine Reihe von Studien die aktuellen Bewertungen des WBP hinterfragt. Diese Studien wurden noch einmal einer eingehenden Prüfung unterzogen und kritisch im Plenum diskutiert. Nachfolgend wird beispielhaft an ausgewählten Studien erläutert, warum diese letztlich nicht positiv in die Bewertung einbezogen wurden:

In einer teilrandomisierten Studie von *Svartberg, Seltzer, Choi und Stiles (2001)* wurden insgesamt 21 Patientinnen (weiblich und männlich) behandelt, überwiegend mit verschiedenen Angststörungen, aber auch depressiven Störungen, Anpassungsstörungen, Zwangsstörungen und psychosexuellen Störungen. Bei zwei Patientinnen konnte keine klinische Diagnose gestellt werden. Es wurde ein Vergleich zwischen der Wirksamkeit von „Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy" (einem psychodynamischen Ansatz) und einer gesprächspsychotherapeutischen Intervention vorgenommen. Im Ergebnis zeigten sich für die Ergebnisvariable „Automatische Gedanken" keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen. Die Studie wurde insbesondere nicht anerkannt, weil für einen Nachweis der Nicht-Unterlegenheit („non-inferiority") die Stichprobengröße mit n = 21 deutlich zu klein war.

Neben der methodischen Beurteilung dieser Studie wird an diesem Beispiel auch deutlich, dass der WBP bei einem Vergleich zweier psychotherapeutischer Ansätze keinen Zusatznutzen des zu prüfenden Psychotherapieverfahrens gegenüber der Vergleichsbedingung erwartet, sondern „lediglich" – wenn keine Überlegenheit erkennbar ist – das Kriterium der „non-inferiority" prüft. Für diese Art der Prüfung findet man in der Psychotherapieforschung verschiedene Berechnungsalgorithmen, von denen der WBP einen liberalen Ansatz einsetzte.

In einer amerikanischen Studie einer Arbeitsgruppe in den USA *(Borkovec et al., 1987)* zur Behandlung von Patientinnen (weiblich und männlich) mit generalisierter Angststörung wurden n = 30 Patientinnen randomisiert zwei Behandlungsarmen zugeteilt. Alle Patientinnen wurden in einem Entspannungsverfahren (progressive Muskelrelaxation) unterwiesen. Zusätzlich wurden in zehn der jeweils insgesamt zwölf Sitzungen für je 30 Minuten zusätzlich entweder kognitiv-verhaltenstherapeutische oder gesprächspsychotherapeutische Interventionen durchgeführt. Hieraus wird ersichtlich, dass in dieser Studie nicht die Wirksamkeit der GPT oder der Verhaltenstherapie (VT) allein, sondern nur jeweils in Kombination mit einem Entspannungsverfahren geprüft wurde. Daher ist eine Aussage über die (alleinige) Wirkung gesprächspsychotherapeutischer Intervention nicht möglich. Zudem zeigte sich, dass zwar auch die Kombination Entspannung und GPT zu einer signifikanten Verbesserung auf allen Outcome-Maßen gegenüber den Eingangswerten führte; allerdings waren die Effekte für die Kombination Entspannung mit kognitiver Verhaltenstherapie auf mehreren Ergebnisparametern signifikant stärker.

In der randomisiert-kontrollierten Studie von *Teusch et al. (1997, 1999)* wurden zwei Gruppen von Patientinnen (weiblich und männlich) (je n = 20) mit Agoraphobien im stationären Setting entweder nur mit einer klientenzentrierten Psychotherapie (GPT) oder mit GPT und zusätzlicher Expositionsintervention behandelt. Das Studiendesign erlaubte somit nur die Untersuchung des Zusatznutzens einer Expositionsintervention auf der Basis einer stationären GPT. Für die Untersuchung der Wirksamkeit der GPT fehlt hier eine weitere Kontrollgruppe im Rahmen der RCT. Die Studienergebnisse zeigen, dass sich beide Behandlungsgruppen in ihrer Symptomatik verbessert haben. Zum Zeitpunkt nach der Psychotherapie sowie zur Sechs-Monats-Katamnese sind die Erfolge für die Kombinationsbehandlung (GPT plus VT) signifikant besser als für die GPT-Behandlung allein. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind bei der Zwölf-Monats-Nachuntersuchung nicht mehr signifikant. Auch der Vergleich der Ergebnisse mit einer weiteren Studie von *Hand, Angenendt, Fischer & Wilke (1986)*, in der ausschließlich Expositionstherapie durchgeführt wurde, erlaubt mangels Randomisierung und Parallelisierung der Untersuchungsgruppen keine Aussage zur Wirksamkeit bzw. zur Nicht-Unterlegenheit der GPT. Zudem zeigen sich bei diesem Vergleich deskriptiv bessere Befunde für die verhaltenstherapeutische Behandlung.

In der Studie von *Cottraux et al. (2000)* wurden 67 Patientinnen (weiblich und männlich) mit sozialer Phobie randomisiert entweder der Behandlung „supportive therapy" (ST) oder einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung (KVT) zugewiesen. Die Befunde zeigen bei Messungen zur sechsten und zwölften Woche der Behandlung eine Überlegenheit der KVT. Gleichzeitig unterschieden sich die Behandlungsgruppen bzgl. der Behandlungsdosis (KVT: sechs Mal eine Stunde Einzeltherapie und sechs Mal zwei Stunden Gruppentherapie; ST: sechs Mal 30 Minuten Einzeltherapie). Aus diesen Gründen wurde die Studie nicht als Wirksamkeitsnachweis für die HPT gewertet.

Ein weiteres Beispiel für eine eingereichte Studie, die nicht als Wirksamkeitsnachweis für die GPT gewertet werden konnte, ist die Untersuchung von *(Angulo) Moreno (1983)*. Eine Gruppe von 20 Patientinnen (weiblich und männlich) mit „zwanghafter Störung" wurde auf vier Gruppen aufgeteilt: (a) verhaltenstherapeutische Gruppe, (b) gesprächspsychotherapeutische Gruppe, (c) Psychotherapie-Placebo und (d) Wartekontrollgruppe. Die deskriptiven längsschnittlichen Auswertungen zeigten, dass sich bei etwa gleichem Behandlungs-

umfang die Symptomatik in der VT-Gruppe am deutlichsten verbesserte; die GPT-Behandlung war etwas besser als die unbehandelte Kontrollgruppe, jedoch nicht besser als die Veränderungen in der Placebo-Gruppe. Inferenzstatistische Zwischen-Gruppen-Vergleiche wurden nicht vorgenommen und wären wegen der sehr geringen Stichprobengröße (n = 5 pro Gruppe) für keine der Untersuchungsbedingungen belastbar.

Für die Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung für den gesamten Anwendungsbereich Angst- und Zwangsstörung wäre jedoch auch ein einzelner weiterer Wirksamkeitsnachweis nicht ausreichend gewesen. Im Methodenpapier des WBP ist vorgegeben, dass für die wissenschaftliche Anerkennung in einem Anwendungsbereich mindestens eine methodisch adäquate und valide Studie vorliegt, bei der die katamnestische Untersuchung belegt, dass der Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweisbar ist. Die bisher in diesem Anwendungsbereich als Wirksamkeitsbeleg anerkannten Studien erfüllen dieses Kriterium nicht. Daher müsste für die Feststellung der Wirksamkeit im Anwendungsbereich Angst- und Zwangsstörungen noch mindestens eine methodisch adäquate und valide Studie vorgelegt werden, die auch die langfristige Wirksamkeit zum Sechs-Monats-Katamnesezeitpunkt belegt.

Warum wurden die Studien zur GPT noch einmal geprüft und warum kam der WBP dieses Mal zu einem anderen Ergebnis als im Jahr 2002?

In Anbetracht des im Jahre 2002 mit nur einer Stimme Mehrheit ausgefallenen positiven Votums und des zwischenzeitlich präzisierten Prüfverfahrens war das Risiko einer erneuten Prüfung der GPT – jetzt von den Antragstellern als eine Methode in den Kanon verschiedener psychotherapeutischer Ansätze eingeordnet – bekannt. Zudem hat der WBP in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass bei der Prüfung der HPT als Verfahren eine besondere Situation vorliegt, (1) weil sich zehn bisher als selbstständige Verfahren definierende Psychotherapieansätze nun zu einem „neuen" Verfahren zusammengefunden hatten und (2) weil bereits zwei dieser Ansätze vom WBP geprüft worden waren. Daher hat es der WBP schon im Jahr 2011 – vor der Antragstellung – abgelehnt, eine Prüfung des Verfahrensbegriffs (ohne Berücksichtigung der Studien) gesondert vorzunehmen. Im Antrag der AGHPT wird die GPT als psychotherapeutische Methode innerhalb eines Psychotherapieverfahrens konzeptualisiert.

Infolge des gültigen Methodenpapiers[5] des WBP gab es eine Reihe von Änderungen in der Methodik der Bewertung von Studien und im Algorithmus bei der Gesamtanerkennung als Verfahren. So ist es beispielsweise nach dem aktuellen Methodenpapier notwendig, dass für die epidemiologisch wichtigsten Störungsbereiche „Affektive Störungen" und „Angststörungen" jeweils mindestens drei positiv bewertete Studien vorliegen. Dies war nach den früheren Kriterien des WBP noch nicht notwendig.

Darüber hinaus sind die Kriterien für den Vergleich von zwei aktiven Behandlungsstrategien im aktuellen Methodenpapier methodisch präzisiert worden. Im Einzelfall können sie daher strenger ausfallen. Besonders die sogenannten non-inferiority-Studien wurden im ersten Gutachten weniger strikt geprüft. Non-inferiority liegt dann vor, wenn die geprüfte Therapie nicht mehr als um einen vorher festgelegten Wert („margin") weniger wirksam ist als die etablierte. Dies setzt eine Planung voraus, in der ein solcher „margin" a priori festgelegt wird und die Stichprobengröße so bestimmt wird, dass eine ausreichende Power erreicht wird. Dies war in keiner der Studien zur HPT der Fall. Um dennoch Studien aus dem Bereich der HTP beurteilen zu können, die keinen signifikanten Unterschied zwischen einem Ansatz der HPT und einer als wirksam nachgewiesenen Methode gefunden haben, hat der WBP diese Studien dann als Nachweis der non-inferiority gewertet, wenn die Stichproben groß genug waren, um eine nach dem Methodenpapier noch gerade ausreichende Power (von 0,50) zu gewährleisten. Die im Methodenpapier nun geforderten Voraussetzungen erklären, warum einzelne Studien, die bei der ersten Begutachtung der GPT noch positiv bewertet wurden, im aktuellen Gutachten nicht mehr berücksichtigt werden konnten.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kommt der WBP zu dem Schluss, dass es sich bei der HPT um eine übergeordnete psychotherapeutische Grundorientierung handelt, die im internationalen Schrifttum repräsentiert ist. Die abschließende Beurteilung aller Kriterien des Methodenpapiers erlaubt es jedoch nicht, von der HPT als Psychotherapieverfahren im Sinne des Methodenpapiers des WBP zu sprechen. Gründe dafür sind insbesondere die fehlende systematische sowie differenzierte Vermittlung der zehn Ansätze in einer gemeinsamen Aus-, Fort- oder Weiterbildung und eine fehlende differentielle Indikationsstellung, d. h., wann welche der psychotherapeutischen Ansätze im Verlauf einer Behandlung einzusetzen sind. Vor dem Hintergrund wurde die Wirksamkeit für die einzelnen psychotherapeutischen Ansätze getrennt geprüft.

5 Die Prüfung erfolgte 2002 auf der Grundlage der damals vom WBP zugrunde gelegten methodischen Kriterien. Aufgrund der Erfahrungen bei den ersten Begutachtungen von Psychotherapieverfahren und vor dem Hintergrund methodologischer Weiterentwicklungen in der Evaluationsforschung und der Methodenbewertung im Lichte der evidenzbasierten Medizin hat der WBP seine Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie weiterentwickelt und hierzu ein umfassendes Methodenpapier beschlossen. Das aktuelle Gutachten wurde daher auf Basis des aktuellen Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG – Version 2.8, 2010 erstellt, in dem die Kriterien für die Bewertung der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden auch auf Ebene der einzelnen Studien explizit dargestellt sind. Hierbei wurde auch das sogenannte Schwellenkriterium für die Empfehlung zur Zulassung von Psychotherapieverfahren für die vertiefte Ausbildung zum PP bzw. KJP präzisiert.

Dies galt auch für die Gesprächspsychotherapie, die in dem Antrag als Methode der HPT eingeordnet wurde. Im Ergebnis konnte für die Gesprächspsychotherapie in der Anwendung bei Erwachsenen auf der Basis der aktuell verfügbaren Studien die wissenschaftliche Anerkennung in den Anwendungsbereichen „Affektive Störungen", „Anpassungs- und Belastungsstörungen" und „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen" festgestellt werden. Bei der Bewertung der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie wurde die Emotionsfokussierte Therapie, wie schon bei den früheren Gutachten des WBP, dieser zugerechnet und entsprechend berücksichtigt. Für die übrigen psychotherapeutischen Ansätze konnte in keinem Anwendungsbereich der Psychotherapie auf der Basis der aktuell verfügbaren Studien die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen konnte für keinen der psychotherapeutischen Ansätze in einem der Anwendungsbereiche der Psychotherapie auf der Basis der aktuell verfügbaren Studien die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden.

Die HPT im Sinne des Antrages der AGHPT sowie die Gesprächspsychotherapie konnten daher vom WBP weder als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum PP entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten noch als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum KJP entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden.

Ausblick

Insgesamt ist jenseits der Prüfung der HPT und damit auch der teilweise erneuten Prüfung der einzelnen psychotherapeutischen Ansätze der HPT die empirische Befundlage für die Gruppe der dargestellten psychotherapeutischen Ansätze nicht hinreichend. Das Gutachten gibt deutliche Hinweise auf den bestehenden Forschungsbedarf.

Der WBP hat sich schon in der Vergangenheit und wird sich auch in Zukunft kontinuierlich für eine strukturelle Förderung der Psychotherapieforschung in Deutschland einsetzen, die es gerade auch innovativen und noch nicht hinreichend belegten psychotherapeutischen Ansätzen ermöglichen soll, die erforderliche Evidenzbasierung zu erlangen.

Literatur

Ascher, L. M. (1981). Employing paradoxical intention in the treatment of agoraphobia. Behaviour Research and Therapy, 19 (6), 533-542.

Ascher, L. M. & Schotte, D. E. (1999). Paradoxical intention and recursive anxiety. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30 (2), 71-79.

Ascher, L. M. & Turner, R. M. (1980). A comparison of two methods for the administration of paradoxical intention. Behaviour Research and Therapy, 18 (2), 121-126.

Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (6), 883-888.

Cottraux, J., Note, I., Albuisson, E., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E. et al. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics, 69 (3), 137-146.

Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Hrsg.), Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (S. 495-538). New York: John Wiley & Sons.

Hand, I., Angenendt, J., Fischer, M. & Wilke, C. (1986). Exposure in vivo with panic management: Treatment rationale and longterm outcome. In I. Hand & H.-U. Wittchen (Hrsg.), Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioral treatments (S. 104-127). Berlin: Springer.

Heuft, G. & Esser, G. (2018). Humanistische Psychotherapie: Hochwertige Wirksamkeitsbelege notwendig. Deutsches Ärzteblatt, 115 (11), A-474/B-415/C-415.

Kriz, J. (2018). Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie – Und wie geht es nun weiter? Psychotherapeutenjournal, 17 (3), 251-256.

Moreno, A. (1983). Die Behandlung zwanghafter Störungen: Eine Ergebnisstudie. GwG-Info 51, 141-150.

Munz, D. (2018). Einführende Informationen zum Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und zur Begutachtung der Humanistischen Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal, 17 (3), 251-256.

Svartberg, M., Seltzer, M. H., Choi, K. & Stiles, T. C. (2001). Cognitive change before, during, and after short-term dynamic and nondirective psychotherapies: A preliminary growth modeling study. Psychotherapy Research, 11 (2), 201-219.

Teusch, L. & Böhme, H. (1999). Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive" treatment on exposure. Psychotherapy Research, 9 (1), 115-123.

Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. Psychotherapy and Psychosomatics, 66 (6), 293-301.

Ein anderer Blick auf die Entscheidung zur Humanistischen Psychotherapie des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Jochen Schweitzer[1]

Der Beitrag präsentiert eine zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) alternative Sichtweise zu der bestrittenen „Verfahrenseigenschaft" der Humanistischen Psychotherapie (HPT), zu einer möglicherweise verfahrensentscheidenden Spielregel bei Studienprüfungen sowie grundsätzlich zu der Zusammensetzung des WBP im Hinblick auf dessen Mitglieder und deren „allegiance"[2] zu Therapieverfahren.

Als nicht stimmberechtigtes Mitglied des WBP, an den Beratungen zur HPT von Anfang bis Ende intensiv beteiligt, habe ich in dessen Diskussionen zum Verfahrensbegriff sowie zu manchen Bewertungskriterien der Studien zuweilen deutlich abweichende Auffassungen vertreten. Da die Integration dieser abweichenden Auffassungen in den Diskussionsbeitrag des WBP (siehe den vorstehenden Beitrag des WBP in dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals) nicht gelang, habe ich mich entschlossen, diese separat darzulegen. Ich respektiere die klare, begründete Mehrheitsmeinung meiner fachlich und persönlich geschätzten Kolleginnen und Kollegen, meine aber, dass etwas Pluralität der Sichtweisen hier der künftigen Entwicklung des Psychotherapie-Prüfwesens dienen kann.

Meine abweichenden Auffassungen betreffen die „Verfahrenseigenschaft" der HPT, einige möglicherweise verfahrensentscheidende Prüfregeln bei den Studien sowie die Eignung der Mitgliederzusammensetzung des WBP für die Antragsprüfung der HPT.

1. Die Frage, ob ein beantragtes Verfahren überhaupt ein Verfahren im Sinne des WBP-Methodenpapiers sei, wurde nach meiner Kenntnis bei früheren Verfahrensanträgen formal ebenfalls gestellt, aber regelmäßig „sine ira et studio" knapp und positiv beantwortet. Für beide Optionen („Ist die Humanistische Therapie ein Verfahren oder nicht"), gab und gibt es zahlreiche Pro- und Kontra-Argumente. Zu den Pro-Argumenten gehört nicht nur die Selbstdefinition der Antragsteller sowie vor allem die international gebräuchliche Anerkennung der Humanistischen Therapie als eine der vier großen Therapierichtungen. Dazu gehören auch zahlreiche Hinweise auf eine eigenständige Störungs- und Behandlungstheorie, auf eigenständige Diagnostika und auf eigenständige Indikations- und Kontraindikationskriterien, von denen einige im Gutachten benannt sind und weitere benannt werden können. Vereinzelt (dies ist sicher der kritischste Punkt) existieren auch bereits Weiterbildungsgänge, die mehrere Methoden der HPT in einem gemeinsamen Curriculum integrieren. Eine m. E. durchaus mögliche Anerkennung der Verfahrenseigenschaft hätte der Humanistischen Therapie die Möglichkeit eingeräumt, eventuell zur Anerkennung fehlende Studien (siehe 2.) oder weitere integrierte Ausbildungscurricula noch später nachzureichen. Dies hätte der weiteren Entwicklung der Humanistischen Therapie im Gesundheitswesen und in der Forschung mehr Entwicklungsmöglichkeiten offengelassen. Die Aberkennung der Verfahrenseigenschaft („Humanistische Therapie ist kein Psychotherapieverfahren") als Botschaft an das ganze psychotherapeutische Feld inklusive der Nachwuchskräfte wird solche Bestrebungen, besonders im Forschungssektor, mit hoher Wahrscheinlichkeit auf absehbare Zeit entmutigen.

2. Bei einzelnen Studien, darunter solchen mit möglicherweise positiven Belegen für die HPT bei Angststörungen, war und blieb die Zugehörigkeit der psychotherapeutischen Techniken zu einer HPT-Methode strittig. Insbesondere wurde eine Studie zur paradoxen Intention bei Angststörungen, deren verhaltenstherapeutischer Erstautor Ascher *(Ascher, Schotte & Grayson, 1986)* sich explizit auf den Logotherapeuten Viktor Frankl bezog, wegen ihrer Integration in einen verhaltenstherapeutischen Studien- und Gesamtbehandlungskontext mehrheitlich als nicht humanistisch bewertet und ausgeschlossen. Ferner wurde eine potentiell aussichtsreiche eingereichte Studie zur supportiven Therapie bei Angststörungen *(Klein, Zitrin, Woerner & Ross, 1983)* nicht der HPT zugerechnet, die im Text gleichzeitig als „(psycho-)dynamisch" und „non-direktiv" charakterisiert wurde.

3. Andere Entscheidungen nur an diesen drei Stellen (der Verfahrenseigenschaft sowie Anerkennung zweier Angststudien von *Ascher et al., 1986* und *Klein et al., 1983*) hätten auf Basis des derzeitigen Methodenpapiers zu einer Anerkennung des Verfahrens einschließlich der Studienlage führen können, also zu einem ganz anderen Ausgang.

4. Die Humanistischen Therapien verfügen über teilweise sehr elaborierte Prozessforschungsstudien, auch aus neuester Zeit, die die Wirksamkeit einzelner ihrer Techniken innerhalb von Therapiesitzungen eindrucksvoll demonstrieren. Aufgrund der Beschränkung des Wirksamkeitsbegriffs auf RCT-Studien blieben solche Wirksamkeitshinweise zwangsläufig unberücksichtigt.

5. Dem Beirat gehörte während der Prüfperiode der HPT kein Mitglied an, das gemäß Selbstbekundung auf der WBP-Homepage („Interessenbekundungen") seinen eigenen aktuellen Praxis- und Forschungsschwerpunkt in einer humanistischen Methode hat, wenngleich mehrere Beiratsmitglieder frühere Weiterbildungserfahrungen in solchen Methoden mitbringen. Diese Begrenzung muss-

1 Jochen Schweitzer ist von der Bundespsychotherapeutenkammer entsandtes stellvertretendes Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie für die Amtsperiode 2011 bis 2018. Er forscht am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Heidelberg zur Wirksamkeit systemischer Therapie sowie aktuell zu seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus (BMBF-Verbund SEEGEN).

2 „Allegiance bias" bedeutet eine theoretisch mögliche Bewertungsverzerrung dadurch, dass die Bewertenden aufgrund ihrer objektiven Interessen oder subjektiven Vorlieben einem von zwei zu prüfenden Verfahren mehr zuneigen als dem anderen.

te das klinische Nachvollziehen der von den Antragstellern postulierten inneren Zusammenhänge zwischen den zehn genannten Methoden zwangsläufig erschweren.

6. Beiratsmitglieder werden wegen ihrer wissenschaftlichen Qualifikation in der Psychotherapieforschung berufen, nicht wegen ihrer Zugehörigkeit zu Therapieverfahren. Gleichwohl sind ausweislich der Interessenbekundungen auf der WBP-Homepage fast alle derzeitigen Beiratsmitglieder als Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten oder Forscherinnen bzw. Forscher oder Ausbilderinnen bzw. Ausbilder, teilweise auch als Leiter und Inhaber von Ausbildungsinstituten in einem der bislang wissenschaftlich anerkannten, mit der HPT in der Therapieausbildung potentiell konkurrierenden Verfahren tätig. Eine (nur) in dieser Hinsicht unausgewogene Zusammensetzung des Beirates ist als möglicher objektiver „allegiance bias" in diesem Prüfverfahren nicht auszuschließen.

Als Ergebnis dieser Überlegungen möchte ich für die Zukunft dafür plädieren, …

- Anträge „entwicklungsoffener" zu prüfen – nämlich so, dass den Antragstellern im Prüfungsverlauf und im Gutachten im Hinblick auf noch als unvollständig bewertete Anforderungen (hier auf die innere Kohärenz des Verfahrens, auf eine noch sichtbarere „Einheitlichkeit" der HPT-Methoden sowie auf möglicherweise fehlende Studien, hier zum Störungsbereich Angst) mit konkreten Empfehlungen verdeutlicht wird, mit welchen Nachreichungen sie das Kriterium positiv erfüllen würden. Das erfordert einen intensiveren Dialog mit den Antragstellern im Prüfprozess als bislang.
- bei psychotherapeutischen Techniken grundsätzlich davon auszugehen, dass sie mehr als einer Schule zugleich angehören können – und sie auch ihrer „ursprünglichen" Schule weiterhin zuzurechnen, wenn sie später von einem anderen Therapieverfahren „vereinnahmt" wurden. Alle mir bisher bekannten Versuche der „sortenreinen" Zuordnung psychotherapeutischer Techniken und Methoden zu einem von zwei Therapieverfahren, die diese für sich „beanspruchen", sind gescheitert.
- die Zusammensetzung des WBP künftig in zweierlei Hinsicht anders zu gestalten: nämlich so, dass ein „allegiance bias" nach objektiven Kriterien weniger wahrscheinlich wird als bislang, und so, dass über das zu prüfende Verfahren mehr „Insider"-Kompetenz im Prüfgremium vertreten ist. Dazu müssten die Regeln zur interessensausgewogenen Zusammensetzung des Beirates ergänzt werden, die ja bereits zwischen Ärztinnen[3] und Psychotherapeutinnen sowie zwischen Kinder-/Jugendlichen- und Erwachsenentherapeutinnen gut balanciert sind. Denkbar wäre, dass von zwölf Mitgliedern mindestens zwei oder besser drei dem zu prüfenden Verfahren, mindestens zwei einem weiteren vom WBP noch nicht zugelassenen Verfahren und mindestens zwei als „reine Methodiker" gar keinem Psychotherapieverfahren nahestehen, sodass die Anzahl von Beiratsmitgliedern mit Affiliation zu bisherigen Richtlinienverfahren auf maximal die Hälfte des Kollegiums begrenzt würde. Nach meiner gut siebenjährigen Erfahrung als „stellvertretendes" und in den Beratungen sehr aktives Mitglied scheint es mir ferner wünschenswert, die bisherige Unterscheidung in zwölf stimmberechtigte und zwölf nicht stimmberechtigte stellvertretende Mitglieder in der Satzung aufzuheben.

Literatur

Ascher, L. M., Schotte, D. E. & Grayson, J. B. (1986). Enhancing Effectiveness of Paradoxical Intention in treating travel restriction in agoraphobia. Behavior Therapy, 17, 124-130.

Klein, D. F., Zitrin, C. M., Woerner, M. G. & Ross, D. C. (1983). Treatment of Phobias II: Behavior Therapy and Supportive Psychotherapy: Are There Any Specific Ingredients. Archives of General Psychiatry, 40 (2), 139-145.

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

Nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie: Rechtliche Auswirkungen auf die Gesprächspsychotherapie

Dr. jur. Markus Plantholz[1]

§ 11 PsychThG vom 25. Juli 1998 bestimmt, dass ein Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie einzurichten ist. Dieser wurde am 07.10.1998 konstituiert und wird von der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gebildet. Seine Aufgabe ist originär die in § 11 PsychThG niedergelegte gutachterliche Beratung von Behörden bei ihrer Aufgabenerfüllung nach dem PsychThG. Der Wissenschaftliche Beirat sieht seine Tätigkeit, wie seine Geschäftsordnung beleuchtet, als wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung. Deshalb gibt er nicht nur im Auftrag von Behörden wissenschaftliche Stellungnahmen ab; vielmehr macht er es sich zur Aufgabe, die Anerkennung einzelner psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden auf Grundlage seiner als Methodenpapier verabschiedeten Verfahrensregeln zu beurteilen. So wurde er auch tätig, nachdem die Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) mit Schreiben vom 12.10.2012 den Antrag auf Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gestellt hat.

Der Humanistischen Psychotherapie waren von den Antragstellern auch die Gesprächspsychotherapie und die Psychodramatherapie zugeordnet worden, deren wissenschaftliche Anerkennung bereits zuvor vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie geprüft worden war. Auf den früheren Antrag der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie auf Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie hin war der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seinem Gutachten vom 30.09.1999 *(Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2000)* zu dem Ergebnis gekommen, dass die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie auf der Grundlage der damaligen Kriterien für die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen", „Angststörungen" und „Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten" der Psychotherapie bei Erwachsenen festgestellt werden kann. Zusätzlich hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie ein Jahr später noch die Anerkennung für den Bereich der Belastungsstörungen ausgesprochen. Er empfahl daher, die Gesprächspsychotherapie als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin[2] entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zuzulassen. Nach der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie war die Aufnahme als weiteres Richtlinienverfahren in die Psychotherapie-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss jedoch abgelehnt worden. Ursächlich dafür war neben einer engeren Definition der Gesprächspsychotherapie auch, dass dem Bewertungsprozess andere methodische Kriterien zugrunde lagen.

Deutlich später dann, aber dennoch auch in Reaktion auf diese Divergenz und zur Harmonisierung der Bewertungskriterien, entwickelte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie neue Verfahrenskriterien anhand eines Methodenpapiers. In dessen Version 2.8 vom 20.09.2010, dort Ziffer III.1., ist bestimmt, dass nur solche Psychotherapieverfahren als Verfahren für die vertiefte Ausbildung nach § 1 Abs. 1 PsychTh-APrV zugelassen werden sollen, deren wissenschaftliche Anerkennung mindestens für die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen" und „Angststörungen" sowie zusätzlich bei mindestens einem der Anwendungsbereiche 3. bis 5. oder zwei der Anwendungsbereiche 6. bis 18. nach Ziffer III.1. des Methodenpapiers festgestellt werden kann. Auf der Grundlage dieses Methodenpapiers und des Antrages der AGHPT nun gelangte der Wissenschaftliche Beirat in seinem Gutachten vom 11.12.2017 zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Humanistischen Psychotherapie nicht um ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren handele. Inzident in diesem Gutachten stellte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie für die Gesprächspsychotherapie in seinem Gutachten zwar die Anerkennung in drei Anwendungsbereichen fest. Zu diesen zählt aber nunmehr nicht der für eine Empfehlung zur vertieften Ausbildung als zwingend angesehene Anwendungsbereich der Angststörungen. Nach dem Methodenpapier Version 2.8 ist dies letztlich entscheidend: Ausweislich des Gutachtens lagen zwar (weiterhin) zwei Studien aus den Jahren 1976 und 1987 vor, die zu einem Wirksamkeitsnachweis für die Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung von Angststörungen gelangten, aber auch mehrere Studien mit dem Ergebnis, dass die sog. supportive Therapie der kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen sei. Bei diesen Studien zur supportiven Therapie sei geprüft worden, ob spezifische Elemente der Gesprächspsychotherapie in ausreichendem Umfang umgesetzt wurden, um sie dieser zuzuordnen. Die Gesprächspsychotherapie erfülle daher (lediglich) die Voraussetzungen für die Anerkennung als *Methode.*

Das Gutachten hat hohe Wellen geschlagen. Teils wurden die Bewertungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie als politisch motiviert oder „in hohem Maße sachwidrig" kritisiert.[3] Gefragt wurde u. a. auch, ob der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie überhaupt legitimiert sei, die Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie zu überprüfen, oder es nicht unter Vertrauensgesichtspunkten einen rechtlichen Schutz vor erneuter Überprüfung geben müsse (dazu der folgende Abschnitt „Der Wissenschaftliche Beirat

1 Rechtsanwalt und Justiziar der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung.
2 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der hinteren inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.
3 Siehe: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/88699/Wissenschaftlicher-Beirat-Psychotherapie-lehnt-Humanistische-Psychotherapie-ab [24.10.2018].

Psychotherapie und seine gutachterlichen Stellungnahmen: eine Einordnung"). In der Tat existieren für die Gesprächspsychotherapie staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute und berufsrechtlich geregelte Bereichsweiterbildungen in den Weiterbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern in Anlehnung an die Muster-Weiterbildungsordnung der BPtK. Psychotherapeutinnen, deren Approbation auf der Ausbildung in der Gesprächspsychotherapie beruht, fragen sich, ob die Approbation gefährdet ist. Deshalb sollen hier die Rechtsfolgen des Gutachtens beleuchtet werden (dazu der Abschnitt „Zu den Rechtsfolgen des Gutachtens vom 11.12.2017"). Es geht dabei in keiner Weise um eine berufspolitische Bewertung, sondern ausschließlich um den verwaltungsrechtlichen Hintergrund.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie und seine gutachterlichen Stellungnahmen: eine Einordnung

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie ist in § 11 PsychThG verankert. Gemäß § 11 Satz 1 PsychThG soll eine zuständige Behörde, wenn und soweit nach dem PsychThG die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für ihre Entscheidung ist, in Zweifelsfällen diese Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirates treffen. Bereits aus dem Wortlaut des § 11 Satz 1 PsychThG ist erkennbar, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie seine gesetzliche Aufgabe zur Entscheidungsvorbereitung der zuständigen Behörde erhalten hat, aber selbst keine Entscheidungen mit unmittelbarer Außenwirkung trifft. Die Norm spricht redaktionell eindeutig von der „Entscheidung der zuständigen Behörde". Festzuhalten ist deshalb zunächst in aller Klarheit, dass der Wissenschaftliche Beirat kein außenwirksames Recht setzt. Seine Stellungnahmen sind keine Verwaltungsakte – auch nicht in der Form einer sog. Allgemeinverfügung nach § 35 Satz 2 VwVfG. Ein Verwaltungsakt ist nach der Legaldefinition des § 35 Satz 1 VwVfG jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalls auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat keine Behördenqualität – er ist auch nicht sog. Beliehener (wie etwa der TÜV) – noch gibt er seine Stellungnahme mit unmittelbarer Rechtswirkung nach außen ab. Er trifft in diesem Sinne keine Regelung, denn aus seinen Stellungnahmen entsteht keine rechtliche Bindungswirkung für Außenstehende. Die Zuständigkeit für den Erlass eines Verwaltungsaktes wie etwa der Anerkennung der Ausbildungsstätte nach § 6 PsychThG bleibt also stets bei der zuständigen Behörde selbst. Verwaltungsrechtlich ist dies eigentlich selbstverständlich und die Gesetzesbegründung[4] bestätigt dies auch. Danach haben die zuständigen Behörden *„die Möglichkeit, zur Bewertung der Verfahren eine gutachterliche Stellungnahme der auf Bundesebene zuständigen Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der Bundesärztekammer, alternativ eines von diesen Organisationen gebildeten gemeinsamen wissenschaftlichen Beirates, für dessen Einrichtung § 11 die Grundlage bietet, einzuholen. Hierdurch wird eine einheitliche Anerkennungspraxis durch die zuständigen Behörden ermöglicht. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Länder Kammern der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten errichten. Diese können künftig Berufs- und Weiterbildungsordnungen für die Berufe erlassen. In den Weiterbildungsordnungen können die Länder Regelungen für Weiterbildungs- oder Zusatzbezeichnungen treffen."*

Eine Übertragung von Kompetenzen für außenwirksame Entscheidungen an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ergibt sich also auch nicht aus den Gesetzesmaterialien des PsychThG. In der Folge ist der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in verwaltungsgerichtlichen Verfahren auch nicht passivlegitimiert, kann also nicht Klagegegner sein. Wenn es um Einwände gegen ein Gutachten geht, müssen diese vielmehr inzident im Rahmen eines Rechtsstreites gegen eine Behörde, z. B. im Zusammenhang mit einer Entscheidung wegen der Erteilung der Approbation oder der Anerkennung eines Ausbildungsinstituts nach § 6 PsychThG, erfolgen; eine auf Feststellung einzelner Tatbestandsmerkmale gerichtete Partikularfeststellung ist nach deutschem Recht grundsätzlich unzulässig. Liegt in einem positiven Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates über die Anerkennung eines Verfahrens kein Verwaltungsakt und auch keine normenkonkretisierende Verwaltungsentscheidung, die isoliert gerichtlich überprüfbar wäre, gilt dies im Übrigen auch umgekehrt für die Feststellung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie, dass ein vormals anerkanntes Verfahren die heutigen Voraussetzungen für die Anerkennung eines Verfahrens nicht mehr erfüllt.

Nun stellt sich dennoch die Frage, ob und wie weit eine Bindungswirkung der Behörden an Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie bei deren Entscheidungen besteht. Das Bundesverwaltungsgericht hat sich bereits einmal etwas intensiver mit dieser Frage auseinandergesetzt, und zwar in einem Streit um die Anerkennung einer Ausbildungsstätte nach § 6 PsychThG auf der Grundlage der Gesprächspsychotherapie für Kinder und Jugendliche.[5] Den Behörden, die sich als Entscheidungsträger auf eine solche Stellungnahme berufen, kommt kein Beurteilungsspielraum zu. Ein solcher wäre gerichtlich nicht voll überprüfbar. Eine Beurteilungsermächtigung und damit eine Ausnahme von der durch Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG grundsätzlich gebotenen vollständigen gerichtlichen Nachprüfung wird mitunter in der Rechtsprechung angenommen, wenn gesetzlich für eine Bewertung ein fachlich besonders legitimiertes, weisungsfrei arbeitendes Gremium eingerichtet ist. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie sei zwar ein Kollegialorgan, das inso-

4 Bundestags-Drucksache 13/8035, S. 19.
5 Bundesverwaltungsgericht, Urt. v. 30.04.2009 – 3 C 4.08.

weit auch die Fähigkeit habe, *„mögliche Auffassungsunterschiede bereits in sich zum Ausgleich"* zu bringen und *„die zu treffende Entscheidung damit zugleich versachlicht"*. Anders als der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Aufstellung von Richtlinien nach § 92 SGB V habe der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie aber eben nur eine beratende und unterstützende Funktion.

Zur Bedeutung von Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie und den Maßstäben für die gerichtliche Prüfung im Rahmen eines gegen eine behördliche Entscheidung gerichteten Verfahrens hat das Bundesverwaltungsgericht – insoweit abweichend von den vorangegangenen Entscheidungen der Instanzgerichte[6] – herausgearbeitet, dass diesen Gutachten im Regelfall eine weitergehende Bedeutung zukommt als sonstigen Gutachten etwa der Fach- und Berufsverbände. Der Gesetzgeber habe den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gerade deshalb geschaffen und mit einer besonderen fachlichen Legitimation ausgestaltet, um die Anerkennungspraxis der Landesbehörden zu strukturieren und zu vereinheitlichen. Seine plurale Zusammensetzung solle Einseitigkeit zugunsten bestimmter Interessengruppen oder Therapierichtungen verhindern und eine höhere Richtigkeitsgewähr bieten. Seine Gutachten könnten deshalb als allgemeine Erfahrungssätze eingeordnet werden. Das Bundesverwaltungsgericht sieht die Qualität der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie auf einer Ebene mit den im Umweltrecht gängigen antizipierten Sachverständigengutachten wie etwa der TA Lärm, die dort – anders als hier – allerdings als normenkonkretisierende Verwaltungsvorschriften unmittelbar gerichtlich angegriffen werden können. Diese Einordnung hat Auswirkungen auf den gerichtlichen Prüfungsmaßstab: Denn es sei dann nicht entscheidend, ob sich einzelne Gegenmeinungen zu der Ansicht des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie finden lassen, sondern nur, ob die Tragfähigkeit seiner Annahmen prinzipiell in Zweifel gezogen werden müssen, etwa weil die von ihm angewandten Methoden wissenschaftlich nicht haltbar oder die Erkenntnisgrundlagen unvollständig oder weil die Ergebnisse von einem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis überholt seien. Dies zu beurteilen liegt dem Verfasser natürlich fern; klar ist aber, dass eine sehr weitreichende Darlegungslast bei demjenigen liegt, der die Annahmen des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie in Zweifel zieht. Das gilt auch für die Frage, ob das Methodenpapier Version 2.8 wissenschaftlichen Maßstäben für die Prüfung der Anerkennung eines Verfahrens standhält. Festhalten kann man jedoch, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie berechtigt war, sein Methodenpapier wie geschehen anzupassen – insbesondere das Ziel einer strukturellen Harmonisierung mit den Bewertungsmaßstäben des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ein legitimer Zweck einer solchen Änderung – und zu überprüfen, ob ein bereits anerkanntes Verfahren den veränderten Kriterien standhält. Einen Auftrag einer Behörde brauchte es dazu nicht. Der in der Literatur vertretenen hauptsächlich aus der ärztlichen Therapiefreiheit hergeleiteten Ansicht, ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren i. S. d. § 1 Abs. 3 PsychThG könne bereits dann angenommen werden, wenn es wissenschaftlich begründete Argumente in der Profession der Psychotherapeutinnen für sich findet, wobei dann auch eine Mindermeinung ausreiche, oder wenn das psychotherapeutische Verfahren in der Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden hat und in der beruflichen Praxis von einer erheblichen Zahl von Psychotherapeutinnen angewandt wird,[7] hat das Bundesverwaltungsgericht jedenfalls eine Absage erteilt. Zudem hat das Gericht die Voraussetzung anerkannt, dass ein Verfahren für die Behandlung besonders häufig auftretender Störungsbilder geeignet sein müsse. Nach dem Sinn und Zweck sowie der praktischen Möglichkeit einer vertieften Ausbildung sei nicht jedes für einzelne Anwendungsbereiche wissenschaftlich anerkannte Verfahren geeignet, sondern nur solche Verfahren, deren Einsatz für eine Mehrzahl von Störungsbildern indiziert ist, denen also in der Behandlungspraxis eine hinreichend breite therapeutische Relevanz zukommt. Offenlassen konnte das Gericht dabei, ob die geforderte Bandbreite von Indikationen nach den damaligen methodischen Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie angemessen war.

Festzuhalten bleibt dennoch, dass § 11 Satz 1 PsychThG eine Soll-Vorschrift ist. Eine unmittelbare Bindungswirkung für die Entscheidung der Behörde gibt § 11 Satz 1 PsychThG trotz der Bedeutung der Gutachten nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts nicht her. Die Entscheidungsspielräume der Behörde werden nur für den *Regelfall* gebunden. *Atypische Fälle* etwa können damit auch anders beurteilt werden. In jedem Fall muss die Behörde eine eigene Entscheidung treffen und kann dazu im Rahmen eines geordneten Verwaltungsverfahrens nach Maßgabe des § 26 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 VwVfG insbesondere in Zweifelsfällen einen weiteren Sachverständigenbeweis erheben. Die Anhörung weiterer Sachverständiger etwa ist durch die Benennung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie in § 11 PsychThG nicht ausgeschlossen.

Zu den Rechtsfolgen des Gutachtens vom 11.12.2017

Da das Gutachten nur im Verwaltungsbinnenrecht Bedeutung hat, sind seine Auswirkungen auf Verwaltungsentscheidungen und Normsetzungen der Verwaltung mittelbar. Solche Auswirkungen kann das Gutachten vor allem auf die Approbation Psychologischer Psychotherapeutinnen, auf die Anerkennung als Ausbildungsstätte nach § 6 PsychThG sowie auf die Weiterbildungsordnungen haben.

6 VG München, Urt. v. 22.05.2005 – M 16 K 02.712; VG Leipzig – 4 K 376/02; OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.01.2008 – 13 A 5238/04.
7 Pulverich, Psychotherapeutengesetz, 3. Aufl., S. 53, § 1 Rdnrn. 30ff.; Behnsen/Bernhardt, Psychotherapeutengesetz, 1. Aufl., S. 53, 67f.; Francke, Wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren nach § 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG, MedR 2000, 447; Spellbrink, Der wissenschaftliche Beirat nach § 11 PsychThG, PuR 2001, 112.

Zuvorderst stellt sich die Frage, wie mit der **Approbation von Psychologischen Psychotherapeutinnen** umzugehen ist, die ihre vertiefte Ausbildung nach § 1 Abs. 1 Satz 1 PsychThAPrV (ausschließlich) im bislang anerkannten Verfahren der Gesprächspsychotherapie absolviert haben. Der Widerruf der Approbation ist in § 3 PsychThG geregelt. Nach § 3 Abs. 2 PsychThG ist eine Approbation ohne Ermessen der Approbationsbehörde zu widerrufen, wenn nachträglich die Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 oder Nr. 4 PsychThG entfallen. Darum geht es hier aber nicht. Eine (rückwirkende) Rücknahme der Approbation steht nach § 3 Abs. 1 im Ermessen der Behörde, wenn bei ihrer Erteilung die Voraussetzung nicht vorgelegen hat, dass eine vorgeschriebene Ausbildung abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden wurde. Auch dies ist hier nicht der Fall, denn die Approbation nach § 2 PsychThG ist ein begünstigender Verwaltungsakt, der bei Erlass grundsätzlich rechtmäßig war, wenn die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen zu diesem Zeitpunkt als Verfahren der vertieften Ausbildung anerkannt war. Für einen Rückgriff auf das allgemeine Verwaltungsverfahrensrecht insbesondere auf die weitergehenden Tatbestände über den Widerruf eines rechtmäßigen Verwaltungsaktes nach § 49 VwVfG, die Ermessen über einen Widerruf mit Wirkung für die Zukunft eröffnen, ist kein Raum.[8] Soweit man demgegenüber vertritt, dass das PsychThG nicht abschließend ist und § 49 VwVfG ergänzend auch hinsichtlich der Aufhebungsgründe Anwendung finden soll,[9] scheiterte der Widerruf jedenfalls in Ermangelung eines ohne den Widerruf gefährdeten öffentlichen Interesses (§ 49 Abs. 2 Nr. 3 VwVfG) bzw. an der fehlenden Notwendigkeit eines Widerrufs, um schwere Nachteile für das Gemeinwohl zu verhüten (§ 49 Abs. 2 Nr. 5 VwVfG, näher dazu gleich). Die Frage nach dem Behalt der Approbation ist also vergleichsweise rasch geklärt.

Rechtlich problematisch ist daran, dass § 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG die Ausübung von Psychotherapie als „mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren" vorgenommene Tätigkeit definiert. Legte man diese Regelung so aus, dass die Psychotherapeutin Gesprächspsychotherapie aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Anerkennung nach dem neuen Methodenpapier nicht mehr anwenden dürfte, führte dies jedenfalls bei Psychotherapeutinnen, die ihre Approbation auf der Grundlage einer abgeschlossenen Ausbildung in der Gesprächspsychotherapie erhalten haben, dazu, dass die Approbation wertlos wird. Der Wirkung nach verhielte es sich so, als wenn die Approbation auflösend bedingt durch die Aberkennung des Verfahrens durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie erteilt worden wäre und dann mit Aberkennung endete. Das sieht das PsychThG aber gerade nicht vor; wie gezeigt liegt ein Widerrufsgrund für die Entziehung der Approbation nicht vor. Überdies wäre eine gesetzliche Regelung, welche die Berechtigung zur Ausübung der Approbation alleine von einem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie abhängig machte, wohl auch verfassungswidrig. Daraus folgt: Auch eine Psychotherapeutin, die aufgrund einer abgeschlossenen Ausbildung in der Gesprächspsychotherapie approbiert wurde, darf diese weiter ausüben und Behandlungen mit den Mitteln der Gesprächspsychotherapie durchführen. Ob dies auch für die Behandlung von Angststörungen gilt, kann hier nicht vertieft werden, weil es sich auch um eine Frage der Indikation der Behandlung handelt. Ob also die Durchführung von Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen mit Angststörungen gegen die beruflichen Sorgfaltspflichten verstößt, etwa weil sie erkennbar keinen Erfolg erwarten lässt, ist gesondert zu beurteilen.

Darüber hinaus stellt sich die Frage nach der **Aufhebung einer Anerkennung als Ausbildungsstätte**. Voraussetzung für die Anerkennung ist nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 PsychThG, dass Patientinnen, die an psychischen Störungen leiden, nach wissenschaftlich anerkannten Verfahren behandelt werden. Ein spezielles Fachrecht für die Rücknahme oder den Widerruf der Anerkennung enthält das PsychThG nicht, sodass hier der Rückgriff auf das allgemeine Verwaltungsverfahrensrecht, namentlich auf §§ 48, 49 des jeweiligen VwVfG, gegeben ist. Rücknahme und Widerruf stehen im Spannungsfeld von Vertrauensschutz bzw. Rechtssicherheit und dem Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung (Art. 20 Abs. 3 GG). Die Rücknahme dient der Korrektur rechtswidriger Entscheidungen, während der Widerruf auf die Anpassung eines Verwaltungsaktes an eine veränderte Sach- und Rechtslage gerichtet ist. Zum Zweck des Ausgleichs zwischen öffentlichen Interessen einerseits und den privaten Belangen der Adressatin eines begünstigenden Verwaltungsaktes stellt das Gesetz bei der Rücknahme bzw. beim Widerruf nicht nur auf die Rechtswidrigkeit bzw. Rechtmäßigkeit eines Verwaltungsaktes ab, sondern erhebt zusätzliche unterschiedliche Anforderungen hinsichtlich der Aufhebung begünstigender Verwaltungsakte.

Für die Frage, ob es um die Aufhebung eines rechtswidrigen oder rechtmäßigen Verwaltungsaktes geht, d. h. ob § 48 VwVfG oder § 49 VwVfG Anwendung findet, ist auf den Zeitpunkt des Erlasses des Verwaltungsaktes abzustellen. Jedenfalls wenn die Anerkennung als Ausbildungsstätte für die Ausbildung in der Gesprächspsychotherapie vor der Veröffentlichung des Gutachtens vom 11.12.2017 erfolgt ist, war die Anerkennung im Zeitpunkt des Erlasses rechtmäßig. Die Möglichkeit, rechtmäßige begünstigende Verwaltungsakte zu widerrufen, ist nur eingeschränkt eröffnet, denn die Gesetzmäßigkeit der Verwaltung und der Vertrauensschutzgedanke sprechen für den Bestand derartiger Verfügungen. Deshalb kann nach § 49 Abs. 2 VwVfG ein begünstigender Verwaltungsakt, soweit er wie hier nicht auf eine Geldleistung oder eine teilbare Sachleistung gerichtet ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft (§ 49 Abs. 2 VwVfG) lediglich bei

8 Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urt. v. 24.09.1993 – 9 S 1386/91, der die Regelung des § 5 Abs. 2 Bundesärzteordnung als abschließende Regelung mit dem Ergebnis qualifiziert hat, dass ein Widerruf nach § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1-5 LVwVfG Baden-Württemberg nicht möglich ist.
9 Knoop/Ramsauer, VwVfG, Kommentar, 13 Aufl., § 49 Rn. 20c unter Berufung auf einen Beschluss des OVG Bremen v. 18.06.2002 – 1 A 216/01, der dies allerdings gerade nicht hergibt.

Vorliegen der in den Vorschriften abschließend aufgezählten Widerrufsgründe aufgehoben werden. Einen Widerrufsgrund stellt es dar, wenn die Behörde aufgrund nachträglich eingetretener Tatsachen berechtigt wäre, den Verwaltungsakt nicht zu erlassen, und wenn ohne den Widerruf das öffentliche Interesse gefährdet würde (§ 49 Abs. 2 Nr. 3 VwVfG). Nun ist der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie deshalb zur Annahme gelangt, dass die Gesprächspsychotherapie nicht (mehr) die Kriterien eines Verfahrens, sondern nur noch einer Methode erfülle, weil die Kriterien für die Anerkennung zwischenzeitlich methodologisch verändert wurden. Weder fehlt die Eignung zur Behandlung zumindest einzelner Indikationsgebiete noch erweist sich die Anwendung der Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen gar als kontraindiziert. Dass nicht jedes Verfahren für die Behandlung auf allen Indikationsgebiete geeignet sein muss, liegt in der Natur der Sache und zeigt auch das novellierte Methodenpapier; deshalb kann hierin auch kein Grund für die Aufhebung einer einmal erteilten Anerkennung liegen. Ein öffentliches Interesse an einer Aufhebung könnte allenfalls darin liegen, dass künftig Ausbildungen in Verfahren vermieden werden sollen, die nicht nachweislich eine Evidenz für die Wirksamkeit in den am meisten verbreiteten Indikationsgebieten haben. Für einen Widerruf reicht dies aber m. E. nicht aus. Aus dem Katalog der Widerrufstatbestände kommt ansonsten, weil ein neues Gutachten keine Änderung des geschriebenen Rechts (§ 49 Abs. 2 Nr. 4 VwVfG) darstellt, nur der Tatbestand des § 49 Abs. 2 Nr. 5 VwVfG in Frage. Da die Aufhebung auf dieser Grundlage nur möglich ist, um schwere Nachteile für das Gemeinwohl zu verhüten oder zu beseitigen, handelt es sich um eine Auffangklausel, die eng auszulegen ist. Fehlt es schon an einem hinreichend öffentlichen Interesse an der Aufhebung, kommt dieser Widerrufstatbestand erst recht nicht Betracht. Ginge man hingegen entgegen der hier vertretenen Auffassung von einem hinreichenden öffentlichen Interesse an der Aufhebung aus, stünde es im Ermessen der zuständigen Behörde, ob sie die Anerkennung widerruft. Bei der Ausübung des Ermessens wäre auch dann der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten. Das setzt eine Abwägung zwischen den unterschiedlichen Interessen voraus, die m. E. immer noch dazu führen müsste, dass zumindest auch der Abschluss laufender Ausbildungsgänge (und in der Folge auch deren Approbation) möglich sein muss. Im Übrigen sieht § 49 Abs. 6 VwVfG eine Entschädigung im Falle eines Widerrufs nach § 49 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 VwVfG vor. Wird unter diesen Voraussetzungen ein Verwaltungsakt aufgehoben, so hat die Behörde den Betroffenen auf Antrag für den Vermögensnachteil zu entschädigen, der dadurch entstanden ist, dass er in schutzwürdiger Weise auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat.

Zuletzt soll ein Blick auf die **Auswirkungen für die Weiterbildung** geworfen werden. Die Gesprächspsychotherapie ist bisher ein Bereich i. S. d. § 2 der Musterweiterbildungsordnung. Die Regelung selbst beschreibt einen Bereich als ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren (§ 2 Nr. 1) *oder* als psychotherapeutisches Anwendungsfeld, wobei dann die vier Anforderungen nach § 2 Nr. 2 Buchstaben a) bis d) erfüllt sein müssen. Eine Zusatzbezeichnung nach § 2 darf nur führen, wer nach abgeschlossener Weiterbildung die Anerkennung durch die Kammer erhalten hat. Die Anerkennung erfolgt durch Ausstellung einer Urkunde über das Recht zum Führen der Zusatzbezeichnung. § 16 Abs. 1 der Musterweiterbildungsordnung bestimmt, dass die Kammer die Anerkennung einer Zusatzbezeichnung entziehen kann, wenn die für die Anerkennung erforderlichen Voraussetzungen – im Zeitpunkt der Anerkennung – nicht vorlagen. Die Regelung der Musterweiterbildungsordnung ist abschließend zu verstehen; soweit sie in verbindliches Satzungsrecht der jeweiligen Kammer transformiert ist, liegen die Voraussetzungen für einen Widerruf der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung auch nach Veröffentlichung des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nicht vor. Die normativ verbindlichen Weiterbildungsordnungen der Kammern enthalten teils weitergehende Bestimmungen zum Widerruf. § 17 Abs. 1 Satz 1 der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Hessen vom 18.03.2016 etwa bestimmt, dass die Kammer die Anerkennung einer Zusatzbezeichnung auch dann widerrufen kann, wenn die für die Anerkennung erforderlichen Voraussetzungen entfallen sind. Dazu wäre zunächst einmal zu klären, ob die Gesprächspsychotherapie, soweit sie nicht mehr die Anforderungen an ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren erfüllt, die Anforderungen eines Anwendungsfeldes erfüllt. Selbst wenn dies nicht so ist, legitimiert allerdings auch eine Bestimmung wie § 17 Abs. 1 Satz 1 WBO der Landespsychotherapeutenkammer Hessen keine Aufhebung der Anerkennung. Denn wenn die Änderung der Sachlage durch das neue Gutachten nach Anerkennung unter diesen Tatbestand fiele, wäre die Entziehung der Anerkennung jedenfalls unverhältnismäßig, weil nicht zum Schutze der berechtigten öffentlichen Interessen erforderlich.

Im Gegensatz dazu sind die BPtK und die einzelnen Kammern befugt, auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie mit Wirkung für die Zukunft zu reagieren, wobei die Interessen derjenigen Kammermitglieder, die sich in einer Weiterbildung in diesem Bereich befinden, m. E. durch Übergangsregelungen angemessen zu berücksichtigen wären. Eine solche Reaktion muss aber nicht darin bestehen, Gesprächspsychotherapie nicht mehr als Bereich anzuerkennen. § 2 Nr. 1 M-WBO der BPtK in der Fassung der Änderung aufgrund der Beschlüsse des 30. Deutschen Psychotherapeutentages in Hannover am 13.05.2017 verweist zwischenzeitlich bei der Anforderung, dass es sich um ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren handeln müsse, anders als zuvor nicht mehr auf § 11 PsychThG. Daraus folgt eindeutig die Berechtigung, auch abweichende Anforderungen für die wissenschaftliche Anerkennung als nach dem Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie zu statuieren. So wäre es rechtlich ohne Weiteres möglich, § 2 Nr. 1 M-WBO so auszugestalten, dass ein Verfahren als Bereich anzuerkennen ist, das z. B. in drei Indikationsgebieten nachweislich wirksam ist, ohne dass zu

diesen Indikationsgebieten zwingend Angststörungen gehören müssen. Wie dargestellt geht damit keine politische Bewertung einher; es geht rein um die verwaltungsrechtlichen Hintergründe.

Normativ verbindlich sind nur die WBOen der einzelnen Psychotherapeutenkammern, nicht aber die M-WBO der BPtK. Auch die Kammern haben im Rahmen des autonomen Satzungsrechts die Möglichkeit, die Anforderungen an die wissenschaftliche Anerkennung eines Bereichs anzupassen; soweit die jeweilige WBO im Rahmen der Voraussetzungen der Anerkennung explizit auf § 11 PsychThG verweist, wäre hierfür rechtlich allerdings zunächst dieser Verweis (wie in der M-WBO auch) zu beseitigen.

Zusammengefasst trifft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie keine verwaltungsrechtlichen Entscheidungen; er hat nicht den Charakter einer Behörde. Die Umsetzung seiner Gutachten obliegt den Verwaltungsbehörden. Ein Widerruf der Approbation von Psychotherapeutinnen mit Fachkunde (alleine) in der Gesprächspsychotherapie kommt nicht in Frage, weil keiner der im PsychThG abschließend geregelten Gründe hierfür vorliegt. Aufgrund der fortbestehenden Approbation ist § 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG so auszulegen, dass diese Psychotherapeutinnen weiterhin mit den Mitteln der Gesprächspsychotherapie behandeln dürfen, auch wenn die Anforderungen an ein *Verfahren* nach dem Gutachten nach heutigen Maßstäben nicht mehr erfüllt sind. Bestehende Ausbildungsinstitute dürfen laufende Ausbildungen in der Gesprächspsychotherapie weiterhin durchführen. Ggf. würde bei einem Widerruf der Anerkennung mit Wirkung für erst in Zukunft begonnene Ausbildungen ein Entschädigungsanspruch bestehen. Weiterbildungsrechtlich besteht im Regelfall keine Möglichkeit, eine einmal erteilte Berechtigung zur Führung einer Bezeichnung nach der WBO wegen des Gutachtens zu widerrufen. Mit Blick auf die Zukunft besteht für die Kammern ein Spielraum bei der Rechtsetzung, die Kriterien des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie oder abweichende, sachgerechte Kriterien für die Anerkennung eines Bereichs heranzuziehen.

Literatur

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP). (2000). Gutachten zur Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. Deutsches Ärzteblatt, 97 (1-2), A 61-63.

Buchrezensionen

Sinnvolle psychotherapeutische Haltung zum Gebrauch digitaler Medien durch Kinder?

van Loh, J. (2018). Digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Band in der Reihe Komplexe Krisen und Störungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 247 Seiten, 29,– €

Ende Juni 2018 beschloss die französische Regierung ein generelles Handyverbot für alle Schulen, ausgenommen der Oberstufe. Das heißt, die inzwischen selbstverständliche Verfügbarkeit fast aller digitalen Daten wird den französischen Schülerinnen[1] für mindestens einen halben Tag gekappt. Sie werden sozusagen zur Abstinenz gezwungen. Dies impliziert ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber dem mehr oder weniger exzessiven Gebrauch digitaler Medien bei Heranwachsenden und eine damit verbundene zunehmende Pathologisierung des Mediengebrauchs. Annette Streeck-Fischer macht allerdings in ihrem Geleitwort zum hier rezensierten Buch darauf aufmerksam, dass neuere Untersuchungen zeigen, „dass Kinder und Jugendliche in der heutigen Zeit nicht kränker geworden sind" (S. 11).

Nachdem die digitale Welt, wie sie sich heute darstellt, nur durch einen unverbrüchlichen Glauben an den Segen des technischen Fortschritts entstehen konnte, hat man nun ebenfalls anno 2018 beschlossen, die Mediensucht in den neuen ICD-11 aufzunehmen (gültig ab 2022). Welche Kriterien aber bestimmen diese „neue" Pathologie? Gibt es Schnittstellen zu anderen psychischen Störungen, also Komorbiditäten (wie jeweils anteilig auch immer)?

All diesen Fragen geht van Loh in seinem kürzlich erschienenen Buch „Digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen" auf sehr systematische und strukturierte Art nach. (Wobei das Begriffspaar digitale Störungen genau genommen in sich unstimmig ist, weil nicht die Störung digital ist, sondern der Umgang mit digitalen Medien entsprechende Störungen verursachen kann.) Jan van Loh, Psychologe und Kulturwissenschaftler, ist tiefenpsychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis, integrativer Lerntherapeut und Supervisor. Er ist zurzeit als Dozent an der Berliner Akademie für Psychotherapie (BAP) und am Institut für Psychologische Psychotherapie und Beratung Berlin sowie beim Dachverband der Berliner Legasthenie-zentren tätig. Sein Buch ist geleitet von der Ausgangsfrage, ob „die Ablehnung alles Digitalen eine sinnvolle analytische Grundhaltung darstellt" (S. 29).

Van Loh beschreibt in einem ersten Teil die unterschiedlichen Perspektiven kultur-, populär- und sozialwissenschaftlicher Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlicher, angefangen von Neil Postman bis hin zu Martin Dornes. In Teil Zwei rezipiert der Autor evidenzbasierte Ansätze, die sowohl die verhaltenstherapeutische Position als auch schließlich den Zusammenhang zwischen Onlinesucht und Bindung beleuchten. (Letzteres impliziert die im Laufe des Textes immer wieder auftretende Frage, inwieweit das Verhältnis zum Medium die Objektbeziehungen beeinflussen, beeinträchtigen oder gar ersetzen kann.) Über unterschiedliche psychodynamische Ansätze (Teil Drei) entwickelt van Loh in Teil Vier eine „Vertiefte Psychodynamik und Entwicklungs-Psychopathologie digitaler Störungen" (S. 137), an deren Ende er auch diagnostische Kategorien bzw. Kriterien auflistet, die letztlich dabei helfen, das Ausmaß der digitalen Störung einzuschätzen. Sie betreffen z. B. die familiäre Situation, das Ausmaß des Konsums, die Funktion des Spiels für die Patientinnen u. v. m.

Aus meiner Sicht und für meine eigene Arbeit wäre es allerdings wünschenswert gewesen, wenn der Autor nicht fast ausschließlich ganz pauschal von *den Medien* gesprochen hätte, sondern zum Beispiel stärker auf Unterschiede in den Spielhandlungen bzw. bei den Spielfiguren eingegangen wäre. Die Erfahrung zeigt, dass sich z. B. Identifikationsprozesse und wiederum entsprechende (Gegen-)Übertragungsreaktionen gegenüber dem freien Spiel mit z. B. Handpuppen stark verändern. Auch dies stellt Psychotherapeutinnen vor neue Herausforderungen.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass van Loh einer pauschalen Verteufelung des Medienkonsums bei jungen Leuten entgegentritt mit einer differenzierten Analyse der diesbezüglichen Theorien, um damit vor allem Psychotherapeutinnen und anderem Fachpublikum zu helfen, eine angemessene und „moderne" Haltung zu diesem Komplex zu entwickeln. Sehr hilfreich sind dabei die eingeflochtenen Fallvignetten, die veränderte Übertragungssituationen deutlich werden lassen und in den meisten Fällen auch einen Einblick geben in van Lohs eigenen psychotherapeutischen Umgang mit dem Sujet. Vor allem Letzteres kann im psychotherapeutischen Alltag sehr unterstützend dabei sein, teilweise antiquierte, vorurteilsgeleitete psychotherapeutische Interventionen und vorschnelle Pathologisierungen zu vermeiden. Dies legt vor allem nach kritischer Selbstreflektion den Schluss nahe, dieses Buch insbesondere den weniger medienaffinen Kolleginnen ans Herz zu legen.

Christiane Erner-Schwab,
Berlin

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

Fundamentale Fragen

Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. Bern: Hogrefe, 400 Seiten, 39,95 €[2]

Dem skeptischen Laien muss die psychotherapeutische Behandlungsmethode mysteriös erscheinen: Man trifft sich, führt Gespräche und nach einiger Zeit gehen die Symptome zurück. Wie soll das gehen? Ist den positiven Beschreibungen der Patientinnen zu trauen? Oder hat man ihnen nur beigebracht, anders über ihre Beschwerden zu sprechen, ohne dass sich diese wesentlich verändert hätten? Und hätten sich die Symptome im Lauf der Zeit nicht ohnehin geändert, vielleicht auch weil neue Lebensumstände hinzukamen?

Und selbst den Psychotherapeutinnen muss vieles mysteriös erscheinen. Sie fragen sich: Worauf beruht der Behandlungserfolg gerade bei dieser Patientin? Ressourcenaktivierung? Motivierung? Verbesserung der Problemlösefertigkeiten? Aufdeckung unbewusster Konflikte? Selbst wenn sich eine schlüssige Erklärung aufdrängt, gibt es keine belastbaren Belege für ihre Gültigkeit im konkreten Fall.

Das sind fundamentale Fragen: Ist Psychotherapie wirksam? Und wenn ja: Wie stark sind ihre Effekte? Wie kommen ihre Wirkungen zustande?

Nach der Lektüre des Buches der amerikanischen Psychotherapieforscher Bruce Wampold und Zac Imel, in der deutschen Adaptation von Christoph Flückiger, Universität Zürich, kennt die Leserin die Antworten der Wissenschaft auf diese Fragen. Das Buch gibt einen Überblick über die Psychotherapieforschung von ihren Anfängen bis zur Gegenwart. Man erfährt viel über Methoden und methodische Probleme des Forschungsansatzes, über die Frage nach den Wirkungsunterschieden der verschiedenen Behandlungsansätze (oder ihrer Wirkungsgleichheit), über die Bedeutung von Erwartungen, Techniken und Therapeutenmerkmalen – und über den Dodo-Vogel.

Die gute Nachricht sei vorweggenommen: Die empirische Evidenz lässt keinen Zweifel an der Wirksamkeit von Psychotherapie. Sie zeigt im Vergleich mit anderen Interventionen der medizinischen und psychosozialen Domäne teilweise sogar eine überlegene Effektstärke. Die Belege hierfür sind alleine schon in ihrer Quantität überwältigend.

Nachdenklich macht es allerdings, dass sich trotz der mehr als 12.000 klinischen Studien und über 700 Metaanalysen der letzten 50 Jahre nicht genau sagen lässt, wodurch diese Behandlungserfolge zustande kommen. Die Autoren führen das Problem auf die einseitige Konzentration der Psychotherapieforschung auf den Schulenstreit zurück. In ihrem „kontextuellen Metamodell", das sie vom medizinischen Modell abgrenzen, bilden spezifische Behandlungselemente (wie es zum Beispiel kognitive Interventionen bei der Behandlung einer Depression sind) nur einen von drei Wirkungspfaden zum Behandlungserfolg. Die beiden anderen Mechanismen werden zum einen durch Merkmale der therapeutischen Beziehung definiert, zum anderen durch Erwartungen und motivationale Prozesse. Die Autoren vertreten die Hypothese (und unterfüttern sie empirisch), dass der Einfluss der „common factors" zum Nachteil des Gesamtverständnisses des psychotherapeutischen Geschehens vernachlässigt wurde.

Dass jetzt die deutsche Übersetzung des Buches vorliegt, trägt hoffentlich zu seiner Verbreitung bei. Die Übersetzung liest sich manchmal etwas holprig, wird aber durch Einschübe aufgewertet, die die deutsche Situation erklären, etwa die Entwicklung der Psychotherapie im Osten und Westen der Nachkriegszeit. Die vier Geleitworte verlangen Geduld, bevor man zum eigentlichen Text vorstößt. In einer weiteren Auflage wären sie in einem Nachwort besser untergebracht. Insgesamt ist das Buch jedoch wärmstens zu empfehlen, jedenfalls allen, die sich für die Frage nach den Wirkmechanismen von Psychotherapie interessieren, auch den Praktikerinnen, die ihre Behandlung in ihren Wirkungen besser verstehen wollen.

Prof. Dr. Michael Macht,
Würzburg

2 In Ausgabe 2/2016 des Psychotherapeutenjournals finden Sie auf S. 165 eine Rezension der englischen Originalausgabe dieses Titels: Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work (2nd edition). New York: Routledge.

Leserbriefe

Mehr Kenntnisse zur Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung

Zu K. Kremitzl, A. Engenhorst, T. Simon, A. Wünsch, R. Straub & R. Nübling: Zur psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg. Eine Befragung Psychologischer Psychotherapeutinnen. Psychotherapeutenjournal 2/2018, S. 135-143.

Erfreulicherweise ist in letzter Zeit eine zunehmende Diskussion zur Versorgungslage von Menschen mit psychischer Erkrankung und Intelligenzminderung zu konstatieren. Exemplarisch seien hier Studien zur Versorgungslage in Berlin, Baden-Württemberg und NRW genannt *(Kremitzl et al., 2018; Stünkel-Grees, Clausen & Wünsch, 2018; Metaxas, Wünsch, Simon & Nübling, 2014; Soltau, Biedermann, Hennicke & Fydrich, 2015)*. […]

Forderungen, die sich aus den zitierten Versorgungsstudien ergeben, umfassen immer auch die Verbesserung der Fort- und Ausbildungssituation von Psychotherapeuten, um fachlich sicher auch Menschen mit Intelligenzminderung behandeln zu können. Eine nichtrepräsentative Umfrage des Berliner Arbeitskreises „Psychotherapie bei Menschen mit Lernschwierigkeiten/geistiger Behinderung" auf dem Landespsychotherapeutentag der Berliner Psychotherapeutenkammer 2016 kam zum gleichen Ergebnis. […] In der Folge haben sich der Arbeitskreis und die damaligen Behindertenbeauftragten der Berliner Psychotherapeutenkammer (Claudia Köppen und Martin Rothaug) dieser Aufgabe in einem ersten Schritt gestellt. Die gemeinsame Expertise für die Gruppe der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit psychischer Erkrankung und Intelligenzminderung wurde genutzt, um ein allgemeines Curriculum und ein Curriculum für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen zu erstellen. In beiden Curricula werden wichtige Grundkenntnisse, Vertiefung zu Psychodiagnostik und Psychotherapie und zur Lebenswelt von Menschen mit Intelligenzminderung zusammengetragen. Mit Unterstützung des Vorstandes der Berliner Psychotherapeutenkammer wird es in der folgenden Zeit Aufgabe sein, mit den Berliner Ausbildungsinstituten in Kontakt zu treten. Institute, die ihre Curricula im Rahmen der theoretischen Ausbildung noch durch Wissen zur psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung erweitern wollen, könnten sich dann am Curriculum des Arbeitskreises orientieren.

Forderungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Intelligenzminderung wie sie zuletzt durch *Stünkel-Grees et al. (2018)* und *Kremitzl et al. (2018)* formuliert worden sind, sind aus Sicht des Arbeitskreises jedoch noch zu erweitern. So ist diese Patientengruppe auch in den Blick der Psychotherapieforschung bzw. der universitären Forschung zu nehmen. Zu bemängeln sind die aktuell noch völlig unzureichenden psychodiagnostischen Instrumente. Viele standardisierte Verfahren können bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht angemessen oder gar nicht eingesetzt werden. Einerseits überfordern die vorhandenen Verfahren die Patienten, indem Fragen z. B. zu kompliziert und komplex erscheinen. Andererseits werden Symptomausprägungen, wie sie für psychische Erkrankungen bei dieser Patientengruppe typisch sind, nicht genügend berücksichtigt. Anders stellen sich Entwicklungen dar, wie sie in den Niederlanden schon zu verzeichnen sind, wo z. B. zu Verfahren der Traumadiagnostik bereits Adaptionen vorliegen *(Mevissen, Didden, Korzilius & de Jongh, 2016)*. Hieran schließt sich die Frage nach dem geeigneten therapeutischen Vorgehen an. Welche Patienten mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung profitieren noch von bereits vorliegenden Verfahren, für welche Gruppe sind Adaptionen nötig und wie sollten diese aussehen? Und zuletzt sind es gerade psychotherapeutische Verfahren für Patienten mit schweren geistigen Behinderungen, an denen es mangelt. Hier beschreibt Paula Sterkenburg, ebenfalls Niederlande, bereits den Ansatz der Bindungsorientierten Psychotherapie *(Sterkenburg, 2013)*. Für alle aufgeworfenen Fragen benötigt es auch hierzulande eine qualifizierte Forschung an den Universitäten, damit Fachwissen in den praktischen Alltag einfließen kann.

Um bereits vorhandenes Wissen entsprechend auch den Betroffenen zur Verfügung zu stellen und als Psychotherapeuten verantwortlich arbeiten zu können, sind Forderungen zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie, wie sie *2015* von der *DGSGB* (Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.) aufgestellt worden sind, zukünftig umzusetzen. Nur angemessene Rahmenbedingungen ermöglichen eine zufriedenstellende psychotherapeutische Arbeit.

Wenn der Blick sich noch einmal auf die Ausbildungsinstitute richtet, so werden Psychologen und Pädagogen

Liebe Leserinnen und Leser,

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

in Ausbildung zum Psychotherapeuten davon profitieren, Wissen zur Gruppe der Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung zu erhalten. Sicherheit in der psychotherapeutischen Arbeit erhalten angehende Kollegen im Laufe der Ausbildung dann, wenn ihre Institute sich diesen Patienten ausreichend öffnen und sie somit als Patientengruppe in der praktischen Ausbildung sichtbar sind. Supervisoren, die für Patienten mit einer Intelligenzminderung Fachwissen mitbringen und Freude an der Arbeit mit ihnen vermitteln, sind wichtige Modelle für zukünftige Therapeuten.

Für psychotherapeutisch bereits tätige Kollegen können die kostenlosen und fachlich fundierten Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu den verschiedenen psychischen Erkrankungen eine sehr gute Informationsquelle sein. Selbstverständlich sind die Bundespsychotherapeutenkammer und die zahlreichen Vereinigungen, Gesellschaften und Verbände der Psychotherapeuten an den jeweiligen Leitlinien zur Versorgung psychisch Kranker beteiligt. In der Ausgestaltung und Erarbeitung der Leitlinie zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung sollten wir uns als Berufsgruppe mit unserem Wissen zu Diagnostik und Psychotherapie unbedingt ebenso einbringen und dies nicht alleine ärztlich tätigen Kollegen überlassen, wie es in der der aktuellen S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung *(AWMF, 2014)* noch der Fall ist. […]

Literatur

AWMF (2014). S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2014-12_verlaengert_01.pdf [10.08.2018].

DGSGB (2015). Vorschläge zur Überarbeitung der PT-Richtlinien. Verfügbar unter: http://dgsgb.de/documents/statements/statement_151116_dgsgb.pdf [10.08.2018].

Kremitzl, K., Engenhorst, A., Simon, T., Wünsch, A., Straub, R. & Nübling, R. (2018). Zur psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg. Psychotherapeutenjournal, 17 (2), 135-143.

Metaxas, C., Wünsch, A., Simon, T. & Nübling, R. (2014). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg. Psychotherapeutenjournal, 13 (2), 122-130.

Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H. & de Jongh, A. (2016). Assessing posttraumatic stress disorder in children with mild to borderline intellectual disabilities. European Journal of Psychotraumatology. Verfügbar unter: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v7.29786 [10.08.2018].

Soltau, B., Biedermann, J., Hennicke, K. & Fydrich, T. (2015). Mental health needs and availability of mental health care for children and adolescents with intellectual disability in Berlin. Journal of Intellectual Disability Research, 59 (11), 983-994.

Sterkenburg, P. (2013). Bindungsbeziehung entwickeln. Doorn: Bartimeus.

Stünkel-Grees, N., Clausen, J. & Wünsch, A. (2018). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 67, 224-238.

Dipl.-Psych. Frauke Reiprich, Berlin

Psychotherapie ohne Einwilligung? Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie anerkennen

Zu A. Maltry: Offenbarungs- und Verschwiegenheitspflichten in der ambulanten Psychotherapie von Straftäterinnen. Psychotherapeutenjournal 2/2018, S. 144-147.

Zunächst ein Dank an den Autor, Richter A. Maltry, für den übersichtlichen und gut lesbaren Beitrag. Wirklich ärgerlich ist die vom Autor beschriebene Gesetzeslage und Rechtsprechung zu § 56c Abs. 3 StGB (Weisungen): Danach bedarf es bei psychotherapeutischen Behandlungen nicht – wie bei Heilbehandlungen, die mit einem körperlichen Eingriff und/oder einem stationären Aufenthalt verbunden sind – der Einwilligung der Betroffenen. Hier zeigt sich – wie auch andernorts – dass viele JuristInnen keine wirklich klare und realitätsgerechte Vorstellung vom Wesen einer Psychotherapie haben – von der sich dort (verfahrensunabhängig) etablierenden Abhängigkeitsbeziehung und den erheblichen Risiken und Nebenwirkungen, wie sie beispielsweise von M. Linden & B. Strauß (Hrsg.): „Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassen, Bewältigung, Risikovermeidung" (2. Aufl. 2018) beschrieben werden. Die Lektüre des Buches sollte Pflicht für PsychotherapeutInnen und JuristInnen sein – hier vor allem aber auch des Gesetzgebers als Grundlage einer Änderung von § 56c Abs. 3 StGB.

Dr. Jürgen Thorwart, Neufahrn

Hochbegabung bei Ausbildungsteilnehmenden

Zu C. Heil: Psychotherapie mit hochbegabten Erwachsenen. Psychotherapeutenjournal 3/2018, S. 218-224.

Die ausführliche Darstellung der Thematik „Psychotherapie mit hochbegabten Erwachsenen" von Christina Heil schließt eine Lücke, mit der ein wichtiger Bereich des Verstehens bisher unberücksichtigt geblieben war. Vielen Dank!

Ich möchte diese Ausführungen noch um den Bereich der Weiterbildung von Kandidaten der Psychotherapie erweitern: Auch hier kann es zu gravierenden Missverständnissen kommen, wenn der Entwicklungs- und Lernprozess einer Kandidatin rascher als erwartet verläuft, wenn komplexes schnelles Denken als „zu theoretisch" missverstanden wird. Vor allem in der psychoanalytischen Ausbildung, in der die Sensibilität für Emotionales, Unbewusstes, großgeschrieben wird, kann es dann vorkommen, dass Ausbilder sich „von rechts überholt" fühlen.

Dipl.-Psych. Cornelia Puk, Herrenberg

Hochsensibel – hochsensitiv – hochintelligent?

Zu C. Heil: Psychotherapie mit hochbegabten Erwachsenen. Psychotherapeutenjournal 3/2018, S. 218-224.

Herzlichen Dank an Frau Heil für ihren Beitrag zum Thema Hochsensibilität. Aufgeschlossen und wertschätzend begegnen, das ist eine wunderbare Formel für den Umgang mit Klienten,

die ein bisschen mehr sind. In dem Artikel vermisse ich neben der Unterscheidung zwischen Hochbegabung und hoher Sensitivität aber die feinere Unterscheidung von HS (hochsensibel), HSV (hochsensitiv) und HI (hochintelligent). Es gibt unter den hochsensiblen Menschen viele, die nicht hochsensitiv sind und es gibt Menschen mit erhöhter Sensitivität, die aber nicht zwingend auch hochsensibel sind. Ebenso ist lange nicht jeder hochintelligente Mensch hochsensibel und umgekehrt. Eine Definition von Anne Heinze, Autorin zahlreicher Bücher über Hochsensibilität, verdeutlicht den Unterschied wie folgt:

„Menschen mit hoher Wahrnehmungsfähigkeit haben aufgrund einer physiologischen Disposition ihres Nervensystems eine erhöhte Empfänglichkeit für Reize – und zwar sowohl für äußere Reize wie Geräusche oder Gerüche (was ich als Hochsensibilität begreife) als auch für innere wie z. B. Stimmungen, Gefühle anderer, Erinnerungen und Ahnungen (worunter ich Hochsensitivität verstehe)."

Sensibel sind wir eben über alle fünf bekannten Sinne, wenn aber auch der sog. siebte Sinn, die Intuition, stark ausgeprägt ist und damit einhergehend die Empathie besonders ausgeprägt ist, dann sprechen wir von hochsensitiv. Ein derart fühlender Mensch braucht sehr viel mehr Rückzug und Abgrenzung als andere. Die hohe Empathie wird beiden Typen zugesprochen, HS und HSV, ist aber keine Voraussetzung für HI. Doch wenn hochintelligente Menschen auch noch empathisch sind, dann haben sie soziale Qualitäten und Verknüpfungen, die es ihnen sehr leicht machen, emotionale Zusammenhänge zu erkennen. Wobei rein kognitiv intelligente Menschen nicht zwingend mitfühlend sind.

HS erleben und spüren so vieles gleichzeitig und sind sehr oft überfordert: „Overwhelmed" (überwältigt) heißt es im Englischen und es betont die Überschüttung mit Gefühlen. Dieses Phänomen ruft oft physische Abgeschlagenheit hervor. Ständig alle Antennen eingeschaltet zu haben, das führt immer wieder zu Überreizung und so brauchen HS/HSV Pausen und Abgrenzung. Oft wird das innere Gleichgewicht nicht gefunden, die Mitte zwischen Ruhe und Anregung. HS- und HSV-Kinder finden diese meist nicht allein. Sind sie dann als Zappelphilipp verschrien oder als Heulsusen, sind sie wieder falsch! Ein Gefühl von ständigem „zu viel" im Innen wie auch Außen kann nur schädlich sein.

[…] Das Thema wird gerade modern und darin sehe ich eine Chance und gleichsam eine große Gefahr. Wenn Menschen auf Kongressen sprechen, die nicht betroffen sind, ist alles Hypothese. Auch der Begriff der HI wird heute ganz anders definiert als früher. Es werden auch hohe emotionale Intelligenz und hohe kreative Intelligenz gewertet und viele andere Faktoren, nicht nur naturwissenschaftlich-mathematische Intelligenz. Anne Heinze schreibt dazu: „Viele – aber nicht alle – hochbegabten Menschen sind gleichzeitig auch hochsensibel. Zu ihrer intellektuellen Begabung kommt die hohe Sensibilität hinzu. Hochsensibilität ist für mich eine besondere Form der Hochbegabung, eine Form der multiplen Intelligenz."

Laut Elaine Aron ist die Hochsensibilität unter allen Säugetieren vorhanden, also ebenso in der Tierwelt und sie macht großen Sinn in einem Rudel, weil diese Tiere Gefahren eher spüren. So macht es auch Sinn in einem Team, die empathischen und sensiblen Kollegen wertschätzend einzubinden, denn es sind genau diese Menschen, die dem Team Halt geben durch ihr soziales Bemühen. Gerade diese Menschen tun sich aber so schwer, ihren Wert selbst zu erkennen. Daher wäre es schön, wenn sich viel mehr Therapeuten mit dem Thema befassen würden.

Marion Timphus,
Forchheim

Druck durch Vermittlung probatorischer Sitzungen

Zur Vermittlung probatorischer Sitzungen durch die Terminservicestellen

Pünktlich zum Ende des Sommerurlaubes erreicht mich als Münchner Kassenpsychotherapeutin ein Brief der KVB, in dem ausgeführt wird, dass nun auch probatorische Sitzungen durch die Servicestellen der KVen aktiv vermittelt werden. Dies gehe zurück auf den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, das Fehlen neuer Zulassungsmöglichkeiten und ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg.

Das Schreiben erreicht mich in folgender Situation: Jeden Tag erreichen mich neue Therapieanfragen, im Schnitt drei pro Tag, per E-Mail oder auf dem AB. Alle Therapieplätze sind vergeben, voraussichtlich werden erst im Februar oder März 2019 wieder welche frei. Es sind aber auch alle für psychotherapeutische Sprechstunden reservierte Zeiten in meiner Praxis vergeben, und dies für die nächsten sechs Wochen. Ich führe derzeit als Anpassungsleistung an die neue PT-Richtline seit April 2018 pro Woche zwei bis drei Sprechstundentermine aus, dazu ca. drei bis vier probatorische Sitzungen, neben den regulären Therapiesitzungen.

Die Beantwortung der vielen Anfragen mit Begründung der derzeit nicht möglichen Terminvergabe und dem Verweis auf alternative Möglichkeiten (KV-Therapieplatzbörse, Institutsambulanzen und Krisenberatungsstellen, Kollegen ohne Kassenzulassung zunächst als Selbstzahler), die freundliche Abgrenzung der Versuche, die aktuelle Not und die vergeblichen Vorversuche bei Kollegen doch „an die Frau zu bringen", nehmen gerade weit mehr Zeit in Anspruch als die neue vorgeschriebene „telefonische Erreichbarkeit" (in der ja zudem mit aktuellen PatientInnen Terminverschiebungen und andere Anliegen zu klären sind). All diese Therapieanfragen, denen ich trotz nicht bestehender Kapazitäten noch menschlich begegnen will, sind übrigens keine Vermittlungen der KV-Servicestelle, sondern erfolgen eigeninitiativ durch die PatientInnen.

Das neue Schreiben der KVB stellt nun in Aussicht, über die Sprechstunden-Pflichttermine hinaus nun auch zeitnah probatorische Sitzungen von den Servicestellen vermittelt zu bekommen. Das stresst enorm – und löst Ärger aus. Erneut und mit noch mehr Druck, ist mein Eindruck, wird hier das Fehlen von Kassensitzen auf dem Rücken der TherapeutInnen ausgetragen. Weil die umstrittene Sprechstunden-Regelung keine neuen Therapieplätze schafft und die PatientInnen in der Krise weiter lange in Warteschleifen hängen, wird der Druck auf die probatorischen Sitzungen ausgeweitet. Für diese sind immer wieder einfach keine zeitnahen Kapazitäten vorhanden (insbesondere in Praxen mit wenig Therapieabbrüchen, was ja eigentlich anzustreben wäre).

Ich werde die Wahl haben, im neuen Sprechstunden-Formular „probatorische Sitzung zeitnah erforderlich" anzukreuzen oder nicht. Mir fällt keine einzige Sprechstunde der letzten Monate ein, in der dieses Kreuz nicht nötig gewesen wäre und von der PatientIn dies fehlende Kreuz so akzeptiert worden wäre.

„Zeitnah erforderliche probatorische Sitzung" per Bescheinigung wird Druck erzeugen. Und eine manchmal nicht erfüllbare Erwartungshaltung der PatientInnen. Dieser wird weiter von den neue Zulassungsmöglichkeiten verweigernden Kassen auf die KV, von dieser weiter auf die TherapeutInnen verschoben.

Ich schreibe diesen Brief, weil ich als Therapeutin als Mensch wahrgenommen werden möchte und darauf hinweisen will, dass für mich persönlich Grenzen der Zumutbarkeit erreicht sind. Und dass hier in Not befindliche Menschen auf Therapiesuche in der Warteposition gehalten und mit Versprechungen vertröstet werden, die so nicht gehalten werden können. Möglicherweise werden sie auch mehr mit dem durch Druck und Zwang entstehenden Ärger, Stress und der Abwehr der überforderten TherapeutInnen konfrontiert werden.

Dipl.-Psych. Petra Biehler,
München

Erratum

Zu S. Winkler: Neurogenes Zittern als neuer Baustein in der Traumabehandlung? Praktische Erfahrungen und theoretische Erläuterungen. Psychotherapeutenjournal 3/2018, S. 244-250.

Auf Seite 247 des Artikels „Neurogenes Zittern als neuer Baustein in der Traumabehandlung?" wurde im unten stehenden Satz leider der Begriff „Thalamus" anstelle des eigentlich gemeinten Hypothalamus abgedruckt. Richtig müsste es heißen: „Bei Gefahreninformationen informiert die Amygdala unter Umgehung des Teils des Gehirns, der eine kognitive Überprüfung vornehmen würde, sofort den Hypothalamus." Wir bedauern dies und bitten, den Fehler zu entschuldigen.

Artikelverzeichnis 2018

Artikel	Ausgabe	Seiten
Baumann, Kai Weisheitstherapie zur Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung und anderer Anpassungsstörungen	2/2018	123-129
Böhr, Ruth OEG-Trauma-Netzwerke zur zeitnahen therapeutischen Versorgung psychischer Gesundheitsstörungen von Gewaltopfern	2/2018	148
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Evaluation der neuen Psychotherapie-Richtlinie – Psychotherapeuten für Studie gesucht	1/2018	41
Corman-Bergau, Gertrud im Gespräch mit Monika Dinger. Telefonseelsorge. Seit über 60 Jahren eine Hilfeeinrichtung für Menschen in seelischen Krisen	1/2018	34-38
Feldmann-Schmidt, Barbara / Ruh, Michael / Schoof-Tams, Karin / Wagensonner, Monika Klinische Neuropsychologie: Zur Versorgungssituation im ambulanten Bereich. Ein Erfahrungsbericht aus Hessen	2/2018	130-134
Heil, Christina Psychotherapie mit hochbegabten Erwachsenen	3/2018	218-224
Janßen, Christian Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung. Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis	4/2018	337-345
Jungclaussen, Ingo / Hauten, Lars Psychodynamische Konfliktdiagnostik – Ein komplementäres Modell (KMK). Plädoyer für ein komplementäres Verständnis von Beobachtungsnähe und psychogenetischer Rekonstruktion in der Konfliktdiagnostik	3/2018	225-234
Kremitzl, Katharina / Engenhorst, Amelie / Simon, Traudel / Wünsch, Alexander / Straub, Roland / Nübling, Rüdiger Zur psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg. Eine Befragung Psychologischer Psychotherapeutinnen	2/2018	135-143
Kriz, Jürgen Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie – Und wie geht es nun weiter?	3/2018	257-264
Ludwig-Körner, Christiane / Kuchinke, Lars / Koch, Gabriele / Mattheß, Janna / Eckert, Melanie Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie auf dem Prüfstand	4/2018	346-352
Maltry, Andreas Offenbarungs- und Verschwiegenheitspflichten in der ambulanten Psychotherapie von Straftäterinnen	2/2018	144-147
Mander, Johannes / Gschwendt, Miriam / Schildmann, Tanja / Blanck, Paul / Vonderlin, Eva / Bents, Hinrich Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	2/2018	106-113

Artikel	Ausgabe	Seiten
Mong, Nathalie / Wendler, Hanna-Sophie / Zaudig, Michael Wer die psychotherapeutische Sprechstunde nutzt und wie sie ankommt. Studie an einer Ausbildungsambulanz	4/2018	331-336
Munz, Dietrich Einführende Informationen zum Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und zur Begutachtung der Humanistischen Psychotherapie	3/2018	251-256
Padberg, Thorsten Placebos, Drogen, Medikamente – Der schwierige Umgang mit Antidepressiva	4/2018	324-330
Pfeiffer, Antonia Was ist dran am Klopfen? Eine Übersichtsarbeit	3/2018	235-243
Plantholz, Markus Nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie: Rechtliche Auswirkungen auf die Gesprächspsychotherapie	4/2018	362-367
Schleu, Andrea / Tibone, Giulietta / Gutmann, Thomas / Thorwart, Jürgen Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. Notwendige Diskussion der Perspektiven von Psychotherapeuten und Juristen	1/2018	11-19
Schweitzer, Jochen Ein anderer Blick auf die Entscheidung zur Humanistischen Psychotherapie des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie	4/2018	360-361
Sennewald, Rolf Die solide Brücke in die Altersversorgung: Die Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung	1/2018	31-33
Skirde, Ann Kathrin / Lehmann, Bianca / Bohm, Steffen / Vogel, Heiner Neue Versorgungsformen in der ambulanten Psychotherapie. Stand und Perspektiven	2/2018	114-122
Strahler, Jana Orthorexia nervosa: Ein Trend im Ernährungsverhalten oder ein psychisches Krankheitsbild? Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse	1/2018	20-26
Teismann, Tobias / Forkmann, Thomas / Gysin-Maillart, Anja / Glaesmer, Heide Nach einem Suizidversuch: Verhaltenstherapeutische Behandlungsoptionen	1/2018	4-10
Weidinger-von der Recke, Beatrix Psychotherapie in einer JVA mit weiblichen Gefangenen. Ein Erfahrungsbericht	1/2018	27-30
Winkler, Susanne Neurogenes Zittern als neuer Baustein in der Traumabehandlung? Praktische Erfahrungen und theoretische Erläuterungen	3/2018	244-250
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie Erläuterungen zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie	4/2018	353-359
Witt, Andreas / Berthold, Oliver / Fegert, Jörg M. Die Medizinische Kinderschutzhotline – bundesweit, kostenfrei und rund um die Uhr: 0800 19 210 00	1/2018	39-40

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Scharfe Kritik am Terminservice- und Versorgungsgesetz – 33. Deutscher Psychotherapeutentag in Berlin

Dr. Dietrich Munz

Der 33. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) am 17. November 2018 in Berlin kritisierte das geplante Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG). Durch das Gesetz dürfe es nicht zu weiteren bürokratischen Hürden beim Zugang zur Psychotherapie kommen. Vielmehr sei es unerlässlich, die unzumutbar langen Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie abzubauen und mit einer Reform der Bedarfsplanung dafür zu sorgen, dass mehr Psychotherapeutinnen jenseits der Großstädte für die Versorgung psychisch kranker Menschen zur Verfügung stehen. Außerdem stellte der DPT die Weichen für eine psychotherapeutische Fernbehandlung, bei der die Qualitätsstandards der psychotherapeutischen Versorgung sichergestellt werden. Zentral sei dabei die Einschränkung, dass die Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung weiterhin die Anwesenheit der Patientin erfordern.

Für Demokratie und Menschenrechte

Mit einer einstimmig verabschiedeten Resolution zu „Demokratie und Menschenrechte sind die Grundlage für ein friedliches Zusammenleben" positionierte sich der 33. Deutsche Psychotherapeutentag zu aktuellen politischen Entwicklungen in Deutschland. Eingangs erinnerte Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die Delegierten an den Bericht von Alexander Mitscherlich zum Nürnberger Prozess gegen die Hauptkriegsverbrecher 1945/46. Darin beschreibt Mitscherlich eindringlich, wie die „Verbrechen gegen die Menschlichkeit", worunter vor allem die Verfolgung und Vernichtung der Juden und die „Vernichtung lebensunwerten Lebens" fielen, möglich wurden. Der einzelne Mensch sei nicht mehr als Individuum gesehen, sondern anhand von Hautfarbe, Sprache, Religion, Staatsangehörigkeit oder ethnischer Herkunft definiert worden.

BPtK-Präsident Munz warnte, dass solche rassistischen Ressentiments wieder verbreitet würden, wenn Flüchtlinge nicht mehr als hilfsbedürftige Menschen mit einem schrecklichen Schicksal gesehen, sondern als Fremde angefeindet würden, die uns etwas wegnehmen könnten und die nicht hierhergehörten. Achtzig Jahre nach der Reichspogromnacht sei es wieder möglich, dass Menschen gehasst und verfolgt werden, weil sie bestimmte kollektive Merkmale haben, weil man sie nicht mehr als Individuum sehen wolle, weil man sie dann jagen und vertreiben könne. Psychotherapie, betonte der Präsident der BPtK, sei nicht vorstellbar in einer Gesellschaft, die die Rechte des Einzelnen nicht mehr garantieren könne oder wolle. Menschen anhand welcher Kriterien auch immer zu bestimmten Gruppen zuzuordnen, um den Anderen zu missachten oder sich selbst überlegen zu fühlen, das sei rassistisch. In der anschließenden Debatte dankten die Delegierten dem Präsidenten für seine offenen und klaren Worte.

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung

Im Bericht des Vorstandes bedauerte Dr. Munz, dass in einem Gesetz, dessen Ziele schnellere Termine und eine bessere Versorgung seien, bisher kein Schritt unternommen werde, auch die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung zu verringern. Der Minister sehe zwar besonders große Versorgungs- und Terminschwierigkeiten in der psychiatrischen, erstaunlicherweise jedoch nicht in der psychotherapeutischen Versorgung. Dabei warteten Patientinnen außerhalb großstädtischer Zentren im Durchschnitt fünf bis sieben Monate auf den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie. Ursache dafür sei die eklatant geringere Versorgungsdichte im Vergleich zu den Ballungszentren. Dabei seien Menschen in diesen Regionen nicht seltener psychisch krank. Munz forderte deshalb ein Sofortprogramm, durch das die psychotherapeutische Versorgungsdichte in den Regionen außerhalb großstädtischer Zentren so angehoben werde, dass sie der durchschnittlichen Versorgungsdichte im fachärztlichen Bereich entspreche. Dadurch könnten sich kurzfristig zu-

sätzlich rund 1.500 Psychotherapeutinnen dort niederlassen, wo sie am dringendsten benötigt würden.

Danach komme es darauf an, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit seiner Reform der Bedarfsplanung die Fehler der Vergangenheit korrigiere und ein Konzept entwickle, das sich an der Morbiditäts- und Sozialstruktur der Bevölkerung orientiere. Die Delegierten des 33. DPT bekräftigten diese Forderung mit einer einstimmig angenommenen Resolution „Reform der Bedarfsplanung bleibt vorrangiges Ziel".

Scharf kritisierte der BPtK-Präsident die Pläne, mit dem TSVG den G-BA zu beauftragen, Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung zu beschließen. Munz erläuterte, dass mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zum April 2017 eine gestufte und gesteuerte Versorgung längst Realität sei. Mit der damaligen Einführung einer Sprechstunde könnten Patientinnen mittlerweile innerhalb von 5,7 Wochen einen ersten Termin bei einer Psychotherapeutin erhalten. 2011 (vor Einführung der Sprechstunde) warteten sie noch 12,5 Wochen. Patientinnen erführen also mittlerweile vergleichsweise schnell und ohne bürokratische Hürden, ob sie psychisch krank seien und wenn ja, welche Art von Behandlung für sie indiziert wäre. Die Sprechstunde erlaube es den Psychotherapeutinnen auch festzustellen, wie akut oder wie schwer eine Erkrankung ist. Sei die Behandlung dringend, könne die Patientin dann inzwischen eine Akutbehandlung innerhalb von drei Wochen beginnen. Diese rasche Hilfe sei ein weiteres Novum der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Eine erneute Reform der Psychotherapie-Richtlinie, die für die Patientinnen nur zusätzliche Hürden und Schwierigkeiten aufbaue, sei unnötig. Das Problem sei die mangelhafte Bedarfsplanung und die daraus resultierende lange Wartezeit auf den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie. Aufgabe der Politik sei es, endlich dafür zu sorgen, dass die durchschnittliche Wartezeit von 19,9 Wochen auf den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie verringert werde. Eine Politik, die Probleme löse, die gar nicht beständen, brauche niemand.

In der sich anschließenden Diskussion pflichteten die Delegierten dem BPtK-Vorstand bei. Der DPT wies die Unterstellung im TSVG ausdrücklich zurück, dass Psychotherapeutinnen die falschen Patientinnen, die keine psychotherapeutische Behandlung benötigten, behandelten. Betont wurde auch, dass der Bundesgesundheitsminister hier versuche, Priorisierung, Rationierung und Selektion in der psychotherapeutischen Versorgung zu legitimieren. Einstimmig beschloss der 33. DPT eine Resolution „Diskriminierung von psychisch kranken Menschen durch TSVG verhindern".

Psychotherapie für Menschen mit einer geistigen Behinderung

Der 33. DPT betrachtete es als gutes Signal, dass durch eine Entscheidung des G-BA die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung erleichtert wird. Munz berichtete, dass Menschen mit geistiger Behinderung zwar ein erhöhtes Risiko haben, an einer psychischen Störung zu erkranken. Zugleich sei die medizinische und psychotherapeutische Versorgung aber häufig ungenügend. Erkrankungen würden nicht erkannt, die Zugänge zur Praxis seien nicht niedrigschwellig genug und zum Teil würden Behandlungen von den Krankenkassen nicht bewilligt, obwohl die Forschung längst gezeigt habe, dass Psychotherapie auch hier wirksam ist. Durch die Anpassungen der Psychotherapie-Richtlinie, die der G-BA im Oktober beschlossen hat, sei nun klargestellt, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung Anspruch auf eine psychotherapeutische Versorgung haben und dass die dafür notwendigen Anpassungen im Behandlungsprozess möglich seien. Auch wenn die BPtK sich noch einiges mehr hätte vorstellen können, z. B. im Bereich der Akutbehandlung, sei die Entscheidung des G-BA ein wichtiger Schritt. Bereits heute böten viele Kammern Fortbildungen an, um die Kompetenzen der Psychotherapeutinnen für die Diagnostik und Therapie in diesem Bereich zu stärken.

Wolfgang Schreck

G-BA – Entscheidung zur Systemischen Therapie

BPtK-Vorstand Wolfgang Schreck wies im Bericht des Vorstandes auf die zentrale Bedeutung der Systemischen Therapie in der stationären Versorgung und im institutionellen Bereich, hier besonders in der Jugendhilfe, hin. Umso dringlicher sei es, dass der G-BA nun endlich die Systemische Therapie auch für die ambulante Versorgung zulasse. Bereits 2008 habe der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Systemische Therapie zur vertieften Ausbildung für Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen empfohlen. 2011 habe die BPtK sie in die Muster-Weiterbildungsordnung aufgenommen. Fast alle Landespsychotherapeutenkammern hätten sie inzwischen in ihre Weiterbildungsordnungen übernommen. Nun komme es auf den G-BA an.

Seit 2017 liege der Abschlussbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vor. Das IQWiG habe die Nutzenbewertung der Systemischen Therapie im Auftrag des G-BA übernommen und festgestellt, dass für insgesamt sechs Störungsbereiche Hinweise

und Anhaltspunkte für ihren Nutzen vorliegen. Darunter seien die für das Schwellenkriterium der Psychotherapie-Richtlinie entscheidenden Bereiche: depressive Störungen sowie Angst- und Zwangsstörungen. Ferner beständen Nutzennachweise bei Schizophrenie, affektiven psychotischen Störungen, Essstörungen, Substanzkonsumstörungen und körperlichen Erkrankungen. Die BPtK habe sich während des gesamten Bewertungsverfahrens über mündliche und schriftliche Stellungnahmen eingebracht. Man erwarte nun, dass der G-BA in seiner Plenumssitzung am 22. November 2018 den Nutzen der Systemischen Therapie feststelle und der Unterausschuss Psychotherapie dann zügig damit beginne, sie in die Psychotherapie-Richtlinie zu integrieren.

In der sich anschließenden Debatte betonten Delegierte, dass es längst an der Zeit sei, die Systemische Therapie auch in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen einzusetzen. Leider beschränke sich die Entscheidung des G-BA auf die Systemische Therapie bei Erwachsenen, weil der Antrag, den der Unparteiische Vorsitzende im G-BA 2013 gestellt habe, sich nur auf Erwachsene bezogen habe. Nach Abschluss des jetzigen Verfahrens müsse es deshalb zügig zu einer Antragstellung für Kinder und Jugendliche kommen, forderte BPtK-Vorstand Schreck. Ein solcher Antrag könne allerdings nur von den Bänken des G-BA und nicht von der BPtK gestellt werden. Da er nicht davon ausgehe, dass ein solcher Antrag von den Krankenkassen komme, sei es wichtig, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für diesen Antrag zu werben.

Dr. Andrea Benecke

Reform des Psychotherapeutengesetzes

BPtK-Präsident Munz berichtete, dass das Bundesgesundheitsministerium plane, Ende dieses Jahres oder Anfang nächsten Jahres einen Referentenentwurf zur Reform des Psychotherapeutengesetzes vorzulegen. Der Entwurf beziehe sich dann nicht nur auf die Ausbildung, sondern auch auf die notwendigen sozialrechtlichen Regelungen für die psychotherapeutische Weiterbildung. Dank eines Gutachtens von Dr. Rainer Hess sei es gelungen darzulegen, warum Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung für die ambulante psychotherapeutische Weiterbildung eingesetzt werden könnten. Im Gesetzgebungsprozess werde es immer wieder wichtig sein, dass sich die Profession an ihren zentralen Reformzielen orientiere. Dazu gehöre, dass es einen bundeseinheitlich geltenden Qualifikationsstandard auf Masterniveau für die Ausbildung verbunden mit einer Staatsprüfung an deren Ende gebe. Ferner sei entscheidend, dass Psychotherapeutinnen nach Abschluss eines Studiums einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen könnten und ihre Weiterbildung nicht selbst finanzieren müssten. Die Qualität der heutigen Ausbildung, die insbesondere über das gemeinsame Lernen im Kontext der Institute ermöglicht werde, gelte es zu bewahren.

Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich

BPtK-Vorstand Dr. Andrea Benecke betonte, dass ohne Psychotherapeutinnen eine stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen nicht möglich sei. Psychotherapie sei in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen genauso unverzichtbar wie in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen und körperlichen Erkrankungen. Wenn der G-BA seine Personalmindestanforderungen für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung beschließe und das Ziel eine leitlinienorientierte Versorgung sei, werde der Bedarf an Psychotherapie und Psychotherapeutinnen noch weiter steigen. Deshalb reiche es nicht aus, in den Krankenhausbereich nur „hineinzuschnuppern". Psychotherapeutinnen bräuchten eine vertiefte Qualifizierung für die Aufgaben in der stationären Versorgung. Deshalb müsse die stationäre Qualifizierungsphase gleichwertig zur ambulanten Qualifizierung gestaltet werden.

Ohne Frage gehöre zur Weiterbildung der Psychotherapeutinnen aber auch eine mindestens zweijährige ambulante Phase. Dr. Benecke erörterte den Delegierten, welche Finanzierungsoptionen es dafür gebe. Als notwendig, aber nicht hinreichend bezeichnete sie die Ermächtigung der jetzigen Ausbildungsambulanzen als Weiterbildungsambulanzen. Damit werde gesichert, dass die Versorgungsleistungen von Psychotherapeutinnen in Weiterbildung an den Ambulanzen von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Zusätzliche Fördermittel seien jedoch notwendig, um auch während der ambulanten Weiterbildung eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit angemessener Vergütung sicherzustellen und Eigenbeteiligungen zu vermeiden. Hier könne analog zur jetzigen Regelung für die Fachärztinnen der Allgemeinmedizin eine pauschale Förderung im Sinne eines Lohnkostenzuschusses geschaffen werden. Möglich sei aber auch ein eigenständiger Weg, bei dem die erforderlichen Leistungen der Weiterbildungsinstitute, wie Theorie, Selbsterfahrung und Supervision, gefördert und additiv ein Lohnkostenzuschuss gezahlt werde, der berücksichtige, dass Psychotherapeutinnen in Weiterbildung einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit für Weiterbildung einsetzten und nicht der Versorgung zur Verfügung ständen. Es komme nun darauf an, die unterschied-

lichen Optionen fachlich und juristisch zu bewerten und in der Profession zu diskutieren, um dann an die Politik mit einem ausgereiften Vorschlag heranzutreten. Ausreichend Zeit für die Diskussion wolle man sich auf einem Delegiertenworkshop am 19. Februar 2019 nehmen.

Weiterbildung im institutionellen Bereich

BPtK-Vorstand Wolfgang Schreck erläuterte die besonderen Herausforderungen im institutionellen Bereich, in dem es einen großen und wachsenden Bedarf an Psychotherapie gebe. Gleichzeitig erfordere die Tätigkeit in diesem Bereich eine spezifische Qualifikation, weshalb der DPT für eine fakultative Weiterbildung im institutionellen Bereich votiert habe. Um dies mit Leben zu füllen, müsse man mit den Leistungs- und Kostenträgern sprechen. Es gehe darum, traditionelle psychotherapeutische Tätigkeitsfelder zu erhalten oder zu reaktivieren und innovative Tätigkeitsfelder zu erschließen, um so neue Berufsperspektiven in diesem Bereich zu schaffen. Dabei werde man sich im ersten Anlauf auf die Jugendhilfe konzentrieren.

In der sich anschließenden Diskussion betonten Delegierte, dass es nicht nur berufsrechtlich notwendig, sondern auch fachlich wichtig sei, dass die Weiterbildungsbefugten im stationären Bereich Mitglieder der Psychotherapeutenkammern seien. Es komme sehr darauf an, bereits früh darüber nachzudenken, wie dies in der Prozess- und Organisationsstruktur der Kliniken realisiert werden könne. Wichtig sei ferner, bereits während des Studiums über die Breite der psychotherapeutischen Verfahren zu informieren, damit eine fundierte Entscheidung für ein Vertiefungsverfahren während der Weiterbildung möglich werde. Bei dem neuen Approbationsstudium dürfe sich die Engführung auf Verhaltenstherapie, die aktuell das Studium an den Universitäten kennzeichne, nicht wiederholen.

Mit Befremden nahmen Delegierte ein gemeinsames Papier der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und der Lehrstuhlinhaber im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zur Kenntnis. Darin würden Verabredungen getroffen, die sich nicht mit den Beschlüssen des DPT deckten.

Digitale Agenda der BPtK

BPtK-Präsident Munz beschrieb die unterschiedlichen Felder der digitalen Agenda der BPtK. Beim Thema Telematikinfrastruktur, die die technische Grundlage für eine sichere Kommunikation zwischen Leistungserbringern untereinander biete, gehe es auch um die Ausgabe der elektronischen Psychotherapeutenausweise, die vermutlich im Jahr 2019 von den Landespsychotherapeutenkammern vorgenommen werde. Seit Langem beschäftige sich die BPtK mit dem Thema Internet in der Psychotherapie, zu dem bereits 2017 ein umfassender Standpunkt veröffentlicht worden sei. Mit der AOK und der Freien Universität Berlin erarbeite die BPtK gerade einen Antrag für den Innovationsfonds zu diesem Thema. Um den Psychotherapeutinnen grundsätzlich die Fernbehandlung zu ermöglichen, habe man eine Gesetzesänderung mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz erreicht und werde auf diesem DPT noch über eine Anpassung der Muster-Berufsordnung reden. Ein weiteres zentrales Thema sei auch z. B. im Kontext des TSVG die elektronische Patientenakte. Hier habe man bereits in den Stellungnahmen zum anlaufenden Gesetzgebungsverfahren deutlich gemacht, dass es immer darum gehen müsse, Datenschutz und Datensicherheit auf dem höchstmöglichen Niveau zu gewährleisten, und dass es gleichzeitig darauf ankomme, die Patientenautonomie als Richtschnur des Handelns nie aus dem Auge zu verlieren.

Dr. Munz betonte, dass diese Einzelaktivitäten immer in einen Gesamtkontext zu stellen seien. Gerade für Psychotherapeutinnen komme es darauf an, die Veränderungen, die in der Gesellschaft durch die Digitalisierung ermöglicht würden, zu beobachten. Es gehe immer auch um die Fragen, was bedeutet eine zunehmende Digitalisierung für uns als Profession, wie wirkt sich eine digitale Kommunikation auf die Beziehung zu unseren Patientinnen aus, welche Risiken nehmen wir mit dem Einsatz digitaler Anwendungen eventuell in Kauf, und über all dem die Frage, welche Veränderungen für den einzelnen Menschen und für die Gesellschaft, in der er lebt, bringt die Digitalisierung? Er denke, dass die Zukunft gestaltbar sei, so wie es Steven Pinker in einem Zitat formulierte: „Die Wirklichkeit ist, dass der Fortschritt […] langsam ist und […] die Menschen in jedem Stadium den Schraubenzieher in der Hand halten." Genau das – den Schraubenzieher in der Hand behalten – sei das Ziel der BPtK bei allen anstehenden Diskussionen.

Um diese gesellschaftliche Entwicklung diskutieren zu können, hatte der Vorstand Dr. Alexandra Borchardt eingeladen, auf dem 33. DPT die zentralen Thesen ihres Buches „Mensch 4.0: Frei bleiben in einer digitalen Welt" vorzustellen. Dr. Borchardt beschrieb in ihrem Vortrag u. a., wie sehr die Digitalisierung und die sozialen Medien Einfluss auf das Selbstverständnis der Menschen nehmen. Durch den Einfluss der sozialen Medien würden Menschen sich zunehmend als ein maßzuschneiderndes Produkt betrachten. Sie würden ungeduldig, weil die Erfüllung von Bedürfnissen als unmittelbar zu realisierende Wünsche erlebt werden. Sie würden sich der Illusion hingeben, dass die über die sozialen Medien gegebenen Bewertungsmöglichkeiten bereits politisches Gestalten seien. Sie würden unter Umständen verkennen, dass die sozialen Medien und die hierauf aufbauende Ökonomie das Ziel der Effizienz und damit die Ökonomisierung aller Lebensbereiche ungeheuerlich befördere. Nicht zuletzt sei das Überangebot an Informationen verantwortlich für ein Gefühl der Orientierungslosigkeit. Es fehle vielen Menschen die Orientierung, z. B. an Werten, und das Bewusstsein dafür, dass es darauf ankomme, sich für diese Werte auch wirklich politisch zu engagieren, damit sie auch in Zukunft Bestand haben. Letztlich müsse man immer im Auge behalten, dass Freiheit eine Demokratie voraussetze, in der es

gelinge, das Aushandeln unterschiedlicher Interessen durch Regeln zu schützen. Soziale Medien oder die Kommunikation über das Internet würden solche Kompromisse nicht befördern, denn in diesem Kontext sei die lauteste Stimme meistens die durchsetzungsstärkste. Tragfähige Lösungen könne man aber nur durch Verhandlungen, durch die Orientierung an Werten und den Respekt vor jedem einzelnen Menschen erzielen. Es gehe, so schloss Dr. Alexandra Borchardt, darum, das Effizienzdiktat zu brechen, sich als Bürgerinnen zu verstehen und nicht nur als Konsumentinnen einer politischen und nicht technologischen Logik zu folgen, eine aufgeklärte Debatte innerhalb demokratischer Institutionen zu führen und so gemeinsam die Regeln für die Freiheit zu vereinbaren.

Die Delegierten griffen diese Anregungen auf und erläuterten, wie wichtig es sei, ihren Patientinnen das Recht zuzubilligen, nicht nur effizient zu funktionieren, es müsse den Patientinnen ausreichend Zeit gelassen werden, wieder gesund zu werden, es brauche einen Raum, in dem der Effizienzdruck sich nicht entfalten kann. Es gehe letztlich für jeden Menschen darum, seine Individualität zu gestalten, und das beinhalte durchaus auch die Abweichung von der Norm.

Dr. Nikolaus Melcop

BPtK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop erläuterte die umfassende Strategie der BPtK zu den breiten Themenfeldern der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ausgehend von dem Standpunkt „Internet in der Psychotherapie" habe der Vorstand seine Strategie kontinuierlich weiterentwickelt. Dieses Thema stelle einen zentralen Schwerpunkt der Arbeit des Vorstands der BPtK dar. Es habe sich bewährt, für die zum Teil sehr unterschiedlichen Regelungsbereiche jeweils spezifische Expertise hinzuzuziehen. Wie zuletzt beim Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sei es dabei gelungen, neben der inhaltlichen Positionierung auch die rechtlichen Weichenstellungen für künftige Entwicklungen mitzugestalten. Der DPT votierte dafür, eine Vorstandskommission zum Thema „Digitale Agenda der BPtK" einzusetzen. Das Thema, das von digitalen Anwendungen in der Psychotherapie über die elektronische Patientenakte, den Datenschutz, die gesellschaftlichen Implikationen der Gesamtentwicklung bis hin zu der Digitalisierung der Öffentlichkeitsarbeit und der Arbeitsweise der Kammer reiche, treffe auf viel Unsicherheit und Beratungsbedarf bei den Mitgliedern. Eine Kommission sei sinnvoll, um sich mit der Vielfalt dieser Themen systematisch auseinanderzusetzen und neben den Strategien und politischen Stellungnahmen auch dem Beratungs- und Fortbildungsbedarf der Kammermitglieder gerecht zu werden.

Muster-Berufsordnung und psychotherapeutische Fernbehandlung

Der DPT votierte für einen Vorschlag des BPtK-Vorstandes zur Änderung der Muster-Berufsordnung, mit der eine Fernbehandlung auch für Psychotherapeutinnen möglich wird. Dabei seien die Qualitätsstandards der psychotherapeutischen Versorgung einzuhalten. Zentral sei die Einschränkung, dass Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung die Anwesenheit der Patientin weiterhin erfordern.

Peter Lehndorfer, Vizepräsident der BPtK, erläuterte die Gründe des Vorstandes, eine psychotherapeutische Fernbehandlung zu ermöglichen. Durch eine Videobehandlung ließen sich z. B. für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen unüberwindbare Wege zu einer Praxis überbrücken. Ferner sei es möglich, nach einem Umzug oder nach stationärer Behandlung einen Wechsel der Psychotherapeutin zu vermeiden, ebenso wie Therapieunterbrechungen, wenn Patientinnen z. B. beruflich länger vom Wohnort abwesend seien. Auch sei für bestimmte Patientengruppen die Anbahnung einer Psychotherapie mittels Fernbehandlung sinnvoll und notwendig. Sie biete aber auch die Möglichkeit, die Versorgung mit spezifischen Qualifizierungen sicherzustellen, z. B. im Bereich der Klinischen Neuropsychologie, Schmerzpsychotherapie oder speziellen Psychotherapie bei Diabetes.

Allerdings sei eine Fernbehandlung nicht immer sinnvoll. Zum Beispiel könne es auch fachlich kontraindiziert sein, dass eine Psychotherapie als Fernbehandlung durchgeführt werde, auch wenn eine Patientin dies vorziehen sollte. Die Indikationsstellung auch hierfür sei gründlich und fachgerecht durchzuführen. Auch leiste die Fernbehandlung keinen Beitrag zum Abbau von Wartezeiten, da sich bei einer Videobehandlung der Zeitaufwand einer Psychotherapie nicht verringere.

Peter Lehndorfer

Die Videobehandlung hat über das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Eingang in die psychotherapeutische Versorgung gefunden. Die BPtK habe sich erfolgreich dafür eingesetzt, die Videosprechstunde nicht nur für die ärztliche, sondern auch für die psychotherapeutische Versorgung nutzbar zu machen. Nun sei davon auszugehen, dass der Bewertungsausschuss bis zum April 2019 Regelungen zur Videobehandlung beschließt, die auch die Besonderheiten der psychotherapeutischen Versorgung und die Berufsordnung der Psychotherapeutinnen berücksichtigen.

Der Vorstand habe mit Unterstützung der Kommission „Berufsrechtliche Regelungen – Internet in der Psychotherapie" einen Vorschlag zur Anpassung der Muster-Berufsordnung erarbeitet. Ziel dieser Änderung sei es, grundsätzlich die Option zu eröffnen, nicht nur im persönlichen Kontakt, sondern auch über elektronische Kommunikationsmedien zu behandeln. Zentral sei aber die Voraussetzung, dass Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung die Anwesenheit der Patientin erfordern. Der Vorstand halte die Einhaltung dieses Standards für unverzichtbar. Mimik, Gestik und die Wahrnehmung nonverbaler Kommunikation seien für eine ordnungsgemäße Diagnosestellung erforderlich. Dabei sei man sich darüber im Klaren, dass es grundsätzlich denkbar sei, eine Diagnostik auch ohne direkten Kontakt durchzuführen. Aber man müsse konstatieren, dass sich nicht ausschließen lasse, dass aufgrund des eingeschränkten Eindrucks in der Videokommunikation bei einzelnen Patientinnen Fehldiagnosen möglich seien. Aufgabe der Muster-Berufsordnung der Psychotherapeutinnen sei aber sicherzustellen, dass Patientinnen keine Schäden erleiden können.

Eine Gruppe von Delegierten brachte einen Alternativantrag ein, der sich bei der Formulierung der psychotherapeutischen Fernbehandlung an den Regeln der (Muster-)Berufsordnung der Ärztinnen orientierte. Danach sollte im Einzelfall eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien möglich sein. Damit wären auch Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung ohne Anwesenheit der Patientin möglich. Für die Antragstellerinnen betonte Andrea Mrazek, Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, dass auch für sie die persönliche Beziehung der Goldstandard der Psychotherapie bleibe. Man habe sich aber aus drei Gründen für diesen Vorschlag entschieden. Die Berufsordnung müsse sich an den realen Bedingungen der Kolleginnen und deren Patientinnen orientieren. Den Einzelfall, dass eine ausschließliche Fernbehandlung notwendig werde, werde es mit Sicherheit geben. Und deshalb könne man ihn in die Berufsordnung auch gleich aufnehmen. Wichtig sei es darüber hinaus, den Psychotherapeutinnen die gleichen Innovationsmöglichkeiten einzuräumen wie den Ärztinnen. Vor allen Dingen gehe es darum klarzustellen, dass die Entscheidung darüber, ob es für eine Patientin angemessen ist, eine ausschließliche Fernbehandlung durchzuführen, der kompetenten Entscheidung einer Psychotherapeutin anheim zu stellen sei.

Ein weiterer Alternativantrag sollte eine Fernbehandlung nur in begründeten Ausnahmefällen ermöglichen. Auch die Antragstellerinnen dieses Alternativantrages betonten, dass Psychotherapie im persönlichen Kontakt erbracht werden solle und wollten mit diesem Vorschlag ein Aufweichen dieses Standards verhindern.

In der intensiven Debatte betonten Befürworter des ersten Alternativantrags, dass der Freiheitsgedanke als zentral zu betrachten sei. Man solle sich nicht strengere Regeln als die Ärzteschaft auferlegen. Die Entscheidung, wann ausschließliche Fernbehandlung angemessen sei und wann nicht, könne den Kolleginnen selbst überlassen und auf den erhobenen Zeigefinger verzichtet werden. Für den unwahrscheinlichen Fall, dass dennoch der Patientenschutz gefährdet werde, könne man nachsteuern.

Dem wurde entgegengehalten, dass es grundsätzliche Unterschiede zwischen ärztlichen Befunden und psychotherapeutischer Diagnostik gebe. Der Patientenschutz sei ein zu hohes Gut, um Risiken in Kauf zu nehmen. An einem späteren Punkt eventuell nachzusteuern, sei unvereinbar mit einer Berufsordnung. In den Mittelpunkt müssten hier Patientenschutz und Sorgfaltspflichten gestellt werden.

Eine kurze Debatte entspann sich auch zu der Frage, inwieweit die Psychotherapeutenkammern bei der Genehmigung von Forschungsprojekten zu beteiligen sind. Hier konnte klargestellt werden, dass es nicht um die Genehmigung der Forschungsprojekte gehe, sondern darum festzustellen, ob die an den Forschungsprojekten beteiligten Psychotherapeutinnen durch diese Teilnahme nicht gegen die Pflichten der Berufsordnung verstoßen. Solche Entscheidungen der Psychotherapeutenkammern seien in der Vergangenheit schon konstruktiv aufgenommen worden, da beispielsweise Mitglieder von Ethikkommissionen die Sorgfaltspflichten der Psychotherapeutinnen, die in den Berufsordnungen kodifiziert sind, nicht immer ausreichend kennen.

Die Delegierten beschlossen darüber hinaus Neuregelungen bei den Geheimhaltungs- und Sorgfaltspflichten der Berufsgeheimnisträgerinnen. Es handelt sich dabei um eine Anpassung an eine Regelung zur Schweigepflicht im Strafgesetzbuch (§ 203 StGB). Insbesondere ging es darum klarzustellen, dass gegenüber Dritten ein Offenbaren von Tatsachen, die der Schweigepflicht unterliegen, möglich ist, wenn dies für die Inanspruchnahme ihrer Dienstleistung erforderlich ist. Diese Dritten sind, wie auch Mitarbeiterinnen in psychotherapeutischen Praxen, zur Verschwiegenheit zu verpflichten. Klargestellt wurde auch, dass die Mitarbeiterinnen und Dritte auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zu verpflichten sind.

Muster-Weiterbildungsordnung Spezielle Schmerzpsychotherapie

Der DPT votierte mit großer Zustimmung für eine Ergänzung der Muster-Weiterbildungsordnung um den Bereich

Spezielle Schmerzpsychotherapie. Dr. Bruno Waldvogel erinnerte für die Kommission Zusatzqualifizierung der BPtK an den Beschluss des 31. DPT, dafür einen Entwurf zu erarbeiten. Angesichts der Prävalenz und der Behandlungshäufigkeit gehöre Schmerz zu den erheblichen Gesundheitsproblemen. Die Vermittlung spezieller schmerzpsychotherapeutischer Grundkenntnisse sei in der Ausbildung zur Psychotherapeutin nicht verpflichtend. Deshalb sei es sinnvoll, über eine geregelte Spezialqualifikation die Versorgung zu verbessern.

Haushalt und Entschädigungs- und Reisekostenordnung

Die Delegierten des 33. DPT nahmen den Jahresabschluss der BPtK für 2017 einstimmig an und entlasteten ebenfalls einstimmig den Vorstand der BPtK für das Haushaltsjahr 2017 und beschlossen, das Ergebnis des Haushaltsjahres 2017 in voller Höhe in die allgemeine Betriebsmittelrücklage der BPtK zu überführen.

Der DPT folgte nicht dem Antrag verschiedener Delegierter, in der Reisekostenordnung die Rahmenbedingungen für die Abrechnung von Fahrzeit und Sitzungszeit zu ändern. Er schloss sich der Empfehlung des Finanzausschusses an, diese Regelung im Kontext einer Gesamtüberarbeitung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung, die für 2019 geplant ist, zu diskutieren.

Der DPT folgte einem Antrag des Vorstandes, ein Betreuungsgeld für Kinder und zu pflegende Angehörige einzuführen, wenn von einer Ehrenamtlerin diese Aufgabe aufgrund ihrer Tätigkeit für die BPtK im Kontext von Gremiensitzungen zeitweise nicht wahrgenommen werden kann.

Der DPT votierte auf Antrag des jetzigen Vorstandes dafür, die Aufwandsentschädigung für den neu zu wählenden Vorstand ab Mai 2019 zu erhöhen und er beschloss darüber hinaus redaktionelle und inhaltliche Klarstellungen in der Entschädigungs- und Reisekostenordnung in Bezug auf die umsatzsteuerliche Behandlung von Reisekosten.

Der DPT stimmte dem von Peter Lehndorfer und Rudi Bittner vorgestellten Haushaltsplan der BPtK für das Jahr 2019 einstimmig zu.

Eingangs des DPT wählten die Delegierten Heiko Borchers als stellvertretenden Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen im Länderrat. Heiko Borchers ist KJP in der Kammer Schleswig-Holstein.

Eine Reihe von Tagesordnungspunkten konnte aus Zeitgründen nicht behandelt werden, die Delegierten votierten dafür, diese auf den nächsten DPT zu vertagen. Auf der Homepage der BPtK finden Sie einen ausführlichen Bericht zum DPT, die Resolutionen, die Muster-Berufsordnung sowie die Muster-Weiterbildungsordnung.

Delegierte des 33. DPT

Fachtagung „E-Health und psychische Erkrankungen“

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Die vierte Fachtagung in der Reihe „Schnittstellen zwischen Prävention, Rehabilitation und Psychotherapie“ widmet sich dem Thema „E-Health und psychische Erkrankungen“. Bei der Veranstaltung werden digitale Angebote aus den Bereichen Arbeitsschutz, Rehabilitation und Psychotherapie dargestellt, die dazu beitragen können, das Versorgungsangebot zu erweitern und zu verbessern. In den Workshops werden konkrete Beispiele digitaler Anwendungen betrachtet und Potenziale sowie kritische Punkte intensiv diskutiert. Die Veranstaltung wird in Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und der DGUV-Abteilung Versicherung/Leistung durchgeführt. Die Fachtagung findet am 9. und 10. Mai 2019 in Dresden statt. Weitere Informationen zur Veranstaltung und den Anmeldemodalitäten finden Sie unter:
https://www.dguv.de/iag/veranstaltungen/schnittstellen/2019/index.jsp

BPtK-Round-Table zur Humanistischen Psychotherapie

In seinem Gutachten vom 11. Dezember 2017 kam der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) zu dem Ergebnis, dass die Humanistische Psychotherapie (HPT) nicht als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren gelten kann (siehe auch Beitrag des WBP in dieser Ausgabe). Die Bundespsychotherapeutenkammer veranstaltete am 27. September 2018 in Berlin einen Round Table, um innerhalb der Profession über die Entwicklungsperspektiven der HPT und hier insbesondere der Gesprächspsychotherapie nach dem WBP-Gutachten zu diskutieren. BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz stellte zu Beginn die Rolle und Aufgaben des WBP dar. Anschließend erläuterte Prof. Dr. Dr. Gereon Heuft das Gutachten des WBP zur HPT in seinen wesentlichen Grundzügen. Im Anschluss verdeutlichte Prof. Dr. Rainer Richter die Relevanz einer verfahrensbezogenen Bewertung von Psychotherapieverfahren und -methoden im Gegensatz zu einer indikationsbezogenen Bewertung einzelner Methoden für die Strukturierung der Ausbildung und nicht zuletzt auch der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Prof. Dr. Dr. Gereon Heuft

Prof. Dr. Jürgen Kriz und Dr. Manfred Thielen kritisierten den Gutachtenprozess des WBP und die Entscheidung, die Humanistische Psychotherapie nicht als Psychotherapieverfahren anzuerkennen. Sie stellten in ihren Vorträgen die internationale wie nationale Entwicklung der Humanistischen Psychotherapie vor und sprachen sich für eine gleichberechtigte Verankerung der HPT in Ausbildung und Versorgung aus. Prof. Dr. Bernhard Strauß gab einen Überblick über die Entwicklungen und Diskurse innerhalb der Psychotherapieforschung der vergangenen Jahre. Dr. Dorothee Wienand-Kranz und Birgit Wiesemüller berichteten schließlich über den Status quo der Gesprächspsychotherapie und forderten, dass die Gesprächspsychotherapie weiterhin ihren Platz in der Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeutinnen haben müsse. In der Diskussion wurde insbesondere die Relevanz des Schwellenkriteriums für die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren hervorgehoben. Das psychotherapeutische Versorgungsangebot in Deutschland sei ein hohes Gut. Die damit verbundenen Anforderungen an den Nachweis des Nutzens von Behandlungsmethoden müssten und könnten auch erfüllt werden. Die Diskussion spiegelte die Spannung wider zwischen dem Wunsch, eine möglichst große Pluralität psychotherapeutischer Orientierungen zu erhalten, und den notwendigen Anforderungen an die Qualitätssicherung durch Nachweis der breiten Wirksamkeit, die zu erfüllen sind, um ihrer Aufgabe in der Patientenversorgung gerecht zu werden und die international einzigartige Integration der Psychotherapie als Regelleistung in die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland sicherzustellen. Ein ausführlicher Bericht zur Veranstaltung findet sich auf der Homepage der BPtK.

Geschäftsstelle

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

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

über das Ergebnis der Wahlen und die Zusammensetzung der neuen Vertreterversammlung (VV) wurden Sie vor wenigen Tagen postalisch informiert. Die konstituierende Sitzung ist nach Ablauf der Wahlwiderspruchsfrist zum 23. Februar 2019 einzuberufen. Dann werden die neuen Vorstandsmitglieder, die Delegierten der LPK Baden-Württemberg des Deutschen Psychotherapeutentages sowie die Mitglieder des Finanzausschusses und anderer Ausschüsse gewählt. Es wird im Vorfeld zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der Listen ausführliche Gespräche geben, um auszuloten, wie der neue Vorstand und die Ausschüsse zusammengesetzt sein sollen. Da der Redaktionsschluss des Psychotherapeutenjournals schon vor der konstituierenden Sitzung sein wird, werden wir Sie kurz nach der VV Ende Februar 2019 über die Homepage und unseren Mailverteiler informieren, wer in die Kammergremien gewählt wurde.

Der aktuelle Vorstand hat sich in der letzten VV für das Vertrauen sowie die teilweise auch kritische Begleitung der Vorstandsarbeit und die Anregungen aus der VV in den vergangenen fünf Jahren bedankt. Wir möchten nicht versäumen, uns auch bei den Mitgliedern zu bedanken, die uns angeschrieben oder angerufen haben, um uns Rückmeldungen oder Kommentare zur Arbeit des Vorstands zukommen zu lassen. Eine lebendige Auseinandersetzung über die Kammerarbeit ist eine wichtige Grundlage der Selbstverwaltung.

Wir verbleiben mit den besten Wünschen für eine erholsame Weihnachtszeit, schöne Weihnachtstage, einen guten Rutsch sowie alles Gute für das nächste Jahr!

Ihr Kammervorstand

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

Vertreterversammlung am 19./20. Oktober 2018

Am ersten Tag der Vertreterversammlung (VV) wurde das Thema „Heilberufeausweis und Telematikinfrastruktur: aktueller Entwicklungsstand und Ausblick“ bearbeitet. Dazu stellte Dominique Krause (BPtK) die aktuellen Entwicklungen dar. In der anschließenden Diskussion wurde über den Nutzen der Telematik für psychotherapeutische Praxen und über den Datenschutz diskutiert. Neben möglichen Risiken wurden auch die Vorteile eines sicheren Datenaustausches zwischen den Leistungserbringern benannt.

Vortrag Dominique Krause (BPtK)

Zum zweiten Tagesordnungspunkt des Tages führte Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz in das Thema Bedarfsplanung ein. In seinem Vortrag stellte er das kürzlich veröffentlichte Gutachten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bedarfsplanung vor und informierte über die Konsequenzen daraus. So stelle das Gutachten fest, dass im ländlichen Raum je nach Berechnungsmodell bis zu 2.400 Psychotherapeutensitze fehlen, in einigen Ballungsgebieten aber eine Überversorgung festzustellen sei. In der anschließenden Diskussion wurden die Vorschläge des Gutachtens kritisch hinterfragt, insbesondere auch, wie denn ein Abbau von Sitzen in den laut Gutachten nominell überversorgten Gebieten vonstattengehen solle.

Vortrag Dr. Dietrich Munz

Am zweiten Tag stellte Dr. Munz den Vorstandsbericht vor. Er gab zum schriftlich vorliegenden Bericht noch Ergänzungen und einen kurzen Rückblick auf die zu Ende gehende Wahlperiode. Er betonte die sehr gute Zusammenarbeit mit den anderen Heilberufekammern in Baden-Württemberg. Diese haben, wie er berichtete, gemeinsam einen Vorschlag zur Novellierung des Heilberufekammergesetzes dem Sozialministerium vorgelegt. Zudem infor-

Vertreterversammlung

mierte er über den Stand der Reform des Psychotherapeutengesetzes und über die diesbezüglichen Aktivitäten der Kammer auf Landesebene. Nach einer ausführlichen Diskussion zum Stand der Ausbildungsreform bedankte sich Dr. Munz bei all den Delegierten, die nicht erneut zur Wahl antreten werden.

Anschließend wurde mit großer Mehrheit eine Resolution zur Bedarfsplanung verabschiedet, in der eine maßvolle Reform der Bedarfsplanung gefordert wird. Eine weitere Resolution wurde zum Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zu der darin vorgeschlagenen „gestuften Versorgung" verabschiedet. Die dort vorgesehene gesetzliche Vorgabe, eine gesteuerte Zuweisung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu definierten Behandlungspfaden und -formen zu entwickeln, würde die Patientinnen in ihrem Recht auf eine partizipative Entscheidungsfindung unzulässig beschränken und eine in keiner Weise zu rechtfertigende Diskriminierung dieser Patientengruppe darstellen, was die VV mit ihrer Resolution einhellig ablehnte. Die beiden Resolutionen können auf https://www.lpk-bw.de/node/770 heruntergeladen werden.

Anschließend wurde der Tagesordnungspunkt Beratung und Beschlussfassung zur Weiterbildung im Bereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes" aufgerufen. Nach den einleitenden Worten von Mareke Santos-Dodt (Vorsitzende des Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung der LPK BW) begründete Bernhard Kulzer vom Diabetes Zentrum Bad Mergentheim in seinem Vortrag die Notwendigkeit einer Kammer-Weiterbildungsregelung. Nach einer z. T. kontroversen Diskussion wurde die Aufnahme der Weiterbildung „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes" in die Weiterbildungsordnung der Kammer mit 20 Ja-Stimmen, 9 Nein-Stimmen und 5 Enthaltungen angenommen.

Nach der Vorstellung des Haushaltsabschlusses 2017 durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die mit einem uneingeschränkten Prüfungsvermerk abgeschlossen wurde, dankten Vorstand und Haushaltsausschuss der Geschäftsstelle für ihre Arbeit. Im Anschluss erhielt die VV den Haushaltsbericht zum laufenden Haushaltsjahr 2018 durch Birgitt Lackus-Reitter. In der Folge stellte diese dann den Haushalts-, Stellen- und Investitionsplan 2019 vor, der unverändert von der VV genehmigt wurde. Abschließend wurden noch Satzungsfragen diskutiert sowie Änderungen zur Fortbildungsordnung beschlossen, welche z. T. redaktionell waren. Ebenfalls wurde eine Anpassung an die Musterfortbildungsordnung vorgenommen.

1. Sitzung der Gleichstellungskommission der LPK BW am 9. Oktober 2018

Am 9. Oktober 2018 fand die erste Sitzung der neu einberufenen Gleichstellungskommission der LPK BW statt, die gleichzeitig die letzte Sitzung in dieser Legislaturperiode war. Nach einem ausführlichen Bericht aus der Gleichstellungskommission der BPtK in Berlin am 26. September 2018 wurden Ziele und mögliche Maßnahmen der Kommission besprochen und konkretisiert:

Es sollen Barrieren identifiziert werden, welche die Mitwirkung von Frauen in den Gremien der LPK BW erschweren und Maßnahmen entwickelt werden, die geeignet sind, eine Gleichstellung zu ermöglichen. Außerdem soll die Einhaltung der Geschlechtergerechtigkeit in den Kammergremien der LPK BW kontrolliert und der Vorstand diesbezüglich beraten werden.

Nach der Wahl der Vertreterversammlung der LPK BW sollen die Mitglieder

der Kommission im Februar 2019 neu benannt werden und dann konkrete Maßnahmen erarbeiten, welche dem neuen Vorstand der LPK BW vorgeschlagen werden sollen. Dabei ist u. a. ein Mentoring-Programm junger Kolleginnen und Kollegen und eine Schulung in öffentlicher Rede angedacht worden.

Frühe Hilfen im Ortenaukreis – ein bundesweit beispielgebendes Modell

Die Frühen Hilfen richten sich präventiv an alle Eltern und werdende Eltern, insbesondere aber auch an Familien mit besonderen Belastungen und in schwierigen Lebenssituationen, um die Eltern-Kind-Bindung sowie die Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken. Wie u. a. die Badische Zeitung berichtete, habe der Ortenaukreis vor rund zehn Jahren ein inzwischen sehr bewährtes und bundesweit viel beachtetes Modell früher Prävention installiert, dessen Erfolg auch den entscheidenden Impuls für den Aufbau des Präventionsnetzwerks Ortenaukreis geliefert habe. Damit besteht im Ortenaukreis nun eine durchgängige Präventionskette von der Schwangerschaft bis zum 10. Lebensjahr.

„Wir haben seit Start des Programms in rund 5.000 Fällen präventive Hilfen geleistet", informierte Ullrich Böttinger, Leiter des Amts für Soziale und Psychologische Dienste im Landratsamt Ortenaukreis in Offenburg und Leiter der Frühen Hilfen. Mit den Frühen Hilfen können sehr frühzeitig für Väter und Mütter, werdende Eltern sowie Familien mit psychosozialen Belastungen Hilfs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden, was sonst nicht – und vor allem nicht so früh – erreichbar ist. Diese frühe Erreichbarkeit ist besonders wichtig, um die Eltern-Kind-Bindung zum entwicklungspsychologisch richtigen Zeitpunkt stärken zu können.

Wie Ullrich Böttinger, der auch Mitglied der Vertreterversammlung der LPK BW und stellvertretender Vorsitzender des PTI-Ausschusses ist, berichtet, hat sich dabei die enge Kooperation zwischen den Fachstellen Frühe Hilfen und den Geburtskliniken im Ortenaukreis als besonders wirkungsvoll herausgestellt. Eltern werden bereits in der Klinik durch geschultes Personal auf die Möglichkeiten der Frühen Hilfen angesprochen. Durch die zunehmende Arbeitsbelastung in den Kliniken und bei trotz steigender Geburtenzahlen gleichbleibender Personalausstattung gerät dieses Lotsensystem jedoch zunehmend unter Druck. Der Ortenaukreis möchte deshalb gemeinsam mit anderen südbadischen Landkreisen aktiv werden, um eine langfristige finanzielle Absicherung dieses grundlegenden Bausteins der Frühen Hilfen zu erreichen.

Nachruf auf Dr. Hans Watzl

Vor mehr als 25 Jahren war ich als Psychologiestudent an der Universität Konstanz erstmals an der Behandlung eines psychisch kranken Menschen beteiligt – unter der Betreuung von Hans Watzl. Und schon damals sind mir seine beiden herausragenden Eigenschaften nachdrücklich in Erinnerung geblieben: eine überlegte, fundierte Sachlichkeit und Fachkenntnis, gepaart mit einer immer verbindlichen und wohlwollenden Zugewandtheit und Freundlichkeit. Hans Watzl hat dabei stets eine Autorität ausgestrahlt, die vollkommen auf echte Kompetenz und Fachkunde gegründet hat. Er war zeit seines Lebens einer wissenschaftlich begründeten und sich auf empirische Ergebnisse stützenden Psychotherapie verpflichtet. Dabei war für ihn die Verhaltenstherapie der plausibelste Ansatz.

Dr. Hans Watzl war in den Jahren von 2006 bis 2013 Delegierter der LPK Baden-Württemberg. In den ersten vier Jahren als Vertreter der Hochschulen und ab 2010 dann als Mitglied der DGVT-Kammerfraktion „Vt&mehr", deren Namen er im Übrigen initiiert hat. In der LPK Baden-Württemberg haben wir ihn dabei stets als sachkundigen und auch als sehr hartnäckigen Verfechter seiner Themen erleben dürfen. Manche würden vielleicht sagen, mit einer gewissen Dickköpfigkeit – aber auch dann gab es niemand, der seine jederzeit offene und freundliche Art des Umgangs nicht anerkannt hätte. Ja, Hans Watzl hatte einiges zu kritisieren an der Kammer, wie er sie erlebt hat – sein Weg war dabei aber stets der der konstruktiven Mitwirkung.

Zuletzt war Hans Watzl noch in der Kommission zur Überarbeitung des Kammerwahlrechts in Baden-Württemberg aktiv. Er hat dabei für die Lösung geworben, die nun erstmals in der aktuell laufenden Kammerwahl angewandt wird. Hans Watzl starb nach längerer Krankheit am 5. Oktober 2018 in Singen am Bodensee.

Dr. Hans Watzl †

Günter Ruggaber

Studie zur Kostenerstattung von Psychotherapie veröffentlicht

Die unter Beteiligung von zehn LPKen durchgeführte Studie zur Kostenerstattung (KE) von Psychotherapie in Privatpraxen wurde Mitte Oktober veröffentlicht und bei einer Pressekonferenz in Berlin vorgestellt. Der von Dr. Rüdiger Nübling (Stuttgart) und Karin Jeschke (Berlin) erstellte Bericht beleuchtet die aktuelle Situation. Die Studie basiert auf einer Umfrage unter PP und KJP im 1. Quartal 2018 mit einem Rücklauf von 2.417 Teilnehmenden.

Ein Ergebnis der Studie ist, dass die Bewilligung von KE-Anträgen binnen eines Jahres von 81 % auf 47 % sank. Im Falle der Bewilligung von Anträgen nahm zudem der Umfang der genehmigten Therapiesitzungen durchschnittlich um knapp 25 % ab. Die Bearbeitungsdauer der Anträge stieg von durchschnittlich 6,6 auf 8,4 Wochen (um 27 %). Auch wurden viele Ablehnungen von den Krankenkassen falsch begründet. Etwa die Hälfte der Befragten berichtet, den Patientinnen und Patienten sei mitgeteilt worden, Kostenerstattung sei nicht mehr erlaubt. 82 % der Befragten berichten von Ablehnungen, die mit der Einführung von Terminservicestellen, durch die nun alle Patientinnen versorgt seien, begründet wurden. Tatsächlich vermitteln diese Stellen in die Sprechstunde und probatorische Sitzungen, aber nicht zwingend Therapieplätze. Weitere Infos auf https://www.lpk-bw.de/node/761.

Treffen Kammerpräsident Munz mit Oberstaatsanwälten zu § 174c StGB

Angeregt durch den Leitenden Oberstaatsanwalt Seeburger, der ehrenamtlicher Kammeranwalt für den Bereich Württemberg ist, wurde Kammerpräsident Dr. Munz zu einem Vortrag im Rahmen der Tagung der Oberstaatsanwälte eingeladen.

Im Vortrag erläuterte Dr. Munz die fachliche Begründung der Abstinenzregelung in der Berufsordnung und verdeutlichte, dass in einer psychotherapeutischen Behandlung bei sexueller Kontaktaufnahme immer auch von einer Abhängigkeitsbeziehung und einem Missbrauch der therapeutischen Beziehung ausgegangen werden müsse und die Verantwortung immer bei dem Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin liege. Wichtig sei dies auch bei der gerichtlichen Bewertung von sexueller Abstinenzverletzung nach § 174c Strafgesetzbuch. Herr Marx aus dem Landesjustizministerium berichtete, dass beim Bundesjustizministerium u. a. eine Novellierung des § 174c StGB in Erarbeitung sei und er den Vortrag von Dr. Munz dort einbringen werde. Lobend griff er die Regelungen des § 8 der Berufsordnung der LPK BW auf und führte dazu aus, dass zwischen der juristischen Auslegung des § 174c StGB und dem fachlichen Verständnis eine Diskrepanz bestehen könne, die nur durch Intervention beim Gesetzgeber zu lösen sei.

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

Beitragstabelle 2019
Vom 12. November 2018

Aufgrund des § 24 Abs. 1 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg vom 16.03.1995 (GBl. 1995, 313), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes, des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Baden-Württemberg und der Verordnung des Innenministeriums über die Durchführung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes vom 17. Dezember 2015 (GBl. BW v. 29.12.2015, S. 1234), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 20. Oktober 2018 die folgende Beitragstabelle 2019 beschlossen:

A. Gemäß § 2 Abs. 4 Satz 1 der Umlageordnung wird festgesetzt:

1. Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2019 wird für alle Mitglieder eine Umlage (Regelbeitrag) von 440,00 Euro erhoben. Der ermäßigte Regelbeitrag I beträgt 264,00 Euro, der ermäßigte Regelbeitrag II 176,00 Euro und der Mindestbeitrag 110,00 Euro.
2. Freiwillige Mitglieder, die sich in der Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 3 Abs. 4 Satz 1 Hauptsatzung) befinden, haben null Euro zu entrichten.
3. Mitglieder, die auch als Ärztin oder Arzt approbiert sind, zahlen einen Beitrag von 220,00 Euro.
4. Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 200,00 Euro.

B. Die Beitragstabelle 2019 tritt am 1. Januar 2019 in Kraft, zugleich tritt die Beitragstabelle 2018 vom 11.12.2017 (Psychotherapeutenjournal 4/2017, Seite 377) außer Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2019 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 30.10.2018, Az.: 31-5415.5-003/1, hiermit ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht.

Stuttgart, den 18.11.2018
gez. Dipl.-Psych. Dr. Dietrich Munz
Präsident

PTK | Bayern

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Terminservice- und Versorgungsgesetz: Kammern fordern Verbesserung der Versorgung statt neuer Engpässe für psychisch kranke Menschen

Der Bundesgesundheitsminister hat sich mit dem Entwurf eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zum Ziel gesetzt, einen schnelleren Zugang zur medizinischen Versorgung für gesetzlich Versicherte zu erreichen. Der Gesetzentwurf wurde inzwischen vom Bundeskabinett verabschiedet und in den Bundestag eingebracht. Mit dem TSVG soll unter anderem mit einer gestuften Versorgung der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung geregelt werden, so der geplante § 92 Abs. 6a SGB V. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll beauftragt werden, eine entsprechende Richtlinie zu erarbeiten und zu beschließen. Was das konkret für unsere Patientinnen und unsere Berufsgruppe bedeutet, ist weitgehend unklar. Pate könnten die Versorgungskonzepte für psychisch kranke Menschen, wie sie derzeit in Nordrhein-Westfalen und Hamburg durch den Innovationsfonds gefördert werden, stehen. Im schlimmsten Fall könnte aber auch das Erstzugangsrecht zur Psychotherapeutin in Frage gestellt sein.

Inzwischen hat sich der Gesundheitsausschuss des Bundesrats mit dem TSVG befasst und die Bundesregierung aufgefordert, den geplanten § 92 Abs. 6a SGB V ersatzlos zu streichen – auch weil erst in 2017 eine Strukturveränderung in der ambulanten Psychotherapie durch die Novellierung der Psychotherapie-Richtlinie durchgeführt worden ist und diese noch nicht evaluiert sei. Die Landespsychotherapeutenkammern hatten in einer konzertierten Aktion ihre Landesgesundheitsministerien aufgefordert, entsprechend zum Entwurf des TSVG Stellung zu beziehen. Allerdings sind das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesregierung nicht an die Empfehlung des Gesundheitsausschusses des Bundesrats gebunden.

Zur Unterstützung des Anliegens der Kammern wurde auch eine gemeinsame Presseerklärung von PTK Bayern, Bayerischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns herausgegeben.

Nur eine tatsächliche Erweiterung der Behandlungskapazitäten insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten könnte zu einer Verringerung der Wartezeiten beitragen. Hierzu haben die BPtK und die PTK Bayern vorgeschlagen, eine partielle und befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeutinnen außerhalb der Ballungszentren solange vorzunehmen, bis der Versorgungsgrad den Durchschnitt der somatischen Arztgruppen erreicht und der G-BA die Bedarfsplanungsrichtlinie überarbeitet hat. Leider wurde dieser Vorschlag nicht aufgegriffen. Nötig ist eine Novellierung der Bedarfsplanungsrichtlinie für die Gruppe der Psychotherapeutinnen, welche die Planungsfehler aus dem Jahr 1999 beseitigt.

Telematikinfrastruktur und Psychotherapeutenausweis

Die Telematikinfrastruktur (TI) soll die digitale Vernetzung von Leistungserbringerinnen, Versicherten und Kostenträgerinnen im Gesundheitswesen über eine sichere, einrichtungsübergreifende Kommunikationsstruktur ermöglichen. Um an der Nutzung der Telematikinfrastruktur teilnehmen zu können, erhalten die GKV-Versicherten die elektronische Gesundheitskarte (eGK), für die Psychotherapeutinnen ist der elektronische Psychotherapeutenausweis (ePtA) notwendig. Die Verzögerungen bei der technischen und konzeptionellen Umsetzung haben aber zwischenzeitlich erhebliche Probleme mit sich gebracht.

Angesichts der Verzögerungen bei der Lieferung der Hardware wurde das Bundesministerium für Gesundheit von der Delegiertenversammlung der PTK Bayern bereits im Mai dieses Jahres mit einer Resolution dazu aufgefordert, bei der Einführung der Telematikinfrastruktur bis auf Weiteres auf alle vorgesehenen Sanktionen zu verzichten und die Fristen der Einführung komplett auszusetzen.

Zwischenzeitlich plant Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Frist, ab der alle psychotherapeutischen und ärztlichen Praxen an die TI angeschlossen sein müssen, bis zum 30. Juni 2019 auszusetzen. Die Praxisinhaberinnen sollen bis Ende März 2019 die dafür notwendige Ausstattung bestellt und einen Vertrag über die Ausstattung der Praxis mit den notwendigen Komponenten geschlossen haben. Andernfalls drohen Honorarkürzungen (Stand zum Redaktionsschluss).

Erste Anwendung der Telematikinfrastruktur wird der Online-Abgleich der Versichertendaten (das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement, kurz VSDM) auf der elektronischen Gesundheitskarte sein. Der elektronische Psychotherapeutenausweis (ePtA) ist für das VSDM **nicht** erforderlich. Der ePtA wird jedoch für andere Anwendungen benötigt, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeiten der Telematikinfrastruktur wie geplant ausgebaut werden, zum Beispiel für die Kommunikation von Leistungserbringerinnen untereinander oder zur Verwendung von elektronischen Patientenakten. Diesen Prozess der weiteren technischen Entwicklung zur elektronischen Datenerhebung und Datenweiterleitung werden die Kammern auch weiterhin kritisch begleiten und dabei auf die besonderen Schutzbedürfnisse von psychisch kranken Patientinnen hinweisen. Es ist wichtig, dass sich auch der Berufsstand der Psychotherapeutinnen an der inhaltlichen Ausgestaltung der jeweiligen Anwendungen beteiligt.

Für die Mitglieder, die einen ePtA benötigen werden, hat die PTK Bayern ein Antragsportal für den ePtA im geschützten Mitgliederbereich der Homepage eingerichtet, das derzeit jedoch noch nicht freigeschaltet ist. Der gesamte Antrags- und Ausgabeprozess ist dort Schritt für Schritt beschrieben. Die Kammermitglieder werden umgehend über die Homepage oder automatisch per E-Mail unseres Nachrichtendienstes informiert, sobald der ePtA beantragt werden kann und die Schnittstelle freigeschaltet ist. Melden Sie sich für den Nachrichtendienst am besten sofort auf www.ptk-bayern.de an.

Selbsthilfe trifft Psychotherapie – Gelungener Austausch bei Informationsveranstaltung in München

Die PTK Bayern veranstaltete im Oktober gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Selbsthilfe Koordination Bayern (SeKo) die Informationsveranstaltung „Selbsthilfe trifft Psychotherapie“ in München. Zu Beginn der Veranstaltung ermöglichten drei Einführungsvorträge einen praktischen und theoretischen Einblick in die Arbeit der Selbsthilfe und der Psychotherapie: Prof. Dr. Gabriela Zink (Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Universität München) referierte über die „Gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe“, Christina Schabel-Blessing berichtete „Von der Arbeit an der Basis“ und PTK Bayern Vorstandsmitglied Prof. Dr. Monika Sommer legte die „Möglichkeiten der Zusammenarbeit“ dar. Nach den kurzen Vorträgen wurde der Schwerpunkt auf einen anschließenden Informationsaustausch unter den Teilnehmenden gelegt. Dafür gab es einen Gallery Walk mit neun Informationsständen, an denen Ansprechpersonen Rede und Antwort standen.

Auch die PTK Bayern steuerte zwei Informationsstände bei: An dem Informationsstand „Verfahren und Ablauf einer Psychotherapie“ wurden vor allem

Die Referentinnen und das Organisationsteam des Infotags (v. l.): Dr. med. Angela Lüthe, Prof. Dr. Gabriela Zink, Michael Stahn, Elisabeth Benzing, Caroline Scheide, Dr. Nina Sarubin (PTK Bayern), Klaus Grothe-Bortlik, Irena Tezak, Prof. Dr. Monika Sommer (Vorstandsmitglied PTK Bayern). (Foto: KVB)

Nachfragen zur psychotherapeutischen Sprechstunde, zur neuen Psychotherapie-Richtlinie und den verschiedenen Psychotherapieverfahren beantwortet. Der Informationsstand „Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe“ wurde gemeinsam mit der Selbsthilfekontaktstelle (KISS) Nürnberg angeboten und ermöglichte den Austausch zu Themen wie herausfordernden Situationen in Selbsthilfegruppen, Kriterien für die Empfehlung zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder dem Ablauf einer Vermittlung an Selbsthilfegruppen. Weitere Informationsstände befassten sich mit den Arbeitsweisen der Selbsthilfegruppen sowie den Selbsthilfekontaktstellen.

Der Infotag soll in ähnlichem Umfang im kommenden Jahr in Würzburg wiederholt werden.

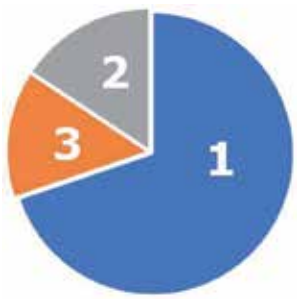
BY

Kammermitglieder haben entschieden: Das Thema für den Bayerischen Landespsychotherapeutentag am 19. Oktober 2019 steht fest!

Kommendes Jahr findet zum achten Mal der Bayerische Landespsychotherapeutentag (LPT) statt. Die Kammermitglieder hatten die Möglichkeit, für den LPT 2019 Themenideen einzureichen und anschließend aus drei Themen auszuwählen und abzustimmen. Das Ergebnis der Abstimmung war eindeutig: Der Landespsychotherapeutentag 2019 steht unter dem Leitthema **„Psychotherapie in Grenzsituationen“**.

Hiermit sind eher außergewöhnliche Situationen in Psychotherapien gemeint, in denen Psychotherapeutinnen in besonderer Weise als Person angesprochen und herausgefordert sind, wie zum Beispiel Psychotherapie an der Grenze von Leben und Tod, Entscheidungen gegen die Autonomie der Patientin bzw. gegen die Schweigepflicht, Suizid einer Patientin, Angriffe auf die psychische oder physische Unversehrtheit von Psychotherapeutinnen oder Liebesgefühle in der Psychotherapie.

Der LPT findet am 19. Oktober 2019 in München statt.



Klares Ergebnis: Die Kammermitglieder wählten „Psychotherapie in Grenzsituationen“ mit 69,8 % als Leitthema für den LPT 2019. Platz 2 belegte „Achtsamkeit – das Konzept für die Zukunft“ (15,7 %), Platz 3 „Bedrohungen/Bedrohungslagen“ (14,5 %).

Bayerischer Gesundheitspreis 2018: Kammermitglied Andreas Podeswik (Augsburg) wird für sein Projekt „Kultursensitives Case-Management“ ausgezeichnet

Vizepräsident der PTK Bayern Dr. Bruno Waldvogel (rechts) gratuliert Andreas Podeswik zu seiner Auszeichnung beim Bayerischen Gesundheitspreis. (Foto: Klaus D. Wolf)

Mit dem Bayerischen Gesundheitspreis werden Projekte ausgezeichnet, die auf besonders kreative und innovative Weise zu einer qualitativ hochwertigen ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Bayern beitragen. Der Preis wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Krankenkasse IKK classic vergeben. In diesem Jahr wurden Preise in zwei Kategorien verliehen: „Selbstbestimmt leben bis zum Schluss – Konzepte um den Patientenwillen in jeder Versorgungslage beachten zu können“ und „Gelebte Inklusion: Wie Ärzte durch großes Engagement Menschen mit schwierigem Zugang zum Gesundheitswesen helfen“.

In der zweiten Kategorie wurde Anfang November auch Andreas Podeswik, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie Psychologischer Psychotherapeut, 1. Vorstand des „Bunter Kreis e. V.“ ausgezeichnet. Er erhielt den zweiten Platz für sein Projekt „Kultursensitives Case-Management“. Mit dem Einsatz eines kultursensitiven Case-Managements (CM) für Kinder mit psychischen und somatisch chronischen Erkrankungen und Migrationshintergrund sollen die psychischen Belastungen und Störungen der jungen Patientinnen abgebaut werden. Die Psychotherapeutin erfährt Unterstützung durch eine Kulturmittlerin mit Case-Management-Kompetenz. Die Beziehungsgestaltung, die Kommunikation und die Wirkung der Interventionen wird durch die Kulturmittlerin ermöglicht und/oder verbessert. Das CM hilft in der sektorenübergreifenden Vernetzung, zum Beispiel im Einbezug der Jugendhilfe oder der Unterstützungsangebote für Migrantinnen. Teilhabe wird beispielsweise durch Einbezug der Schule oder der Vereine gefördert.

Mittels des Einsatzes des kultursensitiven CM konnte bereits eine deutliche Reduktion der psychischen Auffälligkeiten und auch eine Reduktion der Therapieabbrüche verzeichnet werden. Außerdem ist eine verbesserte Integration der betroffenen Familien festzustellen. Die Akzeptanz der Frühförderung oder Jugendhilfe, die Inanspruchnahme von verordneten Krankenkassenleistungen sowie die Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern konnten durch das Projekt verbessert werden.

Die weitere Planung des Projekts sieht vor, die Fallevaluation für polnische und türkische Familien abzuschließen und weitere Kulturkreise für das Projekt zu erschließen. Weiterhin soll die Qualifikation in interkultureller Kompetenz in die Case-Management-Ausbildung vollständig integriert werden und der Ansatz des kultursensiblen Case-Managements möglichst mit in die Psychotherapie-Ausbildung eingebaut werden.

„Fortbildung für niedergelassene Psychotherapeut/innen zur Therapie von Soldat/innen und Bundespolizist/innen“

Ende September fand in München die „Fortbildung für niedergelassene Psychotherapeut/innen zur Therapie von Soldat/innen und Bundespolizist/innen“ statt, welche die PTK Bayern gemeinsam mit der Bundeswehr, der Bundespolizei und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg ausgerichtet hat.

Bei der Fortbildungsveranstaltung wurden unter anderem die Organisation der Bundeswehr und der Bundespolizei, das Berufsbild von Bundespolizistinnen und Soldatinnen, Einsatzgebiete der Bundeswehr und der Bundespolizei sowie organisatorische Aspekte der Heilbehandlung von Bundespolizistinnen und Soldatinnen vorgestellt und thematisiert.

In der Diskussion wurden Fragen zu Vertraulichkeit und Stigmatisierung, konkreten Abläufen der Behandlung, der Position von Frauen in der Bundeswehr und Bundespolizei sowie die Entwicklung der Bundeswehr zur Einsatzarmee angesprochen.

Fortbildung „Psychotherapie mit (ehemaligen) Straftäter/innen“

Am 27. Oktober 2018 fand die Fortbildung „Psychotherapie mit (ehemaligen) Straftäter/innen“ statt. Die PTK Bayern wollte mit dieser Fortbildungsveranstaltung für die Behandlung dieser Patientengruppe motivieren.

Die Kapazitäten zur psychotherapeutischen Behandlung von (ehemaligen) Straftäterinnen, insbesondere Sexual- und Gewaltstraftäterinnen, sind noch immer unzureichend. Es gibt in Bayern psychotherapeutische Fachambulanzen für Gewalt- und Sexualstraftäterinnen in München, Würzburg und Nürnberg. Diese Fachambulanzen berichten über einen erheblichen Mangel an niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen zur ambulanten (Weiter-) Behandlung der Patientinnen. Die angemessene psychotherapeutische Versorgung von (ehemaligen) Straftäterinnen ist auch vor dem Hintergrund der angestrebten Rückfallprophylaxe von großer gesellschaftlicher Bedeutung.

Die Fortbildungsveranstaltung bot umfassend Auskunft zur Behandlung von Straftäterinnen.

Anschließend fanden Workshops statt, welche die psychotherapeutische Arbeit mit diesem Personenkreis praxisnah erlebbar machten.

Für die Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Justizministerium führt die PTK Bayern eine Liste an Therapeutinnen, die mit (ehemaligen) Straftäterinnen nach Haftverbüßung ambulant weiterarbeiten, sei es in den Sozialstationen der Justizvollzugsanstalten oder in ambulanter Praxis.

Fortbildung zur psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Störungen bei Flüchtlingskindern

Mitte November veranstaltete die PTK Bayern eine Fortbildung zur psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Störungen bei Flüchtlingskindern. Kinder und Jugendliche, die aus ihrem Heimatland flüchten mussten, haben oft schwere traumatisierende Erlebnisse in ihrer Heimat und auch häufig während der Flucht erfahren, die zu schweren psychischen Beeinträchtigungen führen können. In Deutschland angekommen sind sie zudem konfrontiert mit einer neuen Kultur und mit aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen, die ihre Lebensbedingungen über Jahre gravierend beeinflussen.

Die Fortbildungsveranstaltung diente der Vermittlung von Kenntnissen, die für die psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrungen relevant sind, sowie von kultursensiblen Aspekten in der Therapie. Diplom-Psychologin Barbara Abdallah-Steinkopff von REFUGIO München veranschaulichte unter anderem Rahmenbedingungen des therapeutischen Vorgehens anhand verschiedener Fallvignetten. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Thorsten Sukale stellte anschließend das Projekt „PORTA – Refugees“ des Universitätsklinikums Ulm vor, welches ein internetbasiertes Tool zur Belastungseinschätzung und Interventionsplanung bei Kindern und minderjährigen Jugendlichen mit Fluchterfahrung beinhaltet.

BY

Kurznachrichten

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreterinnen teilgenommen haben: Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: 1. Sitzung der Unterarbeitsgruppe Interventionsberichterstattung am 20.09.2018; BPtK: 1. Sitzung der Gleichstellungskommission am 26.09.2018; Herbstempfang des Verbands Freier Berufe in Bayern e. V. am 26.09.2018; BPtK-Round-Table: Entwicklungsperspektiven nach dem Gutachten des WBP zur Humanistischen Psychotherapie am 27.09.2018; IHK Kammergespräch am 04.10.2018; Podiumsdiskussion im Rahmen der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie am 10.10.2018; Bayerischer Landespflegerat: 70 Jahre Jubiläumsfeier am 10.10.2018; Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V zur Fortschreibung der Bedarfsplanung am 17.10.2018; Verband Freier Berufe in Bayern e. V.: Gesprächsrunde der Geschäftsführer der Mitgliedsorganisationen am 17.10.2018; 10-jähriges Bestehen der Psychotherapeutischen Fachambulanz für Gewalt- und Sexualstraftäter am 17.10.2018; Treffen der AG Forensik am 18.10.2018; Festakt zum 59. Bayerischen Zahnärztetag am 18.10.2018; Mitgliederversammlung der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. am 25.10.2018; Auftaktveranstaltung zum 77. Bayerischen Ärztetag am 26.10.2018; BPtK-Round-Table: Praxisinhaber und Angestellte in der ambulanten Versorgung am 05.11.2018; Kommunaler Arbeitgeberverband Bayern e. V.: Arbeitstagung 2018 am 06.11.2018; Turnusgespräch mit Vertreterinnen des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. am 09.11.2018; Verleihung des Diotima-Ehrenpreises der deutschen Psychotherapeutenschaft am 16.11.2018; „Autismusstrategie Bayern“: Treffen der Projektgruppe „Versorgungsgrundsätze“ am 20.11.2018; Delegiertenversammlung des Verbands Freier Berufe in Bayern e. V. am 21.11.2018; AK Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München am 07.11.2018; BPtK-Workshop für Kammerjuristen: Landesrechtliche Regelungen zur Umsetzung der Weiterbildung nach der Reform der Psychotherapeutenausbildung am 30.11.2018; BPtK: Bund-Länder-Konferenz zu Indikatoren für regionale Entscheidungen in der Bedarfsplanung am 04.12.2018; Mitgliederversammlung des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München am 04.12.2018.

Informationen und Programme zu aktuellen Veranstaltungen der PTK Bayern finden Sie stets zeitnah auf unserer Homepage: www.ptk-bayern.de

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern.

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Mögliche Ursachen der Zunahme von Depressionen bei Jugendlichen

In Heft 9/2018 des Ärzteblattes für PP und KJP erschien ein Artikel zur Prävalenz von depressiver Symptomatik bei Jugendlichen zwischen dem 13. und 18. Lebensjahr.[1] In einer Studie wurden **assoziierte psychosoziale Merkmale** identifiziert, die signifikant häufig in Verbindung mit einer depressiven Störung auftreten. Diese sind laut Studie: **weibliches Geschlecht, höheres Lebensalter, schlechtere Schulleistung, niedriges interpersonelles Vertrauen, negatives Körperbild, problematischer Gebrauch von sozialen Medien und Computerspielen sowie niedrige Funktionalität der Familie**. Die geschätzte Punktprävalenz depressiver Symptomatik liegt laut Studie bei 8,2 %.

Ich denke, die genannten Faktoren wirken sich kontinuierlich negativ auf das Lebensgefühl der Heranwachsenden aus und führen im Verlauf von wenigen Jahren zur Dekompensation. Das könnte erklären, warum 18-Jährige häufiger eine depressive Symptomatik zeigen als 13-Jährige. Ähnliche Studien wie z. B. der Arztreport der Barmer Gesundheitskasse[2] weisen auf eine Erhöhung der Prävalenzrate um 76 % zwischen 2005 und 2016 hin und präsentieren z. B. das Online-Trainingstool „PRO. MIND“, mit dem präventiv bereits beim Auftreten erster Symptomatik die Entwicklung einer depressiven Episode verhindert werden soll. Angesichts dieser Zahlen möchte ich gerne dem Online-Tool der Barmer mein Vertrauen schenken und zuversichtlich sein, dass ein Online-Tool z. B. die Belastungen „negatives Körperbild, niedriges interpersonelles Vertrauen und problematischer Gebrauch von sozialen Medien“ beseitigen oder zumindest mildern könnte. Der psychotherapeutische Verstand lehnt sich gegen eine solche Hoffnung auf.

Meine subjektiven Einschätzungen aus der Behandlungspraxis bestätigen die oben genannten Faktoren. Allerdings fehlt mir einer, der Belastungsfaktor „Überforderung“ durch Schule.

Gut ein Drittel meiner Patientinnen wird aufgrund eines übervollen Stundenplanes durch die Teilnahme an der Therapie von einer vollständigen Teilhabe am Schulleben ausgeschlossen. Ich stelle für ca. ein Drittel meiner Patientinnen eine Bitte um Schulbefreiung für ein bis zwei Stunden aus und das, obwohl der Therapietag für Schüler und Schülerinnen erst um 14:00 Uhr beginnt. Neue Patientinnen? Nur in diesen „frühen Stunden“. Ganz sicher sind die Termine ab 17:00 Uhr, also 10 pro Woche. Eine meiner Patientinnen hat sogar nach 17:00 Uhr noch Unterricht. Vor einigen Jahren musste ich verhandeln, ob die Schülerin Tischtennisspielen geht oder den Therapietermin wahrnimmt. Jetzt geht es nur noch um schulische Termine, die mit meinem Praxisalltag nicht vereinbar sind.

Die Schülerinnen stehen enorm unter Druck. Sie lassen sich quasi ins Therapiezimmer fallen. Ein Seufzer, noch einer … Morgen ein Test, heute ein Test, nächste Woche zwei Klausuren. Bei vielen kommt erschwerend hinzu, dass die Klasse laut, die Lehrer lustlos (weil am Limit), die Zickereien unter Mädchen endlos sind.

Die Perspektiven in der Schule verengen sich auf Klausuren, ob MSA oder Abitur. Freude am Lernen will da nicht so recht aufkommen. „Bulimie-Lernen“ nennen sie das. Freiheitsgrade in der Tagesgestaltung gibt es kaum. Müde und erschöpft nutzen sie dann abends die Medien. Wenn es gut läuft, wird gespielt und gewonnen (wenigstens ein Erfolg am Tag), wenn es schlecht läuft, werden sie mit überzeichneten Idealbildern konfrontiert und werden das Gefühl nicht los, selbst hässlich und zu dick zu sein.

Welche Funktion habe ich da als Therapeutin? Ich halte Erschöpfung, Mutlosigkeit und Resignation von Jugendlichen, die diesem Druck nicht gewachsen sind, für eine normale Reaktion. Und es überrascht mich nicht, dass es auf ca. 8 % zutrifft, dass sie eine depressive Symptomatik entwickeln. Da kann ich zunächst mal keinen unbewussten inneren Konflikt erkennen. Verhaltenstherapeutisch gedacht frage ich mich, wo soll ich die Umdeutung für negative, selbstabwertende Wahrnehmungs- und Denkmuster hernehmen und dabei realistisch und authentisch bleiben?

Die vornehmlichen Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz sind Autonomie und Identitätsentwicklung. Der unbewusste innerpsychische Konflikt, der die Depression erzeugt, kann in der Regel einem Autonomie-Abhängigkeitskonflikt und/oder mangelnder Identitätsbildung zugeordnet werden, sofern die Patientinnen ein mindestens mittleres Strukturniveau nach der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD K-J) aufweisen. Gibt es neben den identifizierten Faktoren weitere, die bei so vielen jungen Menschen die Autonomieentwicklung hemmen? Ich werde die Antwort schuldig bleiben müssen, die vorgenannten Studien haben sie gar nicht erst gestellt.

Eine Vermutung habe ich. In meiner Praxis sind die Therapiestunden meiner depressiven Patientinnen über lange Zeiträume davon geprägt, dass es nur darum geht, Zeit zu haben. Zeit zum Schweigen, Zeit zum Plaudern, Zeit zum Träumen und Phantasieren, manchmal

(Foto: iStock.com/orbandomonkos)

Zeit zum Spielen, Zeit, den Sinn des Lebens ernsthaft und Stunde um Stunde zu hinterfragen. Fehlt ihnen, was für frühere Generationen noch möglich war? Phasen in ihrem jungen Leben, in denen sie verträumt oder hochkonzentriert einem Spiel nachhängen oder zwei, drei Stunden im Rollenspiel mit anderen Kindern versinken können? Phasen in ihrem Schulalltag, in denen sie interessengeleitet lernen können?

Ein Online-Tool mag für „noch nicht kranke" Jugendliche frühzeitig das Risiko für die Entwicklung einer Depression mindern, indem es Denkanstöße gibt. So ist es ja auch gedacht und schön wäre das. Ich fürchte nur, dass es die sich ausbreitende innere Leere, die einer Depression vorausgeht, nicht zu füllen vermag und auch den Mut zur Autonomie nicht herbeizaubern kann. Das aber scheint mir die vornehmliche Dynamik in der Depression von Jugendlichen zu sein.

Lieselotte Hesberg

[1] Wartberg, L., Kriston, L. & Thomasius, R. (2018). Depressive Symptomatik bei Jugendlichen. Prävalenz und assoziierte Merkmale in einer repräsentativen Stichprobe. Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 9, 417-422.
[2] Barmer (Hrsg.). Grobe, T. G., Steinmann, S. & Szecsenyi, J. (2018). Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (Band 7). Siegburg: Müller Verlagsservice e. K.

Psychotherapeutische Behandlungen Geflüchteter im Rahmen einer Ermächtigung

Psychotherapeutische Behandlungen Geflüchteter im Rahmen einer Ermächtigung

In Berlin gibt es seit Mitte 2016 die zeitlich befristete Möglichkeit der Behandlung von Geflüchteten durch nicht vertragspsychotherapeutisch von der KV Berlin zugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeutinnen, da die vorhandenen Behandlungsangebote nicht ausreichen. Im folgenden Beitrag spreche ich mit **Dipl.-Psych. Mahnaz Jafari**, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und Mediatorin über ihre Arbeit als Ermächtigte zur Behandlung Geflüchteter und damit verknüpfte Probleme. **Frau Jafari verfügt über eine zertifizierte Fortbildung in Narrative Expositionstherapie (NET), sie ist 1963 im Iran geboren, 1986 flüchtete sie aus politischen Gründen. Sie behandelt u. a. auf Farsi/Dari.**

Wie stark werden psychotherapeutische Behandlungen nachgefragt?

Allein bei uns vier Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, Frau Nadia Sfairi, Frau Bedriye Yagci und Herrn Rolf Kuhl sind im Zeitraum April 2016 bis Oktober 2018 über 640 Anfragen zu verzeichnen. Bei den Anfragen nach einem Therapieplatz handelt es sich sowohl um begleitete, als auch um unbegleitete Kinder und Jugendliche, junge Familien unter 21 bzw. 18 Jahren, die meist selbst auch Kinder haben, sowie Patientinnen, die seit zwei oder drei Jahren in Deutschland sind. Manche verfügen über eine dreijährige Aufenthaltserlaubnis und besuchen einen Deutschkurs oder machen eine Ausbildung. Andere befinden sich im Widerspruchsverfahren, da ihr Antrag auf Asyl abgelehnt worden ist.

Während die Anzahl der Behandlungsanfragen nicht abnimmt, reduziert sich gleichzeitig die Anzahl der Behandelnden, da sie bei ihrer Arbeit mit massiven Hürden konfrontiert sind. Die Schwierigkeiten führen dazu, dass manche Kolleginnen bereits ihre Ermächtigung zurückgegeben haben oder sie nicht mehr verlängerten. Auch bei Neuanträgen legt die KV Berlin viele Steine in den Weg. Die Antragstellerinnen beklagen sich über einen sehr langen Bearbeitungszeitraum von bis zu eineinhalb Jahren.

Was waren die Gründe, die Sie dazu bewogen haben, sich um eine Möglichkeit der Behandlung im Rahmen einer Ermächtigung zu bemühen? Können Sie kurz über Ihren beruflichen Hintergrund berichten?

Ich habe kurz nach meiner Approbation im Januar 2014 in Berlin-Mitte meine Praxis gegründet. Mitte 2014 hatte ich über 15 geflüchtete Patientinnen, die ich überwiegend über Kostenerstattung therapeutisch behandelte. Da der Bedarf immens war, habe ich ein Jahr später bei der KV Berlin einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung, eine Ermächtigung für die Behandlung der Geflüchteten, gestellt. Erst Mitte 2016 habe ich jedoch die beantragte Ermächtigung erhalten. Im April dieses Jahres wurde die Ermächtigung mit veränderten Bestimmungen für weitere zwei Jahre verlängert.

Wie kommen die Kinder und Jugendlichen bzw. die Familien zu Ihnen in die Praxis? Mit welchen Institutionen oder Beratungsstellen arbeiten Sie zusammen?

Uns kontaktieren die Erstaufnahmeeinrichtungen, Schulen, Heime sowie die Flüchtlingsinitiativen, die psychosozialen Behandlungszentren wie z. B. das Zentrum Überleben, Kinderärztinnen, Kliniken, amtliche und private Vormunde, ehrenamtliche Unterstützerinnen, freie Träger, Clearingstellen, also jegliche Privatpersonen oder Institutionen, die mit Geflüchteten zu tun haben. Manchmal melden sich auch die geflüchteten Jugendlichen selbst, weil sie von ihren Freunden oder in der Schule über die Möglichkeit der Behandlung erfahren haben.

Können Sie die Arbeit mit diesen Patientinnen kurz darstellen? Gibt es Unterschiede zur „normalen Psychotherapie"?

Es gibt Besonderheiten in der Behandlung der Geflüchteten, die die Arbeit bestimmen. Man muss die **Rahmenbedingungen**, besonders die aufenthaltsrechtlichen, viel mehr beachten. Beispielsweise könnte die Therapie plötzlich aufgrund der veränderten rechtlichen Lage nicht mehr stattfinden können, der Zeitraum von der Beantragung bis zur Bewilligung der Therapie könnte sehr lange dauern bzw. die Bewilligung gar nicht erst zustande kommen. Im Falle des **Einsatzes von Sprachmittlerinnen** liegt ein struktureller Unterschied in den Sitzungen vor. Der Therapieprozess nimmt dadurch viel mehr Zeit in Anspruch als normalerweise. Die **Beziehungs- und Prozessdynamik** ist eine andere als wir es im reinen Eins-zu-Eins-Setting kennen.

Eine besondere Herausforderung in der Behandlung Geflüchteter sind deren **Lebensumstände** und die Unsicherheiten, die anders und größer sind im Vergleich zu anderen Patientinnen. Die **massive Unsicherheit bezüglich des Asylverfahrens und die ständige Angst, abgeschoben zu werden** sowie auch die aktuelle politische Situation, Stichwort Chemnitz oder Köthen, sind Stressoren, mit denen die deutschen Patientinnen „nichts zu tun haben". Wir nennen das toxischen Stress; ein andauernder Stress.

Diese Kinder und Jugendlichen haben keine Kontrolle über ihr Leben, was die Symptomatik verstärkt und bei Nicht-Behandlung zur Chronifizierung führen kann.

Eine weitere Besonderheit bei vielen meiner Patientinnen besteht darin, dass ein Teil der Familie noch nicht hier bzw. nicht in Sicherheit ist. Die **Themen Verlust, Trauer und Angst** sind sehr präsent. Ganz oft ist die Familie bei der Flucht auseinandergerissen worden, sodass z. B. zwar der Vater einer Patientin mit ihr hier ist, die Mutter und weitere fünf Mädchen jedoch wieder nach Afghanistan zurückgeschickt worden sind. So ist es auch zwei Brüdern (mein Patient ist gerade zehn Jahre alt geworden) ergangen, deren Mutter und zwei Schwestern wieder über die Türkei nach Afghanistan zurückgeschickt worden sind. Bei einem anderen Patienten sind die Eltern ertrunken, weil deren Boot gekentert ist, mein Patient und sein Bruder haben Berlin erreicht – alleine. Wenn diese Patientinnen keinen Kontakt mit ihrer Familie haben, manchmal seit sehr vielen Jahren, dann ist ein beherrschendes Thema/Grundgefühl in der Therapie dieser uneindeutige Verlust, der sog. **ambiguous loss**.

Es sind solche Belastungen, die auch dazu führen, dass Jugendliche u. U. schon mit 16 Jahren graue Haare bekommen, wie ich es erst kürzlich zum wiederholten Mal in einem Erstgespräch mit einem 16-Jährigen gesehen habe.

Welches sind die Probleme mit der Ermächtigung?

Bei mir melden sich täglich Patientinnen mit unterschiedlichem rechtlichen Rahmen (mit oder ohne Aufenthalt). **Bei der Ermächtigung (§ 31 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV) dürfen wir nicht vertragspsychotherapeutisch Zugelassenen aber nur einen bestimmten Teil der Geflüchteten behandeln**. In der Zeit von April 2016 bis April 2018 (in diesem Zeitraum wurden die ersten Ermächtigungen für einzelne Kolleginnen positiv beschieden) waren Geflüchtete, die bereits seit über 15 Monaten in Berlin bzw. der Bundesrepublik registriert waren, berechtigt, behandelt zu werden. Sie durften jedoch noch keine positive Antwort über ihren Asylantrag erhalten haben (Leistungsempfänger nach § 2 AsylbLG).

Seit einem Jahr hat die KV Berlin starke Einschränkungen vorgenommen, die uns – die nicht vertragspsychotherapeutisch Zugelassenen – betreffen. **Durch die neue Regelung dürfen nur diejenigen behandelt werden, die sich seit weniger als 15 Monaten in Berlin aufhalten und nur über eine Duldung verfügen**. Dadurch sind für die Patientinnen und uns neue Hürden errichtet worden. Nun müssen wir der KV Berlin vorweisen, dass wir für die Behandlung bzw. Weiterbehandlung dieser Patientinnen bereits eine Kostenübernahme vom LAF (Landesamt für Flüchtlinge) erhalten haben. Dieses Amt hat uns aber schriftlich mitgeteilt, dass, sobald eine Patientin eine Krankenkassenkarte hat, die Therapie über die Kasse als Leistungserbringer genehmigt wird. Inzwischen bekommen die Geflüchteten teilweise nach einem Monat eine Krankenkassenkarte.

Auf der anderen Seite beobachte ich unterschiedliche Reaktionen der Kassen bei der Beantragung von Psychotherapie für diesen Personenkreis: Ich habe gerade vier Patientinnen, die zwischen zwei und elf Monaten in Berlin registriert sind. Bei drei von ihnen hat die zuständige Krankenkasse den Therapieantrag bewilligt. Bei der vierten liegt der Antrag auf Psychotherapie beim Landesamt für Flüchtlinge (LAF) seit vier Wochen unbeantwortet vor, obwohl ich seinerzeit aufgrund der starken Symptomatik mit einer Akutbehandlung beginnen musste.

Es wäre eine gute Lösung, wenn wir mit der Ermächtigung alle geflüchteten Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus oder Begleitung/Nichtbegleitung durch die Eltern behandeln könnten.

Die Organisation und die **Kostenübernahme der Übersetzung** für die Behandlung Geflüchteter ist immer noch nicht einfach. Manche Kolleginnen bezahlen den Dienst der Übersetzung lieber selbst, damit die Behandlung kontinuierlich und auch immer mit einer bestimmten dolmetschenden Person weitergehen kann, bevor sie sich monatelang mit verschiedenen Ämtern auseinandersetzen müssen, die die Verantwortung der Kostenübernahme von sich weisen.

Wie könnte eine bessere Versorgung aussehen? Ist es möglich, die Geflüchteten in die Regelversorgung zu übernehmen, d. h. reichen die angebotenen Möglichkeiten durch die veränderte Psychotherapie-Richtlinie aus?

Meiner Ansicht nach ist eine schnellere Versorgung möglich und notwendig. Es ist nicht verständlich, weshalb begleitete Kinder und Jugendliche, die mit ihren Eltern unter § 4 und 6 der AsylbLG fallen, nicht von einer regulären psychotherapeutischen Behandlung Gebrauch machen können. Die Art der Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, die Angst vor Rückführung und der eingeschränkte Zugang zur Krankenversorgung wirken sich destruktiv auf das Wohlbefinden dieser Kinder und Jugendlichen aus und lassen ihre besondere Schutzbedürftigkeit außer Acht. Es hat sich zwar seit 2015 manches geändert, die relevanten Aspekte sind jedoch unverändert geblieben.

Hinzu kommt für uns als Behandelnde, die direkt mit den Patientinnen arbeiten und mit deren oft besonders leidvollen Situationen konfrontiert sind, dass die Bestimmungen der Arbeit bzw. deren Handhabung sehr unterschiedlich ausgelegt werden. Ich weiß als Therapeutin z. B. oft nicht sicher, ob meine Arbeit honoriert werden wird oder nicht. Ich möchte noch einmal wiederholen, was ich vor drei Jahren in einem Artikel erwähnt habe, nämlich, dass wie oben beschrieben:

„[…] die reale Lebenssituation unserer Patientinnen in Deutschland nicht den Festlegungen der UN-Kinderrechtskonvention entspricht, obwohl Deutschland diese Konvention mit unterschrieben hat. Die Probleme – insbesondere aufgrund der ‚Duldung' – erschweren diesen Kindern und Jugendlichen die nötige Unterstützung und Förderung zu autonomen und sozial kompetenten Menschen. Sie leben in ständiger Ungewissheit, wie lange sie in Deutschland bleiben dürfen. Das Bedürfnis nach Kontrolle, ein Grundbedürfnis des Menschen, findet deshalb keine Befriedigung. Ihre traumatischen Erfahrungen, die dazu führen, dass das Vertrauen in die Welt erschüttert ist, werden so immer wieder bestätigt."

Aus Studien wissen wir, dass es eine **transgenerationale Übertragung des Posttraumatischen Belastungssyndroms** gibt. Deshalb ist die Genesung dieser Kinder und Jugendlichen auch für unsere Gesellschaft so wichtig und relevant.

Zusätzlich dazu, dass alle Patientinnen sehr lange auf einen Behandlungsplatz in Berlin warten müssen, höre ich öfter, dass sich Kolleginnen die Arbeit mit den Geflüchteten aufgrund der kulturellen Besonderheiten nicht zutrauen, da diese auch das Erlernen einer kultursensiblen Behandlung erforderlich macht.

Doch **kulturelle Kompetenzen sind erlernbar**! Ich muss mich mit der Kultur und Herkunft, den Bräuchen und vielleicht auch mit der politischen Situation des jeweiligen Landes auseinandersetzen. Wenn ich mich in der Arbeit unsicher fühle, z. B. nicht verstehe, warum meine Patientin mir nicht in die Augen schaut, insbesondere bei schambehafteten Themen, ist es gut und selbstverständlich möglich nachzufragen. Manchmal finden die Patientinnen es sogar positiv, gerade weil wir nicht der Familie, dem Stamm oder dem kulturellen Hintergrund angehören. Es gibt viele Geheimnisse, die uns allein deshalb anvertraut werden. Vor allem bei Themen wie Sexualität, Gewalt, Gleichberechtigung oder Kindeswohl kommt uns eine wichtige Rolle zu.

Ich finde, dass die Arbeit mit Geflüchteten auf der zwischenmenschlichen Ebene eine bereichernde Lebens- und Arbeitserfahrung ist. Diese Kinder und Jugendlichen verfügen über unglaubliche Ressourcen und Fähigkeiten, obwohl sie sehr lange mit vielen Übergriffen, Verlusten oder Feindseligkeiten konfrontiert waren.

Ich bekomme noch Nachrichten und Fotos von Patientinnen, die ich 2014 behandelt habe. Ich bin voller Stolz, wenn ich höre, dass z. B. Patient A. inzwischen seinen MSA geschafft hat und in der Ausbildung zur Sozialassistenz ist. Letztens wurde ich in einem Bioladen von einem ehemaligen Patienten bedient.

Ja, in den Therapiesitzungen wird über viele belastende Momente und Erlebnisse gesprochen. Jedoch gibt es sehr oft auch eine tolle Entwicklung, eine Menge Erfolgserlebnisse, an denen wir durch unsere Arbeit auch beteiligt sind. Die verbindliche, längere und respektvolle Beziehung in der Therapie bringt eine unglaublich enge, heilende Bindung zustande, wodurch für uns und unsere Patientinnen sehr berührende Momente entstehen. Bei dieser tollen Arbeit hinterfragen und erweitern wir unseren Horizont, indem wir eine andere Welt erfahren und erkunden. Alles, was die Vitalität unserer Arbeit ausmacht.

Dorothee Hillenbrand (Vizepräsidentin der PTK Berlin) im Gespräch mit Dipl.-Psych. Mahnaz Jafari

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Nordkammern diskutieren regionale Kammerpolitik

Auf Einladung der Hamburger Psychotherapeutenkammer fand am 26. Oktober 2018 ein Treffen von Vertreterinnen der Nordkammern Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen und Niedersachsen statt. Die Nordkammern treffen sich regelmäßig ca. alle zwei Jahre, um gemeinsame Themen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu diskutieren. Neben kammerrechtlichen Fragen standen in diesem Jahr v. a. die Themen Organisation der zukünftigen Weiterbildung, Angestellte in der Kammer sowie Öffentlichkeitsarbeit auf der Tagesordnung.

Weiterbildung als Kammeraufgabe

Auf Vorschlag der Psychotherapeutenkammer Hamburg wurden erste Überlegungen zu Implikationen der geplanten Reform des Psychotherapeutengesetzes diskutiert. Die Entwürfe zur Gesetzesreform sehen vor, dass die jetzige Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eine Weiterbildung überführt wird, die dann unter die Verantwortung und die Aufsicht der Kammern fällt. Hier wurde deutlich, dass damit neue Herausforderungen auf die Kammern zukommen, da von der Zertifizierung entsprechender Weiterbildungsstätten bis hin zur Abnahme von Prüfungen und dem Ausstellen von Zeugnissen alle mit dieser Weiterbildung verbundenen Aufgaben auf die Kammern übertragen werden. In der Diskussion wurde deutlich, dass die meisten Kammern bislang noch keine Strukturen vorhalten, um diese Aufgaben zu bewältigen. Gleichzeitig wurden die Überlegungen aufgrund der bisher noch unklaren gesetzlichen Ausgestaltung der Reform eingeschränkt. Die Kammern vereinbarten, über Fragen der Weiterbildung im Gespräch zu bleiben und auch über mögliche Kooperationen bei der Koordination der Weiterbildung nachzudenken.

V. l.: Dr. Oswald Rogner (PK Schleswig-Holstein), Dr. Angelika Nierobisch (PK Schleswig-Holstein), Amelie Thobaben (PK Bremen)

Wie können angestellte Kammermitglieder besser erreicht werden?

Ein weiterer Tagesordnungspunkt beschäftigte sich mit der Frage, wie angestellte Kammermitglieder besser vertreten und stärker in die Kammerarbeit eingebunden werden könnten. Hier zeigte sich, dass alle Kammern beobachten, dass Angestellte sich durch die Kammer häufig unzureichend vertreten fühlen, gleichzeitig aber Angebote zu Angestelltenthemen wenig Beachtung finden. Im Meinungsaustausch wurden mögliche Gründe hierfür deutlicher: Zum einen umfasst die Gruppe der Angestellten im Vergleich zu den niedergelassen tätigen Kolleginnen deutlich heterogenere Tätigkeitsfelder, die mit sehr spezifischen Problemen und Interessen verbunden sein können. Zum anderen sehen gerade junge Kolleginnen die Anstellung eher als Übergangsphase in die Selbständigkeit, sodass keine Identifikation mit den entsprechenden Themen stattfindet. Es wurde jedoch auch dafür plädiert, dass die Kammern sich proaktiv für Anliegen angestellter Psychotherapeutinnen einsetzen sollten, so wie die Bremer Kammer es in der Vergangenheit z. B. bezüglich der Klärung des Rechtsstatus von Psychotherapeutinnen in Kliniken getan hat.

Aufklärung als Aufgabe der Kammern

Ein letzter Diskussionspunkt betraf die Frage, inwieweit Psychotherapeutenkammern stärker in Öffentlichkeitsarbeit investieren sollten. Dabei wurde zunächst der Psychotherapeuten-Suchdienst „PsychInfo“ (www.psychinfo.de) hervorgehoben, der kurz vor einem Relaunch steht und stärker

bekannt gemacht werden soll. Zum anderen wurde diskutiert, inwieweit die Kammern auch den öffentlichen Diskurs zu gesellschaftspolitischen Themen suchen und nicht allein auf Anfragen von Journalistinnen reagieren sollten. Dies wurde allgemein als wichtiges Feld der Kammerarbeit angesehen, gleichzeitig wurde jedoch auch deutlich, dass aufgrund der begrenzten Ressourcen der Psychotherapeutenkammern eine intensivere Öffentlichkeitsarbeit schwierig ist.

Insgesamt fand im Rahmen der Veranstaltung ein angeregter und kollegialer Gedankenaustausch zu aktuellen Themen statt, der auch Möglichkeiten für gemeinsame Aktivitäten der Nordkammern auslotete. Das nächste Nordkammertreffen wird voraussichtlich in zwei Jahren in Bremen stattfinden.

Abbau von Kassensitzen gestoppt: Kammervorstand im Gespräch mit dem KV-Vorstand

HB

Nach einer längeren Pause, die auch durch das Ausscheiden des zweiten KV-Vorsitzenden Herrn Scherer begründet war, trafen sich am 16. August 2018 Herr Hermann und Herr Völz von der KV mit Frau Rappen, Herrn Schrömgens und Herrn Schindler als Vertreter des Kammervorstands in den Räumen der Psychotherapeutenkammer Bremen.

In Bezug auf die Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie und ihre Auswirkungen informierte Herr Hermann, dass die meisten Anfragen an die Terminservicestelle (TSS) wegen Terminen für eine Sprechstunde bei Psychotherapeutinnen gestellt würden. Er sei den Psychotherapeutinnen sehr dankbar, dass so viele Sprechstundentermine an die TSS gemeldet würden. So hätten die Mitarbeiterinnen der TSS diese Herausforderung bewältigen können. Er brachte die Hoffnung zum Ausdruck, dass die Psychotherapeutinnen ab Oktober der TSS auch Termine für eine Probatorik melden würden, da ab dann die gesetzliche Vorgabe auch die Vermittlung in Richtlinientherapie vorsehe, wenn in einer psychotherapeutischen Sprechstunde eine hohe Dringlichkeit festgestellt würde. Gleichzeitig wies er darauf hin, dass eine hohe Dringlichkeit nur dann bescheinigt werden solle, wenn dies auch deutlich angemessen sei. Vonseiten der PK Bremen wurde die Vergabe von Probatorikterminen, ohne dass danach die Möglichkeit einer fortführenden Richtlinienpsychotherapie gesichert wird, problematisiert. Es sei Patientinnen aus ethischen Gründen nicht zumutbar, nach einer Sprechstunde, in der keine eigene Behandlungsmöglichkeit angeboten wurde, in eine Probatorik bei einer Behandlerin vermittelt zu werden, bei der ebenfalls schon feststeht, dass sie über keine weiterführende Behandlungskapazität verfügt. Es wurde in diesem Zusammenhang auf freie Kapazitäten in Privatpraxen und bei Praxen mit gedeckeltem Behandlungsumfang hingewiesen.

Einig waren sich alle Teilnehmenden, dass die Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie verkürzt werden müssen. Diesbezüglich erklärte der KV-Vorstand, dass der Abbau von Sitzen, wie er in den letzten Jahren stattgefunden hat, nicht weitergehen solle. Bei genauer Nachfrage, wie die KV dem Zulassungsausschuss eine entsprechende Orientierung geben könne, erklärte Herr Hermann, dass nicht entsprechend ausgelastete Sitze dann ausgeschrieben würden, wenn gleichzeitig ein Antrag auf Verlegung in ein bisher unterversorgtes Stadtgebiet gestellt würde.

Als zweiten Aspekt bezüglich des Ziels der Versorgungsverbesserung sprach der Kammervorstand den Umgang mit Kapazitätsbegrenzungen von halben Sitzen an. Es wurde die Möglichkeit einer Saldierung über die vier Quartale eines Jahres angeregt und darauf hingewiesen, dass in anderen KV-Bezirken die Obergrenzen ganz anders festgelegt würden. Während in Bremen die alten Kapazitätsgrenzen nach HVM mit ca. 18 Wochenstunden (16.000 Minuten/Quartal) gelten, sind dort die Plausibilitätsgrenzen mit ca. 34 Stunden die Obergrenze. Der KV-Vorstand versprach, diese Möglichkeiten zu prüfen. Der Kammervorstand brachte seine Hoffnung zum Ausdruck, hier Zeichen einer Beweglichkeit des KV-Vorstandes zu erleben.

Diskussion zur „Zukunft der Kammer“

In Fortführung des Workshops zur Zukunft der Kammer trafen sich am 17. September 2018 Vertreterinnen des Kammervorstands mit etwa acht interessierten Kammermitgliedern, um weiterführende Überlegungen für den Fortbestand der Bremer Kammer zu diskutieren. Dabei ging es zum einen um die unmittelbare Frage der Konstituierung des nächsten Kammervorstands, der im Juni nächsten Jahres gewählt wird. Zum anderen sollte auch ein Austausch initiiert werden, wie berufspolitisches Engagement gefördert und mehr Kammermitglieder für eine Mitarbeit in der Psychotherapeutenkammer gewonnen werden könnten.

Intensiver Gedankenaustausch in den Räumen der Kammer

Attraktivität berufspolitischer Arbeit erhöhen

Unter der Moderation von Vizepräsident Hans Schindler entwickelte sich eine fruchtbare Diskussion über Möglichkeiten, die berufspolitische Arbeit attraktiver zu machen. Dabei wurde unter anderem hervorgehoben, dass die Vorstandsarbeit durch mehr Informationen auf Kammerversammlungen oder beispielsweise die Möglichkeit zur Hospitation im Vorstand transparenter gemacht werden sollte. Es wurde auch diskutiert, ob die anfallenden Aufgaben durch eine Erweiterung des Vorstands oder eine stärkere Einbindung von Arbeitsgruppen oder Vorstandsbeauftragten auf mehr Schultern verteilt werden könnte. Darüber hinaus solle berufspolitisches Engagement auf allen Ebenen stärker hervorgehoben und gewürdigt werden.

Zukunft des Kammervorstands

Im Zuge der Veranstaltung gab Herr Schindler bekannt, dass er – zumindest übergangsweise – in der nächsten Legislaturperiode für das Amt des Kammerpräsidenten kandidieren wird, was von allen Seiten begrüßt wurde. Als langjähriger Vizepräsident steht Herr Schindler damit für eine Kontinuität in der Arbeit der Bremer Kammer. Auch einige der Anwesenden konnten sich vorstellen, zukünftig im Kammervorstand oder in einem der Ausschüsse mitzuarbeiten. Gleichzeitig sind weiterhin alle Kammermitglieder aufgefordert, über ein eigenes berufspolitisches Engagement nachzudenken, um die Zukunft der Bremer Kammer zu sichern.

Geschlechtsspezifische Zugänge zu Psychotherapie: Ein Beitrag zur Woche der seelischen Gesundheit

Wie in jedem Jahr beteiligte sich die Psychotherapeutenkammer Bremen mit einem eigenen Beitrag an der Woche der seelischen Gesundheit. In diesem Jahr stand die Veranstaltung unter dem Motto „Gesundheit und Geschlecht: Interweiblich-männlich-queer“.

Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens gab in seinem Vortrag zunächst einen Überblick über Angebote und Abläufe in der ambulanten Psychotherapie und ging dann auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Zugang zu Psychotherapie ein. Die Anwesenden verfolgten mit großem Interesse insbesondere die Informationen zu Zugangswegen. In der anschließenden Diskussion ging Karl Heinz Schrömgens auch auf individuelle Fragen der Anwesenden ein, sodass die Veranstaltung mit Zufriedenheit auf allen Seiten geschlossen werden konnte.

10 Jahre im Interesse der Kammermitglieder: Dienstjubiläum von Regina Berger

Der Vorstand bedankte sich bei Regina Berger für 10 Jahre Tätigkeit in der Geschäftsstelle der PK Bremen

Im September 2018 konnte ein beeindruckendes Dienstjubiläum gefeiert werden: Seit zehn Jahren bereichert Frau Regina Berger die Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Bremen durch ihr Engagement und ihre Arbeitsfreude.

Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens würdigte in einer kleinen Feierstunde Frau Berger sowohl als eine wichtige Unterstützung des Kammervorstands, dem Frau Berger regelmäßig zuarbeitet, als auch als eine Bereicherung für die gesamte Mitgliedschaft der Bremer Kammer. Frau Berger steht seit Jahren für alle Anliegen der Kammermitglieder als kompetente und freundliche Ansprechpartnerin zur Verfügung und wird allseits als „Gesicht und Seele der Bremer Geschäftsstelle" geschätzt. Wir bedanken uns für die geleistete Arbeit und hoffen, dass Frau Berger der Geschäftsstelle auch zukünftig noch lange erhalten bleibt.

Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Wiebke Rappen, Hans Schindler, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

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

Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr: 10:00–14:00 Uhr
Mi: 13:00–17:00 Uhr
Sprechzeiten des Präsidenten:
Di: 12:30–13:30 Uhr

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer HAMBURG

Treffen der AG Forensik am 18.10.2018 in Hamburg

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in diesem Jahr gerne die Gastgeberrolle für die landesübergreifende AG Forensik übernommen und die Vertreterinnen aus elf Landeskammern herzlich begrüßt. Leider ist der langjährige Hamburger Vertreter, Dipl.-Psych. Wolfram Sabel, aus der AG Forensik ausgeschieden.

Der Vorstand der PTK Hamburg dankt Herrn Sabel an dieser Stelle noch einmal für sein großes Engagement, mit dem er die forensische Begutachtung in der Hamburger Kammer verankert hat. Frau Dipl.-Psych. Anke Weinhold wurde als Nachfolgerin von Herrn Sabel freundlich in der AG aufgenommen.

Unter dem Tagesordnungspunkt „Berichte aus den Länderkammern" ging es zunächst vor allem um folgende Themen: Anerkennung der Sachverständigenausbildungen vor der Approbation; Unterstützungsmaßnahmen für jüngere Kolleginnen; die Uninformiertheit der Richterinnen über Forensik sowie die Akzeptanz von Psychotherapeutinnen als forensische Gutachterinnen. Zu den letzten beiden Themen wurden gemeinsame Fortbildungen mit Juristinnen als mögliche Hilfe durch die Kammern angeregt.

Unter dem Tagesordnungspunkt „Anliegen der Kommission Zusatzqualifizierung" wurde zunächst der deutliche Unterschied zwischen den ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildungscurricula als großes Problem diskutiert. Daran anschließend ergab sich eine kontroverse Diskussion zu der Frage, ob die Zusatzbezeichnung „Forensiche/r Sachverständige/r" über eine Weiterbildung oder eine Fortbildung erworben werden kann. Es wurden weitere Schritte vereinbart, um das Ziel einer bundesweit einheitlichen Qualifizierung voranzutreiben.

GK

Vorstellung der Ergebnisse der länderübergreifenden Studie zur Situation der Kostenerstattung am 22.10.2018

Am 22.10.2018 lud die PTK Hamburg zur Vorstellung der Ergebnisse der länderübergreifenden Studie zur Situation der Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie in die Räumlichkeiten der KV Hamburg ein.

Karin Jeschke, wissenschaftliche Referentin der PTK Berlin und Mitautorin der Studie, referierte an diesem Abend und stellte den ca. 70 anwesenden Hamburger Kammermitgliedern die wesentlichen Ergebnisse der Studie vor. Präsidentin Heike Peper ergänzte die bundesweiten Ergebnisse um die Hamburger Zahlen.

Teilnehmende der Veranstaltung

Hohe Beteiligung bei Hamburger Kammermitgliedern

Insgesamt 2.417 Psychotherapeutinnen (weiblich und männlich) haben bundesweit an der Umfrage zur Situation im Kostenerstattungsverfahren teilgenommen – davon 163 der angeschriebenen 355 Hamburger Kammermitglieder, was einer Beteiligung von 45 % entspricht. Für diese hohe Beteiligungsquote möchten wir uns bei allen Teilnehmerinnen herzlich bedanken.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die gesetzlichen Krankenkassen seit 2017 deutlich mehr Anträge auf Kostenerstattung ablehnen. Während die Bewilligungsquote von Anträgen in 2016 nach Angaben der Befragten noch bei 82 % lag, ist sie im Jahr 2017 auf 41 % gesunken. Ebenso ist die durchschnittlich bewilligte Stundenanzahl je Therapie um 24 % (von 37 auf 28 Sitzungen) gesunken.

Dipl.-Psych. Heike Peper, Dipl.-Psych. Karin Jeschke

Begründungen für Ablehnung der Anträge auf Kostenerstattung teilweise rechtswidrig

Die Ablehnung der Anträge wird durch die Krankenkassen oftmals falsch und teilweise rechtswidrig begründet. So gaben 82 % der Befragten an, Antragsablehnungen mit der Begründung erhalten zu haben, dass die Terminservice-

stellen nun alle Patientinnen versorgen würden. 57 % berichteten, die Krankenkasse hätte als Ablehnungsgrund angegeben, dass genügend Kassenpraxen vorhanden seien. Fast die Hälfte (48 %) der Befragten berichteten, dass sie die Begründung erhielten, Kostenerstattung sei nicht mehr erlaubt (in Hamburg traf dies sogar auf 68 % zu). Tatsächlich sind die Krankenkassen nach § 13 Abs. 3 SGB V jedoch nach wie vor gesetzlich dazu verpflichtet, die Kosten für eine notwendige psychotherapeutische Leistung zu erstatten, wenn kein Therapieplatz in einer Vertragspraxis gefunden wurde.

95 % der Befragten beschrieben das aktuelle Antragsverfahren für die Patientinnen als sehr belastend. 30 % der Befragten überlegen sogar, ihre Praxis zu schließen.

Diskussion und weitere Schritte

Nach Vorstellung der Ergebnisse diskutierten die Teilnehmenden die Frage, welche Möglichkeiten die Behandlerinnen und die Psychotherapeutenkammern sehen, um die Situation zu verbessern. Kammerpräsidentin Heike Peper kündigte an, dass der Kammervorstand die Ergebnisse nutzen wird, um auf die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen zuzugehen und die gravierende Verschlechterung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu erörtern. Weiter wird sich der Vorstand an die gesundheitspolitischen Sprecherinnen der Fraktionen in der Hamburgischen Bürgerschaft wenden. Die Ergebnisse stellen aus Sicht des Vorstandes eine wichtige Diskussionsgrundlage für weitere Gespräche mit den Verantwortlichen dar.

Den vollständigen Ergebnisbericht finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik „Aktuelles/Nachrichten".

BW

„Psychotherapeutische Versorgung von Soldatinnen und Soldaten sowie Bundespolizistinnen und Bundespolizisten – Dienst, Einsatz und Belastungen" am 24.10.2018

HH

Nach einer gelungenen Kooperationsveranstaltung in 2014 luden die Bundeswehr und die Psychotherapeutenkammer Hamburg erneut zu einer gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung ein, um die Berufe der Soldatinnen und Bundespolizistinnen sowie die damit verbundenen Belastungsfaktoren zu beleuchten. Zu der Veranstaltung waren die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Hamburg eingeladen.

Nach der Begrüßung durch Regierungsdirektor Joachim Hille (Sanitätsdienst der Bundeswehr) und Kammerpräsidentin Heike Peper folgte ein kurzer Abriss über die Hintergründe der Kooperationsveranstaltung. So erklärte Oberstarzt Dr. Jörg Ruff (Sanitätsdienst der Bundeswehr), dass 20 % der Soldatinnen, die aus Auslandseinsätzen zurückkehren, eine psychische Störung aufweisen. Die Bundeswehr hat mit stationären Angeboten in den Bundeswehrkrankenhäusern, regionalen Sanitätseinrichtungen und Facharztzentren zwar eine Grundversorgung geschaffen, jedoch reiche diese für die rund 190.000 Soldatinnen nicht aus, um die psychotherapeutische Versorgung aller Betroffenen zu sichern. Sie ist somit auf die Unterstützung der ambulant tätigen Psychotherapeutinnen angewiesen.

Regierungsdirektor Joachim Hille

Eindrucksvolle Darstellungen der Berufsbilder

Oberstarzt Dr. Thorsten Schütz (Leiter Fakultät Sanitätsdienst und Gesundheitswissenschaften) schilderte eindrucksvoll die Aufgaben und die damit verbundenen Belastungen von Soldatinnen. Neben den akuten lebensbedrohlichen Situationen in den Auslandseinsätzen sei auch die sinkende gesellschaftliche Anerkennung eine Belastung. So habe sich die Gesellschaft seit Wegfall der Wehrpflicht von der Bundeswehr entfremdet, was auch in alltäglichen Situationen zu spüren sei.

Der zweite Vortrag gab eine Einführung in das Berufsbild der Bundespolizei. Belastend seien hier neben den körperlichen Auseinandersetzungen mit Menschen unter anderem die Großeinsätze bei Veranstaltungen am Wochenende und die damit verbundene Unplanbarkeit der Arbeitszeiten. Auch die schwere Schutzkleidung, die Referent Jörg Strüh (Bundespolizei) vorführte, sei besonders für ältere Mitarbeiterinnen herausfordernd. Nicht zuletzt stelle die teilweise negative Darstellung der Polizei in den Medien eine Belastung dar.

Dr. Andreas Bräuner vom Sozialwissenschaftlichen Dienst der Bundespolizei benannte abschließend PTBS, Burnout, Depression, somatoforme Störungen und Suchterkrankungen als die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Bundespolizistinnen.

Oberregierungsrätin Britta Schaller (Bundeswehrkrankenhaus Hamburg) berichtete von ihren Erfahrungen mit den Patientinnen und erläuterte die häufigsten psychischen Erkrankungen der Soldatinnen. Diese seien vor allem Depressionen, Alkoholismus, PTBS sowie somatoforme Störungen. Häufig entwi-

ckelten sich während oder nach einem Auslandseinsatz Schuld- und Schamgefühle sowie ein pessimistisches Weltbild, was zum Entstehen psychischer Erkrankungen beitrage. Weiter berichten Soldatinnen von Enttäuschungen und einem Entfremdungserleben zu

Teilnehmende der Veranstaltung

den Angehörigen nach einem Einsatz, da das Erlebte nur schwer vermittelt werden könne.

Regierungsdirektor Sven Buß erläuterte in einem weiteren Vortrag die Aufgaben der Truppenpsychologinnen und die Inhalte in Einsatznachbereitungsseminaren, in denen die Erfahrungen reflektiert werden können.

Oberfeldärztin Dr. Antje Hemberger erklärte abschließend das Antragsverfahren und die Abrechnung von ambulanter Psychotherapie für Soldatinnen und Bundespolizistinnen.

Hinweise zu weiterführenden Informationen

Die Präsentationen der Referentinnen finden Sie auf der Website der Psychotherapeutenkammer unter der Rubrik „Aktuelles/Nachrichten".

Unter www.sanitaetsdienstbundeswehr.de können Sie jederzeit die aktuelle Liste der Truppenärztinnen finden und sich bei Bedarf mit der jeweiligen Truppenärztin in Verbindung setzen. Die Liste ist unter der Rubrik „Finde Deinen Truppenarzt" nach PLZ sortiert.

BW

Was lange währt, wird endlich gut! Kammertag 2018

Nachdem der bereits für den Oktober 2017 geplante Kammertag, zu dem alle ehrenamtlich tätigen Gremienmitglieder der PTK Hamburg eingeladen werden, aufgrund zu geringer Anmeldezahlen abgesagt werden musste, konnte dieser am 27.10.2018 nun endlich stattfinden. Der Kammertag dient dem Austausch und der intensiveren Befassung mit aktuellen, den Berufsstand und die Selbstverwaltung betreffenden Themen. Die Zusammenarbeit der ja in der Regel aus unterschiedlichen Wahllisten und Verbänden kommenden Gremienmitglieder soll gefördert und gemeinsame Ziele für die Kammerarbeit entwickelt werden.

Eingeleitet wurde der sehr anregende Tag nach der Begrüßung von Heike Peper, Präsidentin der Kammer, mit einem World Café, in welchem die Teilnehmenden an Fünfertischen Fragen zur Zukunft der Psychotherapie und der Kammer diskutierten. Auf den Papiertischdecken konnten Gedanken schriftlich festgehalten werden. Nach einer festgelegten Zeit wechselten die Diskutantinnen (bis auf eine Tischmediatorin) zu einem anderen Tisch. So entstanden immer wieder andere Gruppierungen und die Teilnehmenden kamen in neuen Konstellationen zusammen.

Teilnehmende des Kammertags 2018

Im Zentrum des diesjährigen Kammertages stand das Thema Ehrenamt, um das sich die weiteren Themen gruppierten. Dazu hatten Vorstandsmitglied Ursula Meier-Kolcu und Geschäftsführer Dr. Christoph Düring, der zum Thema Ehrenamt im Rahmen seiner Dissertation geforscht hatte, eine Gruppenarbeit entwickelt. Als bedeutsame Aspekte für das ehrenamtliche Engagement erwiesen sich die jeweils individuellen Zugänge zum Ehrenamt sowie die Motive und die Werte, die mit dem ehrenamtlichen Engagement verbunden werden. Auch wurde deutlich, dass die ehrenamtlich Tätigen häufig drei und mehr Ehrenämter innehaben. Gleichzeitig erweist es sich als zunehmend schwierig, Nachwuchs für ehrenamtliches Engagement in der Kammer zu motivieren.

In zwei Workshops wurde am Nachmittag über „Digital Health: Psychotherapie & Neue Medien" (Referentin: Kers-

Ideensammlung im World Café

tin Sude) sowie „Neue Formen der seelischen Entfremdung im Zeitalter der Digitalisierung und Ökonomisierung" (Referent: Dr. Thomas Bonnekamp) informiert, nachgedacht und diskutiert.

Alle Teilnehmenden zogen in der Abschlussrunde ein positives Fazit. Der Vorstand wird die vielfältigen Beiträge und Ideen auswerten und dankt den Teilnehmenden sowie den Organisatorinnen für ihr Engagement und die Zeit, die sie an einem Samstag für die Entwicklung von Zukunftsperspektiven für unsere Profession und unsere Kammer zur Verfügung gestellt haben.

TM

Nordkammerntreffen am 26.10.2018 in Hamburg

Am 26.10.2018 trafen sich die Vorstände der Psychotherapeutenkammern Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zum traditionellen Nordkammerntreffen auf Einladung der PTK Hamburg in der Hansestadt. Neben den Vorständen nehmen an dem Austausch, der unter anderem der Kooperation und der Entwicklung gemeinsamer Arbeitsschwerpunkte dient, regelmäßig auch die Geschäftsführer teil.

Auf der Tagesordnung standen die Auswertung der gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung mit der Bundeswehr am 24.10.2018, die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Landeskammern und der BPtK, die Organisation und mögliche Kooperationen bei der zukünftigen Weiterbildung, die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Frage, wie angestellte Kammermitglieder besser erreicht werden können, denn schon seit längerer Zeit gibt es in der PTK Hamburg keine Angestelltenliste mehr, die sich in den Kammergremien für die Themen der Angestellten engagiert. Die Kolleginnen aus der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, die über einen Angestelltenausschuss verfügt, berichteten von ihren Aktivitäten und den Schwierigkeiten, auf die sie dabei immer wieder stoßen. So sei es besonders schwierig, die oft in sehr heterogenen Arbeitszusammenhängen tätigen Kolleginnen zu einem gemeinsamen Thema zusammenzubringen. Engagement entwickle sich unter Angestellten eher in den an Tarifverhandlungen beteiligten Gewerkschaften und in den jeweiligen Arbeitsbereichen. Dennoch sei es der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen mehrfach gelungen, gut besuchte Angestelltenveranstaltungen durchzuführen. Die PTK Hamburg plant eine Umfrage unter angestellten Kammermitgliedern, um zu erfahren, welche berufspolitischen und fachlichen Themen für sie von Interesse sind.

Alle vier Nordkammern sehen für die Zukunft Handlungsbedarf in der Förderung des Nachwuchses für das Ehrenamt, denn wie im Berufsstand überhaupt, herrsche in den Gremien oft eine Überalterung. In dem Zusammenhang wurde Karl-Heinz Schrömgens, dem Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Bremen seit der ersten Stunde, besonders für sein langjähriges Engagement auf der Landes- und Bundesebene gedankt. Karl-Heinz Schrömgens hat zu unser aller Bedauern seinen Abschied für den Mai 2019 angekündigt.

In Bezug auf die Ausbildungsreform warten alle Beteiligten auf den Referentenentwurf, der vom Bundesministerium für Gesundheit für Ende 2018 angekündigt ist. Bei der Entwicklung der zukünftigen Weiterbildungsordnungen wollen die Nordkammern zusammenarbeiten. Ein gemeinsames Ziel könnte sein, die Landesweiterbildungsordnungen so zu gestalten, dass ein „Weiterbildungstourismus" verhindert wird. Gleichzeitig deuten sich aber auch Konfliktlinien an, die sich aus der Kapazitätssteuerung der Aus- und Weiterbildungsplätze ergeben werden. Nach welchen Schlüsseln sollten die zukünftigen Weiterbildungsplätze über die Bundesländer verteilt werden? Im Augenblick sind Ballungszentren in der Regel auch Ballungszentren für die Ausbildung. Gleichzeitig sehen alle Kammern deutlich mehr Aufgaben bei der Gestaltung der zukünftigen Weiterbildung auf sie zukommen, für die sich die Kammern frühzeitig rüsten müssen. So hat die BPtK alle Kammerjuristinnen am 30.11.2018 zu einem Workshop in Bezug auf die Ausbildungsreform eingeladen.

Der Nachmittag fand seinen Ausklang in einem gemeinsamen Abendessen, bei dem die Gespräche auf informellerer Ebene fortgesetzt werden konnten. Das nächste Nordkammerntreffen wird voraussichtlich 2020 von der PTK Bremen ausgerichtet.

TM

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Gabriela Küll, Torsten Michels, Heike Peper, Birte Westermann

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Dr. Heike Winter (Foto: M. Werneke)

im Landtagswahlkampf 2018 in Hessen hatte die Gesundheitspolitik keine größere Rolle gespielt. Doch der Handlungsbedarf ist klar – auch aus Sicht unserer Psychotherapeutenkammer Hessen. Wir haben den Fraktionen im Hessischen Landtag frühzeitig ein „Prioritäten-Papier" zugeschickt: Mit den wichtigsten Herausforderungen in der Gesundheitspolitik für den 20. Hessischen Landtag. Denn die Gesundheitsversorgung in Hessen muss weiterentwickelt werden – nicht nur bei der Bedarfsplanung.

Bei Gesundheitsprojekten kann die Psychotherapeutenkammer wichtige Partnerin sein. Und auch bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung fallen relevante Regelungen in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. Hessen ist mit vielen Universitäten und Ausbildungsinstituten ein für die Ausbildung bundesweit bedeutender Standort. Zwar ist das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) ein Bundesgesetz. Allerdings ist mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes ein Regelungsbedarf verbunden, der in die Gesetzgebungskompetenz der Länder fällt.

Hessens Landesregierung muss die Reform der Psychotherapeutenausbildung unterstützen und die erforderlichen landesrechtlichen Regelungen schaffen, die eine zeitnahe Ausbildungsreform durch den Bund im Jahr 2019 ermöglichen. Zunächst richten sich aber alle Erwartungen auf das Bundesgesundheitsministerium, das den Referentenentwurf des PsychThG zeitnah veröffentlichen möge.

Ich wünsche Ihnen schöne Weihnachten und eine erholsame und friedliche Zeit zwischen den Jahren.

Ihre Heike Winter,
Präsidentin

HE

Psychotherapie-Kompetenz in den Sachverständigenrat!

Delegiertenversammlung tagte

Die Psychotherapeutenkammer Hessen fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) durch zumindest eine Expertin oder einen Experten für psychische Erkrankungen zu ergänzen. Dies geht aus einer Resolution hervor, die von der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer am 3. November in Wiesbaden verabschiedet wurde: „Mit Blick auf den hohen Anteil psychischer Erkrankungen beim Krankenstand und bei Frühverrentungen muss die Kompetenz des Sachverständigenrates dringend um diesen Bereich erweitert werden: durch eine Expertin oder einen Experten, die/der die Versorgungsleistungen von Psychologischen Psychotherapeut(inn)en bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut(inn)en kennt und die Notwendigkeit dieser Versorgungsleistungen bei der Entwicklung des Gesundheitswesens in den Diskussionsprozess des Sachverständigenrates einbringen kann." Nur so könne der Sachverständigenrat seiner Aufgabe, „Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen, mit geweitetem Blick nachkommen".

Zukunftskonzepte für Vernetzung

„Funktionierende Zukunftskonzepte für ein sinnvolles Vernetzen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen lassen sich nur von Fachleuten entwickeln, die alle beteiligten Akteure im Blick haben und auch in die Konzepte einbeziehen", heißt es in der Resolution der Psychotherapeutenkammer. Derzeit besteht der SVR Gesundheit aus Gesundheits- und Pflegewissenschaftlern sowie Experten für Volkswirtschaftslehre, das Management im Gesundheitswesen, für Klinische Pharmakologie, für Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Für das Gutachten 2018, das Wege für eine bessere Koordination der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen suchte, hätte der Sachverständigenrat nach Überzeugung der Psychotherapeutenkammer Hessen sehr viel stärker Fachleute einbeziehen können, die sich mit ambulanten The-

Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen in Wiesbaden. (Fotos hier und im Folgenden: Robert Eberle)

rapieangeboten auskennen (auch mit Blick auf das Grundprinzip „ambulant vor stationär"). Um eine zu starke Fixierung auf Kliniken künftig zu vermeiden und praktikable Wege für eine optimierte Koordination der Versorgung von Menschen mit seelischen Störungen zu finden, bieten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dem SVR ihre Mitarbeit an.

Ausbildungsreform mitgestalten

Auf ihrer Herbst-Delegiertenversammlung hatte die Landeskammer Hessen die Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Dr. Christina Tophoven, zu Gast. Sie referierte zum Thema: „Ausbildungsreform – Ausgestaltungsmöglichkeiten der Weiterbildung". Ziel der Profession sei „ein Approbationsstudium, das für den Berufszugang bundeseinheitlich geltende Qualifikationsstandards auf Masterniveau sicherstellt" und zu einer einheitlichen Approbation als „Psychotherapeut/in" führe. Zudem müsse das Studium klinisch-praktisch und wissenschaftlich für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen qualifizieren. Das Approbationsstudium müsse die Breite des Berufsbildes von Psychotherapeutinnen abbilden – „mit Tätigkeiten in Prävention, Kuration und Rehabilitation in der ambulanten, stationären und institutionellen Versorgung".

Zudem sollte nach Überzeugung der BPtK-Geschäftsführerin die Weiterbildungsfähigkeit gesichert sein, „damit sich Psychotherapeuten in Berufstätigkeit spezialisieren und die Fachkunde für eigenverantwortliche Tätigkeiten in der GKV-Versorgung erwerben können". Die Weiterbildung müsse künftig „den Kompetenzerwerb in Berufstätigkeit mit angemessenem Einkommen und sozialrechtlicher Absicherung während einer mindestens fünfjährigen Weiterbildung" ermöglichen. Die Qualität der Weiterbildung sollte „durch koordinierte Vermittlung von Theorie, Selbsterfahrung und angeleiteter Berufspraxis unter Supervision an einem Weiterbildungsinstitut und seiner ermächtigten Ambulanz" sichergestellt werden. Für den Ersatz- und Ergänzungsbedarf in der Versorgung müssten ausreichende Weiterbildungskapazitäten bereitstehen. Die ambulante Weiterbildung sei für die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unverzichtbar. Eine Reform müsse daher sicherstellen, dass ausreichend Psychotherapeutinnen eine ambulante Weiterbildung absolvieren können – dafür können Beiträge der GKV eingesetzt werden. Wie die finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildung aussehen könnte, um die Existenz der Institute zu sichern und möglicherweise auch die Anstellung der Psychotherapeutinnen in Weiterbildung (PiW) zu ermöglichen, werde nun in verschiedenen Varianten diskutiert und geprüft. Mit dem Referentenentwurf des Gesundheitsministeriums sei voraussichtlich Ende 2018 zu rechnen.

GKV-Desinformationskampagne

Das Verfahren der Gesetzesreform werde die Profession und die Kammern 2019 intensiv beschäftigen – auch auf Landesebene, weil es bei den Heilberufekammergesetzen unter Umständen Anpassungsbedarf gebe. Mit Blick auf die Bedarfsplanung wurde deutlich, dass die Zahl der Psychotherapeutensitze in Hessen von 2007 bis 2017 kaum zugenommen hat (von 2.178 auf 2.189). Zwar ist die Anzahl der „Köpfe" um rund 30 % gestiegen (von 2.178 auf 3.124) – dies ist jedoch vor allem mit der seit 2007 bestehenden Möglichkeit zu erklären, Versorgungsaufträge zu teilen, um die Versorgungsaufträge besser ausfüllen zu können. Tophoven kritisierte in diesem Zusammenhang die „Desinformationskampagne" des GKV-Spitzenverbandes, der versucht hatte, den Eindruck zu erwecken, die Psychotherapieversorgung sei (z. B. in Hessen um „49 %") enorm gestiegen.

Kritisiert GKV-Desinformationskampagne: Geschäftsführerin Dr. Christina Tophoven.

Haushalt 2019 verabschiedet

Im Rahmen der Delegiertenversammlung in Wiesbaden wurde der Haushaltsplan 2019 verabschiedet. Die Psychotherapeutenkammer Hessen hat mehr als 5.500 Mitglieder (Approbierte: 4.358; PiA: 1.160). Der Vorstand wird weiterhin sorgsam haushalten, damit die Kammer auf mögliche Zusatzaufgaben im Rahmen der Reform des Psychotherapeutengesetzes (mglw. Zuständigkeit für die künftige Weiterbildung) vorbereitet ist. Die Delegiertenversammlung beschloss auch eine Änderung der Kostenordnung, die zu sinkenden Gebühren in der Fortbildung führt – zum Beispiel bei Folge-Akkreditierungen und -Zertifizierungen.

Zudem diskutierte die Versammlung über Geschichte, Gegenwart und Zukunftsausrichtung des Ausschusses für Wissenschaft und Forschung (WuF), in dem auch intern über eine sinnvolle und realistische Ausrichtung und Aufgabenübernahme beraten wurde. Der WuF-Ausschuss ist in der Satzung der Kammer verankert (§ 12 Abs. 5 Ziff. 5). Während er in den Anfangsjahren der Kammer vor allem auch die fachliche Auseinandersetzung und Verständigung zwischen den psychotherapeutischen Strömungen und Schulen fördern sollte, wurden in der Delegiertenversammlung Anfang November 2018 unterschiedliche Positionen zur Personalausstattung und zukünftigen Aufgabenstellung deutlich. Einhellig begrüßt wurde ein vom WuF-Ausschuss erarbeiteter Kriterienkatalog zur Bewertung von Forschungsprojekten, an denen sich die Psychotherapeutenkammer beteiligen möchte.

Wirksame „CaPri"-Intervention

Präsidentin Dr. Heike Winter informierte die Delegiertenversammlung über die Weiterentwicklung beim Projekt „eHealth gestütztes Case-Manage-

ment für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung" (CaPri), das die Techniker Krankenkasse gemeinsam mit Kooperationspartnern startet. Ziel dabei ist es, „den Hausarzt [...] zu unterstützen, psychische Erkrankungen besser zu diagnostizieren und zu behandeln". Das Projekt wird mit 4,9 Millionen Euro vom Innovationsfonds gefördert. Das zunächst erkennbar ohne erforderliche Psychotherapie-Expertise konzipierte Projekt wurde nach der Intervention der Landeskammer Hessen grundlegend überarbeitet. Vorstand und Präsidium der Kammer hatten das Projekt kritisch beleuchtet und einen Katalog offener Fragen erarbeitet. Bei einem Gespräch des Präsidiums mit den Projektakteuren konnten viele Unstimmigkeiten geklärt werden. Neben weiterem Nachjustierungsbedarf wurden Effekte sichtbar: Beteiligte werden Fachkompetenz künftig in einem früheren Stadium einbeziehen. Wie mit den von der Kammer thematisierten Risiken (z. B. psychotherapeutische Behandlungselemente durch nichtapprobierte Praxismitarbeiterinnen?) in der Projektpraxis umgegangen wird, bleibt weiter zu beobachten.

Onlinetool statt Psychotherapie?

Die Gefahr, dass Psychotherapie durch Onlinetools substituiert werden soll, scheint durch die Neukonzeptionierung des Projekts nach der heftigen Intervention der Kammer gebannt. Auch der KV ist deutlich geworden, dass sie nach der völlig unzureichenden Start-Kommunikation des „Modellprojekts" gegenüber der Psychotherapeutenkammer und den psychotherapeutischen Vertretern (PP, KJP und ÄP) innerhalb der KV nun die Vertrauensbasis stabilisieren muss. Das Projekt wird auch weiterhin kritisch begleitet werden. Auch wenn es inzwischen gelungen ist, das Forschungsdesign zu präzisieren, bleiben spannende Fragen, wie die praktische Umsetzung funktioniert.

Umfangreiche Tagesordnung und lange Debatten: Delegierte bei den Beratungen.

Erfolgreicher Start bei Twitter

Vizepräsidentin Else Döring hatte die Versammlung über die beiden von der Landeskammer Hessen unterstützten Studien zu den Wartezeiten auf Psychotherapie sowie zur Kostenerstattung informiert. In einem von Else Döring mitinitiierten Antrag bittet die Delegiertenversammlung der Landeskammer den Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer, einen Prozess des Austausches zwischen dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und interessierten Vertreterinnen und Vertretern der Landeskammern und der Fachverbände anzuregen und zu befördern. Dabei soll es z. B. um das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (einschließlich Fragen der Protokollführung, Dokumentation und Einsichtnahme), dessen Rolle im Zuge der Ausbildungsreform sowie um das Prozedere zukünftiger Besetzungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie gehen. Zudem bekamen die Delegierten erste Einblicke in die Weiterentwicklung der Kammer-Kommunikation: Nach dem erfolgreichen Start von Social-Media-Aktivitäten beim Kurznachrichtendienst Twitter (@PTK_Hessen) und einer nun messbar erhöhten Reichweite der PR-Arbeit wird 2019 die Aktualisierung der Internetplattform (www.ptk-hessen.de) erfolgen.

Robert Eberle

Resolution: „Gestufte Versorgung" baut weitere Hürden auf

Einstimmig verabschiedet wurde bei der Delegiertenversammlung eine weitere Resolution – zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Dessen Entwurf hatte am 26. September 2018 das Bundeskabinett passiert. Das Gesetz soll voraussichtlich im Frühjahr 2019 in Kraft treten und ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig. Um das Gesetz in der vorliegenden Form verhindern zu helfen, hatte die PTK Hessen in den Bereichen Public Affairs und Public Relations verschiedene Initiativen gestartet. Dazu gehörte auch eine gemeinsame Presseerklärung mit der KV Hessen. Die Psychotherapeutenkammer Hessen will vor allem den folgenden Satz (geplante Ergänzung für § 92 Abs. 6a SGB V) gestrichen haben:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten."

Grund: Eine solche „gestufte und gesteuerte Versorgung" kann nach Überzeugung der Psychotherapeutenkammer Hessen weder einen zeitnahen Behandlungszugang gewährleisten noch Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen verbessern. „Die beabsichtigte Regelung in § 92 SGB V diskriminiert einseitig psychisch kranke Menschen! Sie baut neue Hürden ausschließlich vor der psychotherapeutischen Behandlung von Patient(inn)en auf", heißt es in einer von der Delegiertenversammlung der Kammer in Wiesbaden am 3. November einstimmig verabschiedeten Resolution. Die Teilhabe der Patientinnen an der Entscheidung über die Behandlungsform wäre unzulässig beschränkt: „Patienten müssten sich mit einer Erkrankung gleich mehreren Gutachtern, Koordinatoren und Behandlern öffnen und unnötig lange Versorgungswege beschreiten."

„Psychotherapeutinnen in Führung bringen“

Die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, ist selbstverständlicher Teil der Identität von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in Kliniken, Beratungsstellen und anderen Einrichtungen (Jugendhilfe, Strafvollzug etc.) angestellt sind. Sie erbringen psychotherapeutische Leistungen entsprechend dem Facharzt-Standard. Wie es ihnen gelingen kann, auf der Basis dieser Professionalität mit mehr Selbstbewusstsein verstärkt Leitungsverantwortung zu übernehmen, war Thema des „Angestelltentags 2018“ der Psychotherapeutenkammer Hessen am 22. September im Haus am Dom in Frankfurt.

Im Dialog: Expertin Christina Demmerle mit Karl-Wilhelm Höffler beim Angestelltentag.

Wie sich Psychotherapeutinnen in Führung bringen können, hat die Psychologische Psychotherapeutin und Psychoonkologin Christina Demmerle (Mainz) dort deutlich gemacht. Bei der Entlohnung und Reputation, der Rollenzuweisung und den strukturellen Rahmenbedingungen sind angestellte Psychotherapeutinnen bisher meist nicht in der Pole-Position. In Rheinland-Pfalz schafft das 2011 in Kraft getretene Landeskrankenhausgesetz (LKG) allerdings eine gute Grundlage für die bessere Positionierung von Psychotherapeutinnen: „Es bezieht die Psychologischen Psychotherapeuten (PP) sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) gleichberechtigt neben den Ärzten in die entsprechenden Bestimmungen des Landeskrankenhausgesetzes ein.“ Die Landespsychotherapeutenkammer hat einen Sitz im Ausschuss für Krankenhausplanung. Das Gesetz in Rheinland-Pfalz bietet zudem Grundlagen für das Übertragen von Leitungsverantwortung an Psychotherapeutinnen (früher mussten Fachabteilungen stets unter ärztlicher Leitung sein). Die Approbation der Psychotherapeutinnen wird mit diesem LKG in Rheinland-Pfalz erstmals „statusdifferenzierend, indem es den PP und KJP mehr Kompetenzen als zum Beispiel den Psychologen im Krankenhaus zuordnet“. Hinzu kommen seit 2017 neue Kompetenzen im Bereich der Verordnung von Leistungen.

Eine gemeinsam getragene Idee?

Durch das Psychotherapeutengesetz sind Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen zwar bundesweit als eigenständige Heilberufe im berufsrechtlichen Sinne den Ärztinnen gleichgestellt (und die sozialrechtliche Einbeziehung dieser Berufe ist gleichberechtigt mit den ärztlichen Leistungserbringern im SGB V). Approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen sind in Kliniken formal gesehen jedoch häufig immer noch im Rahmen der ärztlich verantworteten Behandlungsplanung tätig. Psychotherapeutinnen im Angestelltenverhältnis fehle ein gemeinsames Professions- und Selbstverständnis, diagnostizierte Demmerle. Trotz struktureller Möglichkeiten gebe es noch keine gemeinsam getragene Idee von stationärer Psychotherapie im Rahmen von multiprofessionellen Behandlungsteams. So werde Psychotherapeutinnen im Angestelltenverhältnis nach wie vor häufig die Rolle des Heilhilfsberufs zugeschrieben. Mit Blick auf die Pflege verwies die Expertin auch auf das vergleichsweise hohe Weiterentwicklungstempo anderer Professionen: „Andere Berufsgruppen im klinischen Kontext beginnen stärker, eigene Profilierungsthemen und Autonomiebestrebungen voranzubringen. Damit müssen wir uns auseinandersetzen.“

„Profession nun erwachsen!“

Christina Demmerle forderte, die Profession der Psychotherapeutinnen müsse (20 Jahre nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes) endlich erwachsen werden. Dazu gehörten auch politische Werkzeuge und der Wille, sie zu nutzen: „Im Rahmen der Ausbildung werden Psychotherapeuten nur unzureichend auf Themen der Positionierung in Organisationen vorbereitet. Sie verstehen nur wenig vom sich Bewegen in Hierarchien. Die Ausbildung in Psychotherapie sozialisiert zum Denken in kleinen Einheiten.“ Durch die starke Konzentration auf das Heilen einzelner Patientinnen fehle oft die Kompetenz, komplexe organisationale Themen zueinander in Beziehung zu setzen. Zudem wehrten sich Psychotherapeutinnen häufig gegen den Einsatz politischer Taktiken: „Sie investieren zu wenig Zeit in Eigenwerbung an entscheidenden Stellen sowie in Netzwerkaktivitäten.“ Und: „Psychotherapeuten sind in großer Anzahl Frauen, Führungskräfte sind immer noch zu einem großen Teil männlich – dies hat Konsequenzen für die Aufstiegschancen.“

Über die juristischen Rahmenbedingungen für „angestellte PsychotherapeutInnen im Spannnungsfeld zwischen Berufs-, Arbeits- und Sozialrecht“ referierte beim Angestelltentag 2018 Johann Rautschka-Rücker, der langjährige Geschäftsführer der Psychotherapeutenkammer Hessen. Die Fachreferate am Nachmittag drehten sich um Verlust und Trauer: mit Matthias Heitmann („Verlust und Trauer – die durchgängige Thematik in der vollstationären Behandlung von Jugendlichen in der Psychosomatik“), Octavia Harrison („Ab wann wird Trauer zur Krankheit? Herausforderungen für die Behandlung“) und Jan Gramm („Die Familie im Umgang mit Tod und Sterben befähigen: Systemische Interventionen in der Palliativpsychologie“).

Robert Eberle

Berufsunwürdigkeit wegen Verletzung der Abstinenzpflicht

Das Landesberufsgericht für Heilberufe beim Hessischen Verwaltungsgerichtshof hat die Berufung eines Psychologischen Psychotherapeuten gegen ein Urteil des Berufsgerichts zurückgewiesen und damit die Feststellung der Berufsunwürdigkeit bestätigt (Urteil vom 23.08.2018, 25 A 1027/17.B).

Der niedergelassene Psychotherapeut hatte von Anfang 2003 bis Mitte des Jahres 2006 ein intimes Verhältnis, auch mehrfach Geschlechtsverkehr, mit einer anfangs noch minderjährigen Patientin. Die Patientin war Schülerin an einem Internat, an dem der Beschuldigte als konsiliarischer Psychotherapeut tätig ist. Die Patientin reichte 2014 eine Beschwerde bei der Psychotherapeutenkammer Hessen ein, die den Psychotherapeuten 2015 wegen Verstoßes gegen das Abstinenzgebot beim Heilberufsgericht anschuldigte. Etwaige Verstöße gegen Strafgesetze waren seit 2009 verjährt und konnten daher nicht mehr verfolgt werden. Das erstinstanzliche Urteil wurde durch das Heilberufsgericht am 22.02.2017 verkündet (VG Gießen, 21 K 3386/15.GI.B).

Mit der Entscheidung des Berufungsgerichts wurde erstmals in Hessen die Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufes als schwerwiegendste berufsgerichtliche Maßnahme getroffen. Hierbei berücksichtigten die Richter, dass der Psychotherapeut in ganz massiver Weise und über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren gegen das Verbot sexueller Kontakte mit Patientinnen und Patienten verstoßen hatte und zuließ, dass die Patientin in eine freie Wohnung im Haus der Praxis des Psychotherapeuten zog. Hinzu kam die besondere Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit der Patientin, die zu Beginn der Beziehung erst 17 Jahre alt war, und für die der Psychotherapeut lange Zeit fast die einzige Vertrauensperson war.

Das Gericht stellte fest, dass die strafrechtliche Verjährung einer Tat nach § 174c Abs. 2 StGB einer Verurteilung im heilberufsgerichtlichen Verfahren nicht entgegensteht. Das zu schützende Vertrauen der Bevölkerung in die Integrität und Zuverlässigkeit des Beschuldigten als Psychotherapeuten bestehe nicht allein deshalb fort, weil bis zum Ablauf der strafrechtlichen Verfolgungsverjährung keine Strafverfolgungsmaßnahmen mehr eingeleitet werden konnten. Auch bestätigte das Gericht ausdrücklich, dass Verstöße gegen Berufspflichten, die die Feststellung der Unwürdigkeit zur Berufsausübung rechtfertigen, unbefristet verfolgt werden können, da die Einschränkung des § 49 Abs. 2 Satz 1 HeilbG auf fünf Jahre nur für die dort genannten weniger schweren berufsgerichtlichen Maßnahmen gelte. Die Psychotherapeutenkammer Hessen ist nach § 50 Abs. 5 Satz 2 HeilbG verpflichtet, diese Entscheidung öffentlich bekannt zu machen. Die anonymisierte Entscheidung im Volltext: https://lppkjp.de/HVGH2018

Die zuständige Approbationsbehörde wird nun ein Verfahren zum Widerruf der Approbation durchführen müssen, damit eine Gefährdung weiterer Patientinnen und Patienten ausgeschlossen wird.

Olaf Diederichs

HE

Interdisziplinärer Fachtag: Wechselmodell-Perspektiven

Mit Beschluss vom 1. Februar 2017 hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass ein Wechselmodell auch bei fehlendem elterlichem Konsens gerichtlich angeordnet werden kann, sofern die am Kindeswohl zu orientierenden Voraussetzungen vorliegen. Als Basis von Gerichtsentscheidungen werden Gutachten von forensischen Sachverständigen dazu besonders gefragt sein. Vor diesem Hintergrund soll das Wechselmodell aus den unterschiedlichen Perspektiven des Gerichts unter der Heranziehung von Hochschulforschung, Justiz, Psychologie und Pädagogik diskutiert werden. Der Fachtag richtet sich sowohl an Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, die als forensische Sachverständige in dem Rechtsgebiet Familienrecht tätig sind, als auch an interessierte Psychotherapeutinnen, Richterinnen und Verfahrensbeistände. Er wird am 7. Februar 2019 in Frankfurt (im „Saalbau Gutleut“) veranstaltet.

Sabine Wald

Save the date: HPT 2019

Am 5. und 6. April 2019 wird in Frankfurt am Main der 10. Hessische Psychotherapeutentag veranstaltet: „Im Kontakt! Die therapeutische Beziehung im Verlauf einer Psychotherapie“. Einladungen zum HPT werden zum Jahresbeginn 2019 verschickt.

Gedenken

Wir gedenken unseres verstorbenen Kollegen:

Dr. Gerhard Nieder, Frankfurt

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

6. Niedersächsischer Psychotherapeutentag „Update Depression – Ätiologie und Behandlung bei Erwachsenen und Kindern“

Kammerpräsident Roman Rudyk eröffnet die Tagung

Depressionen gehören zu den am stärksten verbreiteten psychischen Erkrankungen. Die Weltgesundheitsorganisation geht von 300 Millionen Betroffenen weltweit aus und bezeichnet Depressionen als führende Ursache von Einschränkungen der Teilhabe am Leben. Trotz dieser hohen Prävalenz und gesamtgesellschaftlichen Bedeutsamkeit erhält nur ein Bruchteil der Betroffenen eine adäquate Behandlung und in der Bevölkerung halten sich hartnäckige Mythen, wie beispielsweise, dass Schokolade ein passendes Mittel zur Bewältigung wäre.

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen stellte daher den 6. Niedersächsischen Psychotherapeutentag am 8. September 2018 in der Landeshauptstadt Hannover ganz unter das große Thema Depression. Etwa 120 Kammermitglieder fanden sich ein, um ihr Wissen zur Entstehung, Behandlung und Kontextualisierung der Depression auf den neuesten Stand zu bringen und miteinander darüber ins Gespräch zu kommen.

Nach der Eröffnung durch Kammerpräsident Roman Rudyk folgte ein umfangreiches Grußwort durch die niedersächsische Sozialministerin Dr. Carola Reimann. Sie thematisierte dabei u. a. aktuelle Statistiken zu Suiziden, die Arbeit des Bündnisses gegen Depression sowie aktuelle Reformen und Gesetzesentwicklungen.

Vorträge am Vormittag

Prof. Dr. Svenja Taubner umriss in ihrem Vortrag aktuelle Forschungsbefunde zur Depression, von ihrer nosologischen Einteilung, epidemiologischen Kennzahlen, über verschiedene Entstehungsmodelle und therapeutische Ansätze bis hin zu physiologischer und (epi-)genetischer Forschung. Sie plädierte für eine Prozessorientierung in der Psychotherapieforschung, für die Berücksichtigung von Grundlagenforschung und stellte die Adoleszenz als kritische Phase heraus, in der wir als Gesellschaft die Weichen für das spätere Leben stellen. Anschließend referierte Prof. Dr. Beate Muschalla über Ängste und Depression in der Arbeitswelt. In ihrem sehr praxisorientierten Vortrag erläuterte sie anhand von Fallbeispielen aus der psychosomatischen Rehabilitation Zusammenhänge zwischen Depression, Angst und der Situation am Arbeitsplatz. Dabei orientierte sie sich stets am Modell der funktionalen Gesundheit und koppelte die auftretenden Probleme mit den zugrundeliegenden Fertigkeiten und der dazu passenden therapeutischen Maßnahme. Den Abschluss bei den Vorträgen machte Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe. Sie stellte Studien und Forschungsprojekte zur Wirksamkeit ambulanter psychoanalytischer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen vor. Dabei zeigte sie Kontraste zwischen der an Verhaltenstherapie und Kurzzeittherapien orientierten Forschung und der in Deutschland weit verbreiteten psychodynamischen Therapien und Behandlungskontexte auf. Die Hamburger Studien geben Hinweise darauf, dass psychoanalytische Verfahren effektiv eingesetzt werden können, um Ängste und Depressionen im Kindes- und Jugendalter zu behandeln.

Sozialministerin Dr. Carola Reimann

Workshops am Nachmittag

Am Nachmittag fanden parallel vier praxisorientierte Workshops in kleineren Gruppen statt:

1. Aspekte der Behandlung und der Behandlungstechnik bei Kindern mit depressiver Symptomatik (Petra Adler-Corman)
2. Postpartale Depression (Dr. Christiane Deneke)
3. Training zur „(Arbeits-)Fähigkeitsbeurteilung mit dem Mini-ICF-APP bei Menschen mit psychischen Erkrankungen" (Prof. Dr. Beate Muschalla)
4. CBASP: Neue Ansätze bei chronischer und therapieresistenter Depression (Prof. Dr. Martin Walter)

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen bedankt sich bei allen Referentinnen und Referenten für die spannenden Vorträge und Workshops, sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die aktive Mitarbeit und Diskussionsfreude. Unter https://pknds.de/index.php?id=158 finden Sie die Vortragsfolien zum Nachlesen.

Daniel Nowik

Kammertag zum Thema „Digitalisierung"

Matthias Vestring, Götz Schwope und Dr. Urs-Vito Albrecht

Im Vorfeld der Kammerversammlung lud die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) die Ausschuss- und Kommissionsvorsitzenden ein, um gemeinsam mit ihnen über das allgegenwärtige Thema Digitalisierung zu sprechen. Als Referenten für die Veranstaltung konnten Dr. Urs-Vito Albrecht vom Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der Medizinischen Hochschule Hannover und Sven-Ove Wähling, Geschäftsführer der Firma Netzlink Informationstechnik GmbH gewonnen werden, sowie der Rechtsanwalt Matthias Vestring, der der PKN von Beginn an in Fragen bezüglich der berufsrechtlichen Belange der Berufsausübung zur Seite steht.

Nach einer Einleitung durch Vorstandsmitglied Götz Schwope referierte Dr. Albrecht über Aspekte digitaler Angebote im Gesundheitswesen. So spannte er einen weiten Bogen von angenehmen Eigenschaften von Apps, wie z. B. deren ständiger Verfügbarkeit, über deren bisherige und mögliche Einsatzfelder, bis hin zur Einbindung von Fachgesellschaften in den Entwicklungsprozess. Dabei stellte er insbesondere heraus, dass es auch die Aufgabe der Expertinnen im Gesundheitswesen ist, hier klare Standards zu schaffen. Herr Wähling betrachtete die Situation als Ingenieur bei einem IT-Unternehmen aus einer etwas anderen Perspektive. Er stellte

die digitale Entwicklung in den Kontext der industriellen Revolutionen und arbeitete heraus, dass der Trend über technischen Fortschritt zuerst zur Massenproduktion ging und nun durch die Digitalisierung wieder zu mehr Kundenorientierung gehe (Industrie 4.0).

Im Anschluss an die Impulsvorträge wurde in zwei Abschnitten äußerst lebhaft diskutiert. In der allgemeinen Diskussion wurde die ganze Bandbreite der Digitalisierung, insbesondere wie sie die Psychotherapie und die sie ausübenden Psychotherapeutinnen betrifft, behandelt. Als positiv wurde angemerkt, dass sich die Organisation der Praxis und Abrechnung mittlerweile deutlich vereinfacht hat und dass es durch Web 2.0 möglich ist, auf lebhafte Art mehr über die Kultur und Herkunft seiner Patientinnen zu erfahren. Andererseits wurde auch über neue Themen in der Behandlung gesprochen, wie beispielsweise, dass Patientinnen häufig durch Reaktionen oder gerade durch erwartete aber ausbleibende Reaktionen in sozialen Medien verunsichert werden. Ebenso wurde kritisch darüber diskutiert, dass Digitalisierung nicht nur Gewinnerinnen hervorbringt und mehr und mehr vermessen und miteinander verglichen wird. Auch dies sei Thema in Behandlungen. Ebenso wurde das eigene Selbstverständnis als Psychotherapeutin diskutiert: Wie gehe ich mit dem Wunsch nach ständiger Erreichbarkeit um? Oder: Führen „digital natives“ Psychotherapie anders durch als ältere Generationen?

Abschließend wurde über Handlungsmöglichkeiten der Kammern diskutiert. Herr Vestring machte darauf aufmerksam, dass psychotherapeutisches Handeln auch im digitalen Raum durch die Berufsordnung gedeckt sein müsse. Es war Konsens, dass die Berufsordnung stets bei aktuellen Entwicklungen Schritt halten muss – gleichzeitig bestand aber auch Einstimmigkeit darin, dass wir als Profession deutlich klarstellen sollten, was wir wollen, was nicht und welche Standards für digitale Produkte aus unserer Sicht umzusetzen sind. Letzterem Punkt schloss sich auch Herr Wähling in seinem Schlusswort an. Kammerpräsident Roman Rudyk verwies darauf, dass zu den Sorgfaltspflichten der Psychotherapeutinnen auch zähle, nur Therapien anzubieten, für die man qualifiziert sei. Konsequente Fort- und Weiterbildung sei also auch in diesem sich rasant entwickelnden Feld notwendig. Herr Dr. Albrecht drückte abschließend seine Freude und Anerkennung aus, dass die PKN diesen Dialog führe und bot an, daran weiter teilzunehmen.

Daniel Nowik

Kammerversammlung

Am 3. November 2018 fand die achte Kammerversammlung dieser Wahlperiode statt. Anwesend waren siebenunddreißig der vierzig Mitglieder der Kammerversammlung, sowie als Gäste Herr Dr. Horn vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Frau Dr. Becker als PiA-Landessprecherin, der Geschäftsführer Herr Dr. Kaufmann, der Referent Herr Nowik und die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle Frau Weiher, Frau Werner und Frau Peter.

Grußwort aus dem Ministerium

Herr Dr. Horn ging in seinem Grußwort wesentlich auf die Ausbildungsreform und die Einbindung der Länder in diesen Prozess ein. Ebenso wie die Kammermitglieder warte man auch im Ministerium auf einen neuen Referen-

Roman Rudyk & Felicitas Michaelis

tenentwurf. Im Weiteren ging er auf die Anerkennung von Studienabschlüssen zur Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin ein.

Vorstands- und Geschäftsstellenbericht

Als Präsident der Kammer berichtete Roman Rudyk über die Tätigkeiten des Vorstandes seit der letzten Kammerversammlung. In direkter Überleitung nach den Redebeiträgen durch Herrn Dr. Horn berichtete er über die Kontakte mit dem Ministerium. Die PKN pflegt ein gutes Verhältnis zum Ministerium, was sich auch in vielfältigen Kontakten und der Eröffnung des 6. NPT durch Frau Dr. Reimann zeigt. Bestandteil davon ist auch die gemeinsame Abstimmung hinsichtlich geplanter Gesetzesänderungen. Ebenso setzt sich die PKN für die Neubesetzung der W3-Professur in Braunschweig ein. Herr Rudyk berichtete über die Schreiben der PKN an die Präsidentin der Technischen Universität Braunschweig und das niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur. Während das Ministerium bereits reagiert hat, steht dies seitens der Präsidentin der TU Braunschweig noch aus.

Felicitas Michaelis wurde als Vizepräsidentin verabschiedet und der Vorstand und die Geschäftsstelle dankten ihr für die gute Zusammenarbeit. Als Delegierte wird sie jedoch weiterhin die Kammerpolitik aktiv mitgestalten.

Götz Schwope ergänzte den Vorstandsbericht um aktuelle Themen der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung. Themen sind die Terminservicestelle, die ab dem 1. Oktober auch probatorische Sitzungen vermitteln soll und die Überprüfung der Versorgungssitze bzw. Sonderbedarfe. Ein großes Thema ist auch das geplante Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – dieses Thema sollte die Kammerversammlung noch öfter beschäftigen. Darüber hinaus berichtete er über Neuigkeiten aus der Telematik. Es wird empfohlen, bis Jahresende zu bestellen. Eine Anbindung ist bis Juni 2019 verpflichtend. Abschließend berichtete er über den Auftrag des G-BA an das IQTIG zur Entwicklung eines sektorenspezifischen QS-Verfahrens für ambulante Psychotherapie.

Dr. Kaufmann berichtete über Entwicklungen in der Geschäftsstelle. Das Umstrukturierungsprojekt laufe gut und auch die Neuaufstellung der EDV schreite voran. Es wurden Verträge mit Dienstleistern geschlossen, sodass die Geschäftsstelle zeitnah mit einem neuen Verwaltungsprogramm in neuen Strukturen arbeiten kann.

Wahlen

Durch den Rücktritt der Vizepräsidentin Felicitas Michaelis sind Neuwahlen notwendig geworden. Dabei kandidierte Jörg Hermann für das Amt des Vizepräsidenten und Kordula Horstmann für das Vorstandsamt. Beide Genannten wurden mit sehr großer Mehrheit in ihre Ämter gewählt.

Ordnungs- und Satzungsänderungen und Resolutionen

Es wurde eine Vielzahl an Änderungen beschlossen. So wurden Kammersatzung, Meldeordnung, Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung, Berufsordnung und die Fortbildungsordnung auf einen aktuellen Stand gebracht. Die Änderungen im Detail können auf unserer Homepage eingesehen werden.

Darüber hinaus wurden zwei Resolutionen verabschiedet. Eine Resolution wendet sich gegen den geplanten § 92

Der neue Vorstand, v. l. n. r.: Andreas Kretschmar, Kordula Horstmann, Roman Rudyk, Jörg Hermann und Götz Schwope

Absatz 6a SGB V im TSVG und ist Bestandteil eines Schreibens an Frau Ministerin Dr. Carola Reimann.

Finanzen

Herr Dr. Lingen als Vorsitzender des Finanzausschusses stellte den Haushaltsplan der Kammer vor. Die Kammerversammlung stimmte auf Basis der vorgestellten Daten für die Genehmigung des Haushaltsplanes 2019.

Es folgte die Diskussion der bereits vorliegenden Berichte der Ausschüsse.

Gremien auf Bundesebene

Der anstehende 33. Deutsche Psychotherapeutentag sowie die derzeit unter der Leitung der PKN stehenden Länderratssitzungen wurden diskutiert.

Kordula Horstmann und als Vertreterin Svenja Löer wurden in die Gleichstellungskommission der BPtK entsandt.

Herr Rudyk bedankte sich abschließend bei allen Anwesenden für die sehr konstruktiven Diskussionen und die konzentrierte und produktive Atmosphäre, die die Arbeit in der Kammerversammlung gegenwärtig und hoffentlich noch lange prägt.

Daniel Nowik

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850 304 -30
Fax: 0511/850 304 -44
info@pknds.de
www.pknds.de

Bekanntmachungen

Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 03.11.2018 folgende Satzungsänderungen beschlossen:

- **Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen**
- **Kammersatzung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen**
- **Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen**
- **Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen**
- **Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung für Organmitglieder der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen**

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat diese Satzungen am 14.11.2018 auf ihrer Internetseite bereitgestellt. Die Satzungen werden nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 13.11.2018
Roman Rudyk
Präsident

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Fachtag „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ am 31. Oktober 2018

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Diabetes mellitus und Psyche? Welche Bedeutung kommt der Psychotherapie bei dieser chronisch-somatischen Erkrankung zu, mit der in Deutschland etwa 6,7 Millionen Menschen leben? Und was benötigen Psychotherapeutinnen, um entsprechende Angebote machen zu können? Diesen Fragen widmete sich der von der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) veranstaltete Fachtag „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“, zu dem rund 60 Teilnehmende nach Düsseldorf gekommen waren.

Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, wies in seinen eröffnenden Worten darauf hin, dass sich der Ausschuss Fort- und Weiterbildung der Kammer engagiert für die Konzeption des Fachtages eingesetzt habe und an dieser Stelle direkte Auswirkungen der Ausschussarbeit auf die Arbeit der Kammer sichtbar würden. Mit Blick auf den Stellenwert der Psychotherapie im Gesundheitswesen hielt er fest, dass die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen in den vergangenen Jahren enorm gestiegen sei. „Das hängt mit der wachsenden Anzahl psychischer Erkrankungen zusammen, hat aber auch damit zu tun, dass viele Patientinnen mittlerweile erfreulich gut informiert sind.“

Psychotherapie werde als eine nachhaltige Behandlung wahrgenommen, die es den Menschen ermöglicht, in ihrem Alltag besser zurechtzukommen. „Gerade für das Leben mit chronischen somatischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder auch Krebs können wir wirksame Hilfen anbieten“, erklärte Gerd Höhner. „Dabei geht es nicht um eine psychotherapeutische Mitbehandlung, wir sind nicht der Sozius auf dem Motorrad der anderen Behandlerinnen. Es geht um Konzepte, wie sich die betroffenen Menschen mit der dauerhaften Kränkung durch ein beschädigtes Selbst und der unweigerlich aufkommenden Frage nach der eigenen Endlichkeit auseinandersetzen können und was ihnen hilft, die gerade bei Diabetes anspruchsvolle Therapie Tag für Tag eigenverantwortlich gut umzusetzen.“ Auch von den Fachgesellschaften käme der Ruf nach Behandlungskonzepten für Menschen mit chronisch-somatischen Erkrankungen. „Ebenso möchte ich der Politik für ihre Aufmerksamkeit dem Thema Diabetes und Psychotherapie gegenüber danken“, so der Kammerpräsident.

Gerd Höhner

Dr. Ralf Brauksiepe

Spannende Schnittstelle

Dr. Ralf Brauksiepe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten, knüpfte in seinem Grußwort daran an und betonte, dass ein gezieltes Vorgehen gegen Volkskrankheiten wie Diabetes im Koalitionsvertrag festgeschrieben sei. Man müsse allerdings stets auch den Einzelnen sehen. Viele Betroffene hätten damit zu kämpfen, die Erkrankung zu akzeptieren; möglicherweise käme es zu Ängsten und Depressionen. Zwischen Psychotherapie und Diabetes würde sich somit eine spannende Schnittstelle ergeben, an der sich viel bewegen ließe. Es sei daher erfreulich, dass die PTK NRW dieses wichtige Thema auf die Agenda gesetzt habe und damit die Fähigkeit beweise, den Blick zu weiten und sich aktuellen Themen anzunehmen.

Kinder und Jugendliche

Prof. Dr. Karin Lange von der Medizinischen Hochschule Hannover, Fachpsychologin Diabetes DDG und Vorsitzende des Ausschusses „Fachpsychologe/in Diabetes DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft)“, erläuterte in ihrem Vortrag „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes: Bedarf – Nutzen – Chancen – Perspektiven“ die Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes. Ihre Aufschlüsselung eines Jahres im Leben eines Kindes mit Typ-1-Diabetes mit täglich mehrfachen Glukosemessungen und daran angepassten Insulingaben, der ständigen Überwachung von Nahrungsaufnahme, körperlicher Aktivität und psychischer Belastung

verdeutlichte in Kombination mit praxisnahen Beispielen eindrucksvoll, wie anspruchsvoll die Therapie an 365 Tagen eines Jahres ist. Zudem wurde deutlich, wie stark Eltern die Therapie im Alltag steuern und verantworten müssen, welche kontinuierlichen Anpassungsleistungen von allen Beteiligten gefordert werden und wie die Umsetzung der Therapie das System Familie psychisch belasten kann – immer vor dem Hintergrund, dass Kinder und Eltern zusätzlich alle weiteren Entwicklungsaufgaben des jeweiligen Lebensalters bewältigen müssen.

In der Pubertät kämen die Autonomiebestrebungen der Jugendlichen hinzu, die sich ausprobieren wollen und womöglich gegen eine lebenslange Diagnose rebellieren, schilderte Prof. Lange. Eine psychosoziale Betreuung, wie sie als „Soll"-Regelung in die Leitlinien eingegangen ist, sowie familientherapeutische Ansätze seien daher zentral für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes. Der Zugang zu kompetenter professioneller Betreuung, die konkrete, kohärente Zielsetzung durch ein multiprofessionelles Team und eine funktionierende Familie, die motiviert, unterstützt und Erziehungskompetenz besitzt, fasste die Referentin als die drei wichtigsten Determinanten der Stoffwechseleinstellung von Kindern und Jugendlichen zusammen.

Prof. Dr. Karin Lange

Erwachsene mit Diabetes

Dr. phil. Rainer Paust, Leiter des Instituts für Psychosoziale Medizin am Elisabeth-Krankenhaus Essen, verdeutlichte in seinem Vortrag unter der Überschrift „Diabetes und Psyche: Herausforderungen für die Psychotherapie?", dass seine Erfahrungen in der Versorgung klar zeigen würden, wie wichtig konkretes Wissen über Diabetes mellitus für Psychotherapeutinnen sei, um betroffene Patientinnen zu verstehen und mit dem Diabetes verbundene psychische Aspekte adäquat ansprechen und aufgreifen zu können.

Die chronische Erkrankung Diabetes sei eine nie endende Lebensaufgabe. Dabei gestalte sich der Alltag mit Diabetes komplex und voller Herausforderungen. Was Betroffene in ihrem Leben und in der Auseinandersetzung mit dem Diabetes erleben, beeinflusse wiederum ihren Umgang mit der Erkrankung sowie ihre Fähigkeit und ihre Bereitschaft, die Therapie sorgfältig umzusetzen. Anhand von Beispielen erläuterte Dr. Paust das Ausmaß diabetesbezogener Belastungen und psychischer Probleme bei Diabetes und zeigte auf, dass die Prävalenz depressiver Störungen bei Menschen mit Diabetes doppelt so hoch sei wie bei Stoffwechselgesunden. Dabei ließe sich aus beiden Blickrichtungen ein Zusammenhang erkennen: Einerseits erhöhe Diabetes das Risiko für Depressionen, andererseits würden Depressionen und ihre Auswirkungen auf den Lebensstil und damit das Risiko für schlechte Blutzuckerwerte und Folgeschäden steigern. Zusätzlich würden Ängste beispielsweise vor Hypoglykämien sowie Essstörungen eine Rolle spielen. Es sei entsprechend hilfreich, wenn Psychotherapeutinnen die mit Diabetes verbundenen Herausforderungen und Besonderheiten kennen – und ein erfreuliches Signal, dass sich die PTK NRW dieses Themas annehme.

Dr. Rainer Paust

Angeregte Podiumsdiskussion

Weitere Gäste in der sich den Vorträgen anschließenden Podiumsdiskussion waren Ursula Breitbach aus dem Vorstand der Deutschen Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes Landesverband NRW e. V., Uwe Schönrade, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut und Fachpsychologe DDG aus Köln, und Prof. Dr. Bernhard Kulzer, Leitender Psychologe der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim. Ursula Breitbach machte deutlich, dass es bei Diabetes keine Standardbehandlung gibt. Jede Erkrankung sei individuell zu sehen und um Betroffene bei Problemen im Alltag und in einem selbstbewussten Umgang mit Diabetes zu unterstützen, sei fundierte fachliche Hilfe notwendig. Diese könne nicht aus der Selbsthilfe heraus geleistet werden; hier seien weitergebildete Fachleute gefragt, die Betroffene in ihrer besonderen Situation abholen könnten. In ihrem Wunsch, sich verstärkt auch um die Bildung von Netzwerken zu kümmern, wurde Ursula Breitbach im Podium und im Plenum mehrfach bestätigt.

Uwe Schönrade berichtete von seiner Erfahrung, dass Patientinnen aufgrund ihrer Vorerfahrungen oftmals mit einer nur noch geringen Selbstwirksamkeitserfahrung in die Therapie kämen. Ein personenzentrierter, nicht nur auf den Diabetes gerichteter Blick würde Patientinnen entlasten und eröffne dadurch mehr Handlungsperspektiven. Eine solche Unterstützung könne jede Therapierichtung leisten, nur müssten Psychotherapeutinnen dafür auch ver-

stehen, was die Erkrankung Diabetes bedeute und welche spezifischen und komplexen Herausforderungen sie für Betroffene mit sich bringe. Der Bedarf an darauf ausgerichteten Psychotherapeutinnen sei eindeutig da, die Profession auf dem Markt aber nicht sichtbar. Es sei wichtig, das zu ändern.

Prof. Kulzer führte an, dass in der spezialisierten Diabetes-Klinik Bad Mergentheim etwa 60 Prozent der Diabetespatientinnen eine Komorbidität mit F-Diagnosen aufweisen, was ihre Prognose deutlich verschlechtere. Nachzulesen sei dies u. a. in der evidenzbasierten AWMF-Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes". Zwar würden in der Klinik die psychotherapeutischen Angebote sehr gut genutzt, allerdings stelle sich immer wieder die Frage nach der Anschlussbehandlung. Hierfür gäbe es in Deutschland deutlich zu wenige ambulant tätige Psychotherapeutinnen mit speziellen Kenntnissen der Psychodiabetologie. Das müsse sich ändern, denn die moderne Diabetestherapie würde primär ambulant erfolgen. Spezialisierte psychodiabetologische Kenntnisse seien immer dann wichtig, wenn der Umgang mit der Erkrankung Diabetes im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung im Vordergrund des Behandlungsauftrages stehe.

Des Weiteren betonte Prof. Kulzer den Wert einer Weiterbildung für Psychotherapeutinnen im Bereich Diabetes auch im Hinblick auf die Position der Profession im Gesundheitssystem, zum Beispiel hinsichtlich der DRGs (Diagnosis-Related Groups) im stationären Kontext, in den Stellenplänen, in den Disease-Management-Programmen Diabetes mit 4,3 Millionen eingeschriebenen Patientinnen und nicht zuletzt auch hinsichtlich von Zukunftschancen für junge Kolleginnen in dem wachsenden Feld der Psychodiabetologie. Aktuell wäre es auch wichtig, dass die Psychotherapeutenkammern bei der Entwicklung einer „Nationalen Diabetesstrategie" mit einbezogen würden, die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung für diese Legislaturperiode festgelegt wurde.

v. l. n. r.: Gerd Höhner, Dr. Rainer Paust, Prof. Dr. Karin Lange, Petra Sperling, Uwe Schönrade, Ursula Breitbach, Prof. Dr. Bernhard Kulzer

Dr. Paust zeigte die Folgen des Mangels an diabeteserfahrenen Psychotherapeutinnen auf und verwies darauf, dass patientenorientierte Versorgungslösungen dort schnell und gut gefunden würden, wo Primärversorgerinnen (Diabetologinnen, Diabetesberaterinnen) in lokalen und regionalen Netzwerken eng kooperieren. Er sei davon überzeugt, dass der Bedarf an Psychotherapie bei Diabetes in Zukunft weiter steigen werde und Patientinnen vermehrt entsprechende Angebote einfordern werden. Es sei Zeit, zu handeln.

Prof. Lange ergänzte, dass es nicht leicht sei, für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen Ansprechpartnerinnen außerhalb der stationären Zentren zu finden, sie aber mittlerweile auf Netzwerke zurückgreifen könne. Für Eltern würden entsprechende Strukturen allerdings fehlen. Dabei seien Eltern prägend für die Entwicklung und das Schicksal eines Kindes und es sei entsprechend wichtig, die Familie in den Blick zu nehmen und auch psychische Probleme wie diabetesspezifische Ängste oder Anpassungsstörungen der Eltern zu behandeln. Gerd Höhner hielt fest: „Es gibt eindeutig einen Bedarf und als Kammervorstand sind wir aufgefordert, etwas zu unternehmen, um diesen Bedarf zu decken. Zu den zentralen Aufgaben gehört dabei auch, den hohen fachlichen Standard, wie er uns aus den Kliniken zurückgemeldet wird, in die ambulante Versorgung zu bringen." Dabei sei immer mitzudenken, dass die Anwendung von Psychotherapie über die Heilbehandlung hinausginge und Strukturen benötigt werden, in denen beispielsweise auch die Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes eingebunden werden können, damit es zu negativen Entwicklungen gar nicht erst komme.

Blick in die Zukunft

Abschließend dankte der Kammerpräsident den Gästen und Teilnehmenden für ihre informativen Vorträge und Statements, ihre klaren Botschaften und die Motivation, sich des Themas Diabetes und Psychotherapie anzunehmen. „In drei Wochen werden wir in der Kammerversammlung der PTK NRW über eine Weiterbildung ‚Spezielle Psychotherapie bei Diabetes' beraten. Ich bin optimistisch, dass wir in der darauf folgenden Kammerversammlung im Frühjahr 2019 einen Beschluss hierzu fassen können."

Die Präsentationen des Fachtages „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes" wurden mit einer Webnews über die Veranstaltung unter www.ptk-nrw.de zum Download eingestellt.

14. Jahreskongress Wissenschaft Praxis am 13./14. Oktober 2018

Der von der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) und dem Hochschulverbund NRW gemeinsam in Dortmund veranstaltete Kongress Wissenschaft Praxis befasste sich in diesem Jahr mit dem Thema „Schwere psychische Störungen – Herausforderungen in der Praxis". Prof. Silvia Schneider von der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum wies darauf hin, wie bedeutsam insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Störungen der Einbezug des sozialen Umfeldes, eine sektorenübergreifende Versorgung, Ergänzungen des ambulanten Einzelsettings und die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Akteure seien. Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, betonte die Notwendigkeit berufspolitischer Initiativen, um Reglementierungsbemühungen abzuwehren, die einer solchen Perspektivenerweiterung entgegenstünden. Beispielsweise würden sich in der aktuellen Diskussion über eine gestufte und gesteuerte psychotherapeutische Versorgung alte Vorurteile widerspiegeln, für die es heute ebenso wenige Argumente gäbe wie vor 20 Jahren. Noch dazu könne nicht bestritten werden, dass die psychotherapeutische Versorgung ungenügend sei, vor allem im Ruhrgebiet – mit gravierenden Auswirkungen für behandlungsbedürftige Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

In den drei Plenumsvorträgen am Eröffnungsvormittag wurden erfolgreiche Ansätze zur Behandlung von Störungsbildern vorgestellt, die als schwer therapiebar gelten. Prof. Dr. Inge Kamp-Becker von der Universität Marburg informierte über die Therapie der Autismus-Spektrum-Störung, Prof. Dr. Babette Renneberg von der Freien Universität Berlin stellte Hilfen bei „Borderline und Muttersein" vor. „Prinzipien pragmatischer Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen – am Beispiel von Depressionen und Schizophrenie" erläuterte Prof. Dr. Georg Juckel vom LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität-Bochum. Durchgehend zeigte sich, wie hinderlich sich die fehlende Flexibilität struktureller Rahmenbedingungen bei der Entwicklung und Umsetzung psychotherapeutischer Hilfen erweist. Sowohl in den Vorträgen als auch im Plenum wurden wiederholt entsprechende Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie gefordert, um Menschen mit schweren psychischen Störungen adäquat behandeln zu können.

Insgesamt bot der Kongress in zwei Tagen 43 Workshops und war mit fast 400 Teilnehmenden in diesem Jahr erneut ausgebucht.

Regionalversammlung im Regierungsbezirk Münster am 5. September 2018

Eines der Themen auf der Tagesordnung der Regionalversammlung war die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Kammerpräsident Gerd Höhner informierte die nach Gelsenkirchen gekommenen Mitglieder, dass man mittlerweile auf Landesebene und mit dem Bundesgesundheitsministerium eine gemeinsame Linie gefunden habe. Nun stünden die Organisation der Weiterbildung und die Weiterentwicklung möglicher Finanzierungskonzepte an. Die im Bundesgesundheitsministerium entwickelte Idee zu einem Modellstudiengang Psychopharmakotherapie für Psychotherapeutinnen sei allerdings vor dem Hintergrund des Mangels an Psychiaterinnen zu sehen. Ein Konzept wie aktuell vorgeschlagen lehne die Profession als nicht zielführend ab.

Vorstandsmitglied Hermann Schürmann betonte mit Blick auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens, dass sich der Berufsstand den neuen Entwicklungen nicht verschließen dürfe. Es sei jedoch weiterhin wichtig, berechtigte Bedenken zu äußern, etwa hinsichtlich der Frage, wer in Zukunft welche Patientendaten einsehen kann. Zum Thema Versorgungsplanung hielt Gerd Höhner fest, dass insbesondere im Ruhrgebiet weiterhin Sitze fehlen würden und die Kammer nicht nachlassen werde, sich für eine Verbesserung der Versorgung einzusetzen.

In der Diskussion kamen auch Aspekte wie die Entwicklung zukunftsfähiger Arbeitsmodelle und die Weiterentwicklung der Berufsfelder etwa im Sinne psychotherapeutischer Angebote bei chronisch-somatischen Erkrankungen wie Diabetes oder Krebs zur Sprache.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/52 28 47-0
Fax: 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Auslage Haushaltsplan 2019

Der Haushaltsplan 2019 kann in der Zeit vom 14. bis 23. Januar 2019 zu den üblichen Öffnungszeiten in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW eingesehen werden.

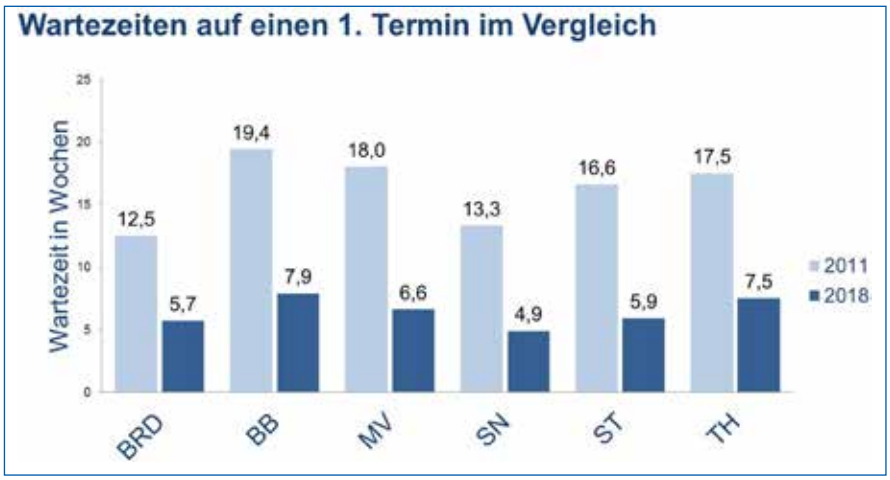
Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – Die Kehrtwende in der Reform der ambulanten Psychotherapie?

Die OPK wurde für die Zeitschrift „iX-Forum – Gesundheitspolitik in der Diskussion" für einen Wirkungs- und Fakten-Check zu den Folgen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) angefragt. Zuvor hatte die OPK eine Stellungnahme zum TSVG zurück an die Politik adressiert und die ersatzlose Streichung des § 92 Absatz 6a SGB V zur gestuften Versorgung gefordert. Diese Lobbyarbeit, gemeinsam mit den anderen Landeskammern und Berufsverbänden, hatte zur Folge, dass der Gesundheitsausschuss des Bundesrates am 7. November mehrheitlich für eine ersatzlose Streichung der Einfügung in § 92 Abs. 6a Satz 4 SGB V (gestufte und gesteuerte Versorgung) votierte.



Quelle: BPtK 2011, 2018, Gesamtdeutschland (links) im Vergleich zu den ostdeutschen Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (von links nach rechts)

OPK-Präsidentin Andrea Mrazek prognostizierte in ihrem Beitrag eine Entwicklung für Psychotherapeutinnen, Versicherte und Patientinnen, die alarmierend ist:

Das TSVG war in den vergangenen Wochen das bestimmende Thema. Für die Psychotherapeutinnen bedeutete es die absolute Kehrtwende in der gegenwärtigen Reform der ambulanten Psychotherapie. Die Fragen, die sich beim Lesen des Gesetzestextes aufdrängten, waren: Was heißt gestufte und gesteuerte Versorgung im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung? Wer stuft und steuert hier die Patientinnen und mit welchem Ziel? Welche ökonomische Ausrichtung bestimmt diesen Weg?

Seit anderthalb Jahren unterstützt die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer die Reform der Psychotherapie-Richtlinie und vermittelt den Kolleginnen, wie wichtig es ist, diesen Reformprozess aktiv mitzugestalten. Mit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde als neuer Leistung ist ein schnellerer erster Zugang für Patientinnen zur Psychotherapie gelungen. In der Sprechstunde findet eine rasche Abklärung zum Vorliegen psychischer Störungen statt. Das leisten Psychotherapeutinnen. Der Erstzugang zur ambulanten Psychotherapie ist ein elementares Patientenrecht. Mit größter Besorgnis reagiert die OPK deshalb auf den Kabinettsentwurf für das TSVG. Die gesetzliche Vorgabe, eine gestufte und gesteuerte Zuweisung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu definierten Diagnostik- und Behandlungspfaden zu entwickeln, würde die Patientinnen in ihrem Recht auf eine partizipative Entscheidungsfindung hinsichtlich verschiedener Behandlungsformen unzulässig einengen.

Psychotherapeutinnen übernehmen schon heute eine komplexe Behandlungssteuerung

Der Gesetzgeber hat es sich mit dem TSVG zum Ziel gesetzt, einen schnelleren Zugang zu notwendiger ärztlicher Versorgung für gesetzlich Versicherte zu erreichen. Dies ist in der ambulanten Psychotherapie aus unserer Sicht mit der Einführung der Sprechstunde und der Akuttherapie bereits erfolgreich geschehen. Vielmehr scheint der Vorwurf im Raum zu stehen, dass Psychotherapeutinnen sich ihre behandlungsbedürftigen Patientinnen durch die Sprechstunde selbst schaffen und so den Bedarf an Psychotherapie in die Höhe treiben. Es wird damit die Integrität der Indikationsstellung in den Praxen in Zweifel gezogen – dafür gibt es nicht die geringsten Ansatzpunkte. Nach der Diagnosestellung wird bereits jetzt gestuft versorgt, nach dem Prinzip: Wer braucht wie viel zu wel-

chem Zeitpunkt und wer braucht keine Psychotherapie.

Als Psychotherapeutenkammer sehen wir, dass sich die Psychotherapie in Deutschland in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem bewegt. Psychotherapie ist eine aufwendige Leistung. Denn bei welcher Ärztin erhält eine Patientin eine Behandlungszeit von 50 Minuten? Und das zumeist wöchentlich über einen längeren Zeitraum? Psychotherapie ist damit eine wertvolle Ressource und wird von den Kolleginnen verantwortungsvoll in der Behandlung von Menschen mit krankheitswertigen psychischen Störungen eingesetzt. Wir sehen viele Patientinnen in unseren Praxen, denen wir Mehrfachdiagnosen attestieren. Doch das Gerücht hält sich eisern, dass lediglich psychisch leicht erkrankte Menschen von Psychotherapeutinnen behandelt werden. Wir sollten davon wegkommen, Menschen mit psychischen Störungen als eine homogene Gruppe zu sehen, die einen einheitlichen Versorgungsbedarf hat. Das, was Psychotherapie ausmacht, ist die individuelle Therapieplanung. Das TSVG will offenbar die psychotherapeutische Versorgung in einer völlig unnötigen und fachlich kontraindizierten Weise verändern. Damit wird der begonnene erfolgreiche Reformprozess untergraben. Standardisierung muss nicht falsch sein, aber psychische Störungen und ihre Ausprägungen unterscheiden sich sehr stark in ihrem individuellen Behandlungsbedarf. Das differenziert sie zum Beispiel von einer Nierenkolik.

Diagnostik- und Versorgungswege für Patientinnen werden sich verkomplizieren

Psychisch erkrankte Menschen dürfen keiner experimentellen Versorgungssituation ausgesetzt werden. Durch den unausgereiften TSVG-Vorschlag besteht vielmehr die Gefahr, neue Flaschenhälse für den Zugang zur Versorgung zu schaffen. Zudem würden sich Diagnostik- und Versorgungswege für Patientinnen verkomplizieren und verlängern. Die freie Wahl der Behandlerin und das Erstzugangsrecht ausschließlich psychisch kranken Patientinnen zu verwehren, stellt eine nicht hinnehmbare Diskriminierung dieser Patientengruppe dar. Wir fordern deshalb die ersatzlose Streichung des § 92 Absatz 6a SGB V zur gestuften und gesteuerten Versorgung in der Psychotherapie.

Ein derzeit erst im Versuchsstadium befindliches Modellprojekt des Innovationsfonds sieht zum Beispiel eine Festlegung der Behandlungsmöglichkeiten anhand von Diagnosegruppen und Schweregraden vor. Diese bilden die Kriterien für genau umschriebene

Karikatur: Heiko Sakurai

Behandlungspfade. Darin ist für leicht bis mittelschwer eingeschätzte krankheitswertige psychische Störungen Psychotherapie nicht mehr vorgesehen, sondern es kommen sogenannte niederschwellige Maßnahmen zum Einsatz: Sozialarbeiterinnen, Peer-Begleiterinnen, psychoedukative Gruppen oder Online-Selbsthilfe stehen dann diesen Patientinnen zur Verfügung. Das ist offenbar der Gedanke zur gestuften Versorgung. Wenn sich dann die Erkrankung verschlechtert hat, ist ein „Upgrade" des Behandlungsbedarfs vorsehen und dann können Patientinnen eine Kurzzeitpsychotherapie oder eine psychotherapeutische Gruppenbehandlung erhalten. Chronifizierungen von psychischen Erkrankungen werden die Folge sein, deren Behandlung wesentlich mehr Geld kosten wird. Gestufte und gesteuerte Versorgung psychischer Erkrankungen meint ganz offensichtlich die Rationierung von Psychotherapie. Nicht nur vollständig aus der Diagnostik, sondern auch partiell aus der Behandlung von psychisch kranken Menschen wären Psychotherapeutinnen und Psychotherapie damit ausgeschlossen.

Psychotherapeutinnen setzen die Reform der Psychotherapie-Richtlinie konsequent um

Wie sollten wir als Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer diese Kehrtwende inmitten einer Reform unseren Kolleginnen erklären, vermitteln und um Unterstützung dafür werben, ohne uns dabei völlig unglaubwürdig zu machen? Die Psychotherapeutinnen stellen ihren Praxisbetrieb gegenwärtig auf die neuen Anforderungen der Reform um. Das kostet Zeit und Geld. Jetzt die Aussage zu tätigen, dass es der Aprilscherz 2017 war und nun doch alles anders ist, würde auch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie verschleißen.

Deshalb fordern wir, den bereits begonnenen Weg einer Flexibilisierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung konsequent weiterzugehen. Dazu benötigen wir effiziente Werkzeuge. Einige wurden uns in der Reform bereits in die Hand gegeben: die Einweisungsmöglichkeit von Patientinnen ins Krankenhaus, Verordnung von Soziotherapie und Rehabilitationsmaßnahmen sowie von Krankentransporten. Eine Erweiterung der Verordnungsmöglichkeiten um die Ergo- und Logopädie sowie für die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und die Überweisung zu anderen Fachärztinnen stellten gerade in der Kooperation mit anderen medizinischen Bereichen wichtige Schritte dar. Psychotherapeutinnen sollten auch in die berufliche Wiedereingliederung einbezogen werden, da sie die Patientinnen häufiger und länger sehen als alle anderen Ärztinnen und die Belastungsfähigkeit besser einschätzen können. In den Praxen könnten durch Bürokratieabbau und funktionale Anstellungsmöglichkeiten auch mehr Kapazitäten geschaffen werden.

Die Leistung Psychotherapie durch billigere Maßnahmen ersetzen?

Oder ist das nicht gewollt? Es bleibt bei uns ein flaues Bauchgefühl – geht es am Ende darum, die Leistung Psychotherapie durch billigere Maßnahmen zu ersetzen? Gestuft? Nach dem Preis? Gesteuert? Nach den Kosten? Denn Psychotherapeutinnen übernehmen eigentlich schon heute eine komplexe Behandlungssteuerung: Sie beraten Patientinnen und leiten individuell notwendige und ausreichende Behandlungsmaßnahmen ein. Diese Richtung empfehlen wir weiterzuverfolgen. Die schrittweise Weiterentwicklung eines guten Gesundheitssystems ist unserer Meinung nach seriöser als ein ungedeckter Scheck auf ein ungeprüftes Allheilmittel.

Rückgeblickt auf „OPK vor Ort 2018": Schwerpunktthema „Psychotherapie mit suizidalen Patienten"

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz bewegte auch die Gemüter auf den diesjährigen OPK vor Ort-Veranstaltungen. Mehr als 900 OPK-Mitglieder kamen zu den Veranstaltungen in Rostock, Potsdam, Erfurt, Magdeburg und Dresden. Wie jedes Jahr im Herbst kam der Vorstand der OPK in die fünf Bundesländer, um mit den Mitgliedern über Vorhaben und Projekte und über aktuelle Themen aus Berufs- und Gesundheitspolitik ins Gespräch zu kommen. Lebhaft wurde über den Plan der Bundesregierung – eine gestufte und gesteuerte Versorgung ausschließlich für psychisch kranke Menschen einzuführen – diskutiert. Die OPK hält das für eine nicht hinnehmbare Diskriminierung psychisch kranker Menschen und für den falschen Ansatz, bestehende Probleme in der Versorgung zu beheben. Stattdessen wurden zahlreiche Vorschläge diskutiert, den mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie begonnenen Weg fortzusetzen, neue Möglichkeiten für eine flexiblere Versorgung zu schaffen und vorhandene Ressourcen besser zu nutzen. Die OPK erhielt auf den Veranstaltungen viel

„OPK vor Ort" in Erfurt fand im Kaisersaal statt

Zuspruch, diesen begonnenen Prozess weiterzuverfolgen. Sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene werden wir uns weiter dafür einsetzen, den Passus

im Kabinettsentwurf zu streichen und stattdessen praxistaugliche Vorschläge einzubringen. Denn es gibt zahlreiche Ansatzpunkte, die Kompetenzen der Psychotherapeutinnen in den Strukturen des Gesundheitssystems noch besser einzubringen.

Daran anknüpfend beschäftigte sich der Fachvortrag in diesem Jahr mit dem Thema „Psychotherapie mit suizidalen Patienten". Es war uns ein Anliegen, deutlich zu machen, dass die Einschätzung von Suizidalität zu den Kernkompetenzen von uns Psychotherapeutinnen gehört. Sowohl Prävention und der Umgang mit Suizidalität als auch die Behandlung nach Suizidversuchen sind Teil des psychotherapeutischen Handwerkszeugs – und das in allen Tätigkeitsfeldern und Settings. Als Referenten konnten wir mit Herrn Professor Dr. Dr. Armin Schmidtke aus Hamburg und Herrn Dr. Gerd Wagner aus Jena zwei ausgewiesene Experten gewinnen, die nicht nur mit Mythen und Vorurteilen über Suizidalität anhand aktueller Studien aufräumten, sondern auch praktische Hinweise aus ihrer langjährigen Erfahrung geben konnten. Der Hauptvortrag beleuchtete verschiedene für die psychotherapeutische Praxis zentrale Aspekte von Suizidalität und stellte psychotherapeutische Strategien und Techniken sowie rechtliche Aspekte vor.

Dr. Gerd Wagner hielt den Hauptvortrag der Mitgliederveranstaltung „Umgang mit Suizidalität: Mythen, Fakten, diagnostische und rechtliche Aspekte"

Parlamentarischer Abend der Heilberufe in Thüringen – Psychotherapeutinnen präsentieren ihr Anliegen im Landtag

Zum ersten Mal präsentierten sich die fünf thüringischen Heilberufekammern gemeinsam. Neben den Psychotherapeutinnen waren auch die Ärztinnen, Zahnärztinnen, Tierärztinnen und Apothekerinnen anwesend. Im Mittelpunkt des ersten Teils standen die gemeinschaftlich vertretenen Positionen aller fünf Kammern. Dazu zählen die Stärkung der Freiberuflichkeit und Selbstverwaltungen sowie die Schaffung besserer Rahmenbedingungen zur Erhöhung der Attraktivität für Praxen und Apotheken in allen Regionen Thüringens und besonders im ländlichen Raum. Im Anschluss hatte jede Kammer die Möglichkeit, eigene Positionen zu vertreten. Das Vorstandsmitglied für Thüringen, Dr. Gregor Peikert, stellte hier vor allem die Zulassungs- und Qualifizierungsvoraussetzungen für die Ausbildung in den Mittelpunkt. In diesem Punkt sind finanzielle Vorleistungen des Landes unabdingbar. Als zweites sieht die OPK die Stärkung und Besetzung der offenen Stellen in den sozialpsychiatrischen Diensten im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) als dringenden Punkt mit Handlungsbedarf.

Die Mitglieder der Kammern konnten damit ihre dringenden Botschaften direkt an Vertreterinnen der thüringischen Landespolitik weitergeben, welche zahlreich vertreten waren. Unter diesen befanden sich nicht nur 30 Landtagsabgeordnete aus allen Parteien, sondern auch die Gesundheitsministerin Heike Werner (Die Linke), die stellvertretende Ministerpräsidentin und Finanzministerin Heike Taubert (SPD) und Wirtschafts- und Wissenschaftsminister Wolfgang Tiefensee (SPD). Flankiert wurden diese von zahlreichen Mitarbeitenden aus den Fraktionen, der Landtagsverwaltung, den Ministerien sowie den Kommunen.

Nach einer 30-minütigen Diskussionsrunde, bei der die Akteure noch einmal ihre Erwartungen an die Politik formulieren konnten, schloss sich der offene Teil des Abends an. Hier konnten in persönlichen Gesprächen noch einmal direkt konkrete Problemlagen besprochen werden. Mit 160 Gästen war dies ein rundum gelungener parlamentarischer Abend.

24. Kammerversammlung verabschiedet Richtlinie zur curricularen Fortbildung in der Psychoonkologie

Krebserkrankungen stellen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland dar. Beachtliche Fortschritte in Früherkennung und Behandlung haben in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass Patientinnen trotz bzw. mit ihrer Tumorerkrankung heute deutlich länger leben. Krebserkrankungen werden zunehmend zu chronischen Erkrankungen.

Mit dieser Entwicklung gehen auch neue Herausforderungen in der Versorgung dieser Patientengruppe einher. Durch eine Krebserkrankung kommt es bei den Betroffenen und in ihren Familien häufig zu erheblichen psychischen Belastungen. Eine systematische Zusammenschau, Bewertung und Synthese vorliegender Studien liegt der im Jahr 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologie" zugrunde. Die Leitlinie empfiehlt psychoonkologische Interventionen je nach individuellem Bedarf in allen Sektoren der Versorgung sowie in allen Phasen der Erkrankung. Neben komorbiden psychischen Erkrankungen existieren spezifische Themen in der Psychoonkologie wie z. B. Fatigue, Progredienzangst oder Schmerzstörungen. Die Behandlung dieser Störungen, die

Bewältigung der einschneidenden Erfahrungen im gesamten Krankheitsverlauf und die erforderliche enge Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen sind wichtige Aufgaben des Fachgebietes „Psychoonkologie". Auch der Nationale Krebsplan formuliert als Ziel den Anspruch von Patientinnen auf eine bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung.

Expertengruppe befasste sich vertieft mit Besonderheiten der psychotherapeutischen Versorgung onkologischer Patientinnen

Der OPK ist es seit vielen Jahren ein Anliegen, die Psychoonkologie zu fördern und fachliche Standards zu setzen. Aus diesem Grunde berief der Vorstand der OPK im Jahr 2017 eine Expertengruppe ein, um sich vertieft mit den Herausforderungen und Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung von onkologischen Patientinnen zu beschäftigen und den spezifischen Beitrag, den Psychotherapeutinnen leisten können, zu diskutieren. Unser Hauptanliegen war neben der Schaffung von transparenten Qualifizierungsanforderungen auch die Umsetzbarkeit einer anspruchsvollen zusätzlichen Qualifizierung für alle unsere Mitglieder. Seit Jahren machen wir mit dieser Herangehensweise gute Erfahrungen. In der OPK sind u. a. die Psychotraumatherapie und die Schmerzpsychotherapie als curriculare Fortbildung geregelt. In den vergangenen Jahren haben zahlreiche Mitglieder diese Zusatzqualifizierungen absolviert.

Die Expertengruppe erarbeitete in engem Austausch mit den Fachgesellschaften den Entwurf einer Richtlinie „Psychoonkologie OPK", die die aufeinander aufbauenden praktischen und theoretischen Inhalte als curriculare Fortbildung festschreibt. Kurz zusammengefasst umfasst die Richtlinie 100 Stunden strukturierte theoretische und praktische Fortbildung. Neben der Vermittlung von medizinischen und psychoonkologischen Grundlagen sowie relevanten Kenntnissen der Versorgungsstrukturen liegt der Fokus auf der Vermittlung von spezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten in Diagnostik und Intervention. So sollen Theorie und Praxis durch kontinuierliche Fallarbeit und Selbsterfahrung verknüpft werden. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen können aus den einzelnen Themenbereichen für sie spezifische oder adaptierte Themen wählen. Um die Bezeichnung „Psychoonkologie OPK" zu erlangen, müssen außerdem Nachweise von drei eigenen Fällen der Behandlung von Krebspatientinnen durch strukturierte Darstellung vorgelegt werden.

Die 24. Kammerversammlung der OPK verabschiedete die Richtlinie „Psychoonkologie OPK" am 9. November 2018 einstimmig. Sie wird am 1. Januar 2019 in Kraft treten. Es ist geplant, dass die einzelnen Module der curricularen Fortbildung ab Herbst 2019 bei der OPK absolviert werden können. Neuigkeiten hierzu finden Sie in den OPK-Medien.

Wahl zur 4. Kammerversammlung biegt in Zielgerade ein

Bis zum 6. Dezember 2018 konnten alle wahlberechtigten OPK-Mitglieder ihre Stimme abgeben und so über die Zusammensetzung der 4. Kammerversammlung mitentscheiden. Am 13. Dezember 2018 zählte der Wahlausschuss in einer öffentlichen Sitzung alle abgegebenen gültigen Stimmen aus. Das offizielle Endergebnis der Wahl wird dieser Tage (KW 51/2018) von der Kammerpräsidentin, Frau M. A., M. S. Andrea Mrazek, bekanntgegeben. Alle wichtigen Informationen zum Wahlergebnis finden Sie auf der Homepage unter **www.opk-info.de/kammerwahl-2018/**.

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken. Mit Ihrer Stimme haben Sie sich für eine starke und unabhängige Selbstverwaltung eingesetzt.

(Foto: Fotolia/Stockwerk-Fotodesign)

Die konstituierende Sitzung der 4. Kammerversammlung wird voraussichtlich am 8. und 9. März 2019 stattfinden. Die neu gewählte Kammerversammlung wird dann in Quedlinburg (Palais Salfeldt) erstmals zusammenkommen.

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die LPK RLP hat wieder einen vollständigen Vorstand: Die Vertreterversammlung hat mich am 20. Oktober 2018 zur neuen Präsidentin gewählt, für das damit ausgesprochene Vertrauen bedanke ich mich sehr. Wir freuen uns außerdem über die Neuwahl unseres jungen angestellten Kollegen Ulrich Bestle als Beisitzer. Dr. Andrea Benecke bleibt weiterhin Vizepräsidentin und Peter Andreas Staub Beisitzer.

Das Schöne an der Berufspolitik ist, dass man mit 46 Jahren noch als „junge" Präsidentin gilt. Dies bringt in meinem Fall mit sich, einen achtjährigen Sohn zu haben. Es wird die Probe aufs Exempel sein, wie familienfreundlich unsere berufspolitischen Strukturen eigentlich sind: abendliche Sitzungen, Telefonkonferenzen, viele Termine in Berlin, Veranstaltungen am Wochenende … Diese Strukturen waren auch Thema in der AG „Frauen in die Berufspolitik" und werden sicher auch auf der Agenda der neu gegründeten Gleichstellungskommission der BPtK stehen, wenn wir uns ernsthaft um berufspolitischen Nachwuchs bemühen wollen. Die geringe Diversität ist nicht nur bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sondern insgesamt in den Institutionen und Gremien der Gesundheitspolitik ein Problem.

Ein anderer Alterseffekt ist, dass ich die erste Präsidentin einer Psychotherapeutenkammer bin, die nicht übergangsapprobiert ist, sondern ihre Ausbildung vollständig nach dem 1999 neu geschaffenen Psychotherapeutengesetz absolviert hat. Ich bin von 2002 bis 2008 selbst PiA gewesen und habe in meinem Psychiatriejahr monatlich 500 Euro „verdient". Es ist also allerhöchste Zeit, dass diese im Grunde unglaubliche Ausbeutung einer ganzen Generation von Psychotherapeutinnen in Ausbildung ein Ende hat und die Ausbildungsreform endlich kommt. Unsere Profession arbeitet seit Jahren intensiv darauf hin; wir sind gespannt, was nun von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kommen wird.

Ein weiteres großes Thema wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens sein. Aufgrund des Umfangs und der Komplexität des Themas ist klar, dass die vielfältigen Herausforderungen nicht von einer einzelnen Kammer (schon gar nicht von einer so kleinen, wie wir es in RLP sind) gestemmt werden können, sondern nur vom Berufsstand als Ganzem. Hier müssen wir dringend unsere Anstrengungen vervielfachen, um den Entwicklungen nicht weiter hinterherzulaufen, sondern mitzugestalten und mitzuentscheiden: Wie soll die Psychotherapie der Zukunft aussehen?

Der LPK-Vorstand nach der Wahl v. l. n. r.: Ulrich Bestle, Dr. Andrea Benecke, Sabine Maur, Peter Andreas Staub

Der Vorstand der LPK RLP freut sich auf die gemeinsame Arbeit: Die gute Zusammenarbeit innerhalb des Vorstands und außerhalb mit den Gremien der LPK, der BPtK und den anderen Akteurinnen im Gesundheitswesen und in der Politik war immer die Stärke unserer kleinen Kammer und soll es auch zukünftig sein.

Herzlichst

Sabine Maur,
Präsidentin

Die Vertreterversammlung der LPK RLP am 20. Oktober 2018 hat nicht nur neue Vorstandsmitglieder gewählt: Es wurden außerdem Änderungen der Entschädigungsordnung und der Fortbildungsordnung beschlossen, zudem der Haushalt verabschiedet und der Regelbeitrag für 2019 festgelegt. Weiterhin wurden drei Resolutionen verabschiedet. Themen sind das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), die Verankerung eines festen Anteils von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und die Reduktion des Fluglärms aufgrund der nachgewiesenen Gesundheitsschäden. Einen Bericht zur Vertreterversammlung und alle Resolutionen zum Download finden Sie unter **www.lpk-rlp.de** in der Rubrik „Aktuelles"/ „Aktuelle Informationen der LPK RLP".

Gelungene LPK-Fachtagung zum Thema „Sucht macht Lust zur Last – Wie Psychotherapie helfen kann“

Das Thema der diesjährigen Fachtagung der LPK RLP „Sucht macht Lust zur Last – Wie Psychotherapie helfen kann“ stieß auf reges Interesse: So war die Veranstaltung im Atrium Hotel in Mainz-Finthen mit über 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausgebucht. Die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin **Sabine Bätzing-Lichtenthäler** hatte die Schirmherrschaft für die Veranstaltung übernommen und Staatssekretär **Dr. Alexander Wilhelm** (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie RLP) sprach ein Grußwort. Auch der SWR war mit einem Kamerateam auf der Fachtagung vertreten und berichtete darüber in einer Meldung in der Sendung *SWR Aktuell* vom 22. September 2018 um 19:30 Uhr.

Suchtkranke, die sonst oft „am Rande der Gesellschaft unterwegs“ seien, wie LPK-Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke** im Rahmen ihrer Begrüßungsansprache sagte, wurden auf der Fachtagung ins Zentrum gerückt. Der Frage, wie dieser Patientinnengruppe am besten zu helfen sei, näherten sich die Referentinnen und Referenten aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Mit den Grundlagen der Suchterkrankung beschäftigte sich **Prof. Dr. Martin Reuter** von der Universität Bonn. In seinem Vortrag zur „Neurobiologie der Sucht“ ging er der Frage nach, inwieweit Sucht erblich ist. Herr Reuter machte deutlich, dass die epigenetische Grundlagenforschung nicht nur Selbstzweck zum Verständnis biologischer Mechanismen ist, sondern auch für die psychotherapeutische Behandlung von Suchtpatientinnen nutzbar gemacht werden kann. Konkrete Behandlungserfahrungen aus der psychotherapeutischen Praxis wurden in den beiden Vorträgen nach der Kaffeepause vorgestellt. **Martina Fischer**, Psychologische Psychotherapeutin und Leitende Psychologin der MEDIAN Kliniken Daun-Altburg, berichtete über den Ablauf und die Spezifika der Reha-Behandlung von jungen Drogenabhängigen. **Andreas Stamm**, Psychologischer Psychotherapeut und Leiter der Suchtberatungsstelle „Die Tür“ in Trier, stellte das ambulante Suchthilfesystem vor. Frau **Prof. Dr. Wilma Funke**, Psychologische Psychotherapeutin und Therapeutische Leiterin der Kliniken Wied, moderierte die Fachtagung und erläuterte zwischen den Vorträgen zehn Thesen zur Suchtbehandlung, die die wichtigsten Ergebnisse zusammenfassten. Einig waren sich die Referentinnen und Referenten darin, dass ein multiprofessioneller Ansatz notwendig sei, um Suchtkranken zu helfen, da es sich bei einer Suchterkrankung um eine Matrix körperlicher, psychischer und sozialer Probleme handle. Dabei sollten Psychologische Psychotherapeutinnen im Behandlungskontext und in der Leitung von Behandlungseinrichtungen eine zentrale Stellung einnehmen.

Von oben nach unten: Prof. Dr. Martin Reuter, interessiertes Publikum, Urkundenüberreichung an Weiterbildungsabsolventinnen

Nachdem die Tagungsteilnehmenden rege die Möglichkeit genutzt hatten, Fragen an die Referentinnen und Referenten zu stellen, ging die Veranstaltung ins alljährliche Herbstfest über.

Fotos der Veranstaltung, die Präsentationen der Referenten und Referentinnen und den Link zum SWR-Sendebeitrag finden Sie auf ***www.lpk-rlp.de*** *unter „Aktuelles“/„Aktuelle Informationen der LPK RLP“.*

Weiterbildungsabsolventinnen geehrt

Im Rahmen der LPK-Fachtagung überreichte Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke** zwei Weiterbildungsabsolventinnen ihre Urkunden über ihren neu erworbenen Weiterbildungstitel *(Foto oben)*. Seit der letzten Fachtagung im Herbst 2017 haben zehn Kammermitglieder erfolgreich einen Antrag auf Anerkennung ihrer Weiterbildung bei der Kammer eingereicht und einen Weiterbildungstitel verliehen bekommen. Alle waren als Ehrengäste auf die Fachtagung zur Verleihung der Urkunde eingeladen worden. Frau **Alena-Lynn Klostermann** und **Frau Sitta Pfeiffer** waren der Einladung gefolgt und nahmen die Glückwünsche auf der Fachtagung entgegen. Frau Klostermann hat den Titel im Bereich Psychodiabetologie erworben, Frau Pfeiffer im Bereich Systemische Psychotherapie.

Infoveranstaltung zur Datenschutz-Grundverordnung gut besucht

LPK-Präsidentin Sabine Maur und Dr. Günther Matheis, Präsident der Landesärztekammer

Am 25. Oktober 2018 fand in Mainz eine Informationsveranstaltung der Initiative „Mit Sicherheit gut behandelt" für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die Auswirkungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) statt. Die Veranstaltung wurde von LPK-Präsidentin **Sabine Maur** eröffnet. Sie hob dabei positiv hervor, dass die DSGVO zu einer Sensibilisierung für den Umgang mit Daten von Patientinnen geführt habe. Dies sei dringend nötig gewesen, da die Digitalisierung der Kommunikation und der Daten schon seit vielen Jahren Einzug in die Praxen und Kliniken gehalten habe, der Datenschutz damit aber nicht habe Schritt halten können. Anschließend wurde den Zuhörerinnen ein Überblick über die DSGVO gegeben und ein Maßnahmenplan zur DSGVO im Praxisalltag vorgestellt. Zudem erläuterten die Referenten FAQs aus der Beratungspraxis und die Strategie des Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (LfDI) für ein nachhaltiges Datenschutzmanagement. In diesem Rahmen wurden die zahlreichen Service- und Hilfsangebote der Initiative „Mit Sicherheit gut behandelt" und der Kammern für ihre Mitglieder vorgestellt. So hat die LPK nicht nur eine Telefon-Sprechstunde zum Thema „Datenschutz" mit der Datenschutzbeauftragten eingeführt und einen Sondernewsletter zu diesem Thema an ihre Mitglieder verschickt, sondern auch eine neue Rubrik „Datenschutz" auf der Homepage eingerichtet, dort FAQs zum Datenschutz aufgelistet und zahlreiche informative Texte und Muster bereitgestellt. Die Veranstaltung stieß auf reges Interesse und war gut besucht. Die Zuhörerinnen stellten zahlreiche Fragen, die ausführlich beantwortet wurden.

Die Initiative „Mit Sicherheit gut behandelt" ist ein Gemeinschaftsprojekt des LfDI, der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.

Gesundheitspolitischer Austausch mit Arbeitskreisen der SPD-Fraktion

LPK RLP-Präsidentin **Sabine Maur**, Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke** und Geschäftsführerin **Petra Regelin** waren am 25. Oktober 2018 zu Gast im Abgeordnetenhaus. Sie folgten einer Einladung der Arbeitskreise Soziales und Arbeit sowie Gesundheit, Pflege und Demografie der SPD-Landtagsfraktion Rheinland-Pfalz. Das sehr gute, angeregte Gespräch mit **Dr. Tanja Machalet**, **Anke Simon**, **Kathrin Anklam-Trapp**, **Sven Teuber** und **Stephan Engel** diente dem gesundheitspolitischen Austausch zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Menschen in Rheinland-Pfalz.

Unser Bild zeigt von links nach rechts: Petra Regelin, Sabine Maur, Sven Teuber, Dr. Tanja Machalet, Anke Simon, Dr. Andrea Benecke, Stephan Engel und Kathrin Anklam-Trapp

Vorstand und PiA-Landessprecher beschließen engere Zusammenarbeit

Die PiA-Landessprecher **Gereon Lex** und **Jasmina Eskic** waren in der Geschäftsstelle der LPK RLP zu Gast, um sich dort mit den Vorstandsmitgliedern **Dr. Andrea Benecke**, **Sabine Maur** und **Peter Andreas Staub** auszutauschen. Thematisiert wurde unter anderem die notwendige Reform der Psychotherapeutenausbildung. Die Landessprecher berichteten von ihren eigenen Erfahrungen und betonten die Dringlichkeit der Reform. Es wurden konkrete Wege für eine noch engere Zusammenarbeit besprochen, die eine zukünftige enge Verzahnung zwischen der Kammer und den PiA-Landessprechern ermöglichen und eine regelmäßige Kommunikation gewährleisten sollen.

V. l. n. r.: Sabine Maur, Gereon Lex, Jasmina Eskic, Dr. Andrea Benecke und Peter Andreas Staub

Bekanntmachungen

Zweite Satzung zur Änderung der Entschädigungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz vom 16. Dezember 2016 in der Fassung vom 14. November 2012

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 20.10.2018 die zweite Satzung zur Änderung der Entschädigungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 16. Dezember 2016 in der Fassung vom 14. November 2012 beschlossen. Sie ist vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 29.10.2018 mit Az 635 01 723-23-1 genehmigt worden. Gemäß § 1 Abs. 5 S. 2, 3 der Hauptsatzung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz stellt die Kammer die Änderungssatzung ab sofort auf ihrer Internetseite bereit. Sie tritt am 01.01.2019 in Kraft.

Neufassung der Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz vom 12. Mai 2015

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 20.10.2018 die Neufassung der Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 12.05.2015 beschlossen. Sie ist vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 29.10.2018 mit Az 635 01 723-7.5.1 genehmigt worden. Gemäß § 1 Abs. 5 S. 2, 3 der Hauptsatzung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz stellt die Kammer die Neufassung der Fortbildungsordnung ab sofort auf ihrer Internetseite bereit.

Beitrag 2019

Aufgrund von § 2 Abs. 4 Satz 1 der Beitragsordnung hat die Vertreterversammlung am 20.10.2018 beschlossen, die Höhe des Regelbeitrages für das Jahr 2019 auf 540,00 Euro festzusetzen. Die Höhe des Regelbeitrages wird hiermit öffentlich bekannt gemacht.

Mainz, den 31.10.2018
Sabine Maur

Die LPK gratuliert ihren Mitgliedern zum runden Geburtstag

© Ruth Black/Shutterstock.com

Die LPK RLP wünscht ihren Mitgliedern zum runden Geburtstag alles Gute und freut sich mit den Jubilaren! Die Kammer gratuliert herzlich:

Zum 50. Geburtstag

Sybilla Blascyk-Schiep, Brigitte Detleffsen, Dr. Jens Heider, Alexander Hug, Carmen Köhler, Regina Seitz-Hammer, Monika Specht, Petra Stadtfeld-Oertel, Dirk Stegner

Zum 60. Geburtstag

Ferdinand Antl, Nikolaos Argyriou, Hiltrud Bartmann, Uwe Hofmann, Matthias Prinz, Rainer Sutter

Zum 70. Geburtstag

Waltraud Bruckner, Reinhold Eberl, Christa Feller-Rothgerber, Gudrun Freier, Christiane Goebels-Lofink, Margarete Hoerner, Wolf-Dieter Kramm, Hildegard Mahler, Inge Ruckes

Sollten Sie die Veröffentlichung Ihres runden Geburtstages im PTJ und im Newsletter nicht wünschen, geben Sie dies bitte schriftlich der Geschäftsstelle der LPK bekannt (Adresse unten).

Der Vorstand und die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz wünschen allen Mitgliedern, Kolleginnen und Kollegen eine schöne Weihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr!

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

pks

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Rückblick auf den 4. Saarländischen Psychotherapeutentag

Gute Stimmung bei Teilnehmenden und Gästen

Verabschiedung des Präsidenten Bernhard Morsch

Am 13. Oktober fand der 4. Saarländische Psychotherapeutentag (SPT) in den Räumen der Industrie- und Handelskammer des Saarlandes (IHK) statt. Trotz strahlenden Sonnenscheins war der Andrang groß, was sicher auch der Tatsache geschuldet war, dass im Rahmen des 4. SPT Bernhard Morsch aus seinem Amt als Präsident der Psychotherapeutenkammer offiziell verabschiedet wurde.

Der erste Teil des Tages war der Verabschiedung von Bernhard Morsch gewidmet. Zu diesem besonderen Ehrentag waren Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, sowie Präsidentinnen und Präsidenten und weitere Vorstandsmitglieder aus den Landespsychotherapeutenkammern nach Saarbrücken gekommen. Bernhard Morsch durfte neben den Kammermitgliedern auch zahlreiche Gäste aus Politik und Gesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer, der Selbsthilfe, der Kassen sowie weiterer Partner im Gesundheitswesen begrüßen.

Bereits in seiner Begrüßung ging Bernhard Morsch auf die Bedeutung des Themas Psychotherapie im Alter ein. Wir möchten hier aus seiner Begrüßung zitieren:

„Wir finden uns heute und hier im goldenen Oktober zusammen, um über das Thema Psychotherapie im Alter nachzudenken. Alter, um es im Bild zu sagen, das ist der Herbst eines langen Lebens. Voller Erlebnisse, voller Erfahrungen. Manche Nuss war zu knacken,

Bernhard Morsch

SL

manch ein Stein aus dem Weg zu räumen. Die Zeit der Blüte ist vorüber, aber vor dem Verwelken und Vergehen können wir die Blätter noch einmal in ihren schönsten Farben erleben. Jedes Einzelne in seiner ganz eigenen Schönheit. Der Herbst bringt die letzten Früchte hervor. Schätze, die geerntet werden wollen. Nicht nur Süßes, auch Saures, Bitteres und Scharfes, Kleines und Großes. Schätze, die Samen hervorbringen, aus denen wieder Neues wachsen möchte.

Meine Damen und Herren, um im Leben eine gute Ernte einzufahren, brauchen wir manchmal jemanden, der uns dabei hilft, auch die hartnäckigen und widerspenstigen Schalen zu öffnen, damit ihr Inhalt unsere Ernte bereichern kann. Wir brauchen einen Erntehelfer, wenn Sie so wollen. Jemanden, der einfühlend und mit Respekt dabei ist, wenn sich Verborgenes zeigt und gewürdigt werden will. So ein Erntehelfer freut sich mit uns an allem, was wir hervorgebracht haben. Er nimmt Teil an unserem Reichtum. Und ist damit nicht nur Helfer, sondern auch Beschenkter. Und, liebe Kolleginnen und Kollegen, so sehe und schätze ich unsere Arbeit als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Ich selbst verabschiede mich heute bei Ihnen aus meinem Amt als Präsident der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes und nutze nun die letzte Gelegenheit, etwas zu sagen, da ich wohl später nicht mehr zu Wort kommen werde: In meiner Arbeit für die Kammer seit ihrer Gründung war es mir wichtig, den Boden zu bestellen, Steine aus dem Weg zu räumen und harte Nüsse zu knacken. Manche sind bereits geknackt, andere warten noch darauf. Ich bedanke mich an dieser Stelle bei allen, die mich hierin unterstützt haben.

Bernd Seiwert

Mit meiner Verabschiedung setze ich in meinem Leben neue Akzente, mache den Weg frei für die Jüngeren unter Ihnen. So sollte das idealerweise bei einem Generationenwechsel sein. Ich hoffe, dass ich mit meiner Arbeit im Vorstand ein paar Samen hinterlassen konnte, aus denen Gutes für unseren Berufsstand und unsere Patientenschaft erwachsen und weiterentwickelt werden kann. Ich ermuntere **Sie alle** von Herzen, auch für die Kammer ein ambitionierter Erntehelfer zu werden ... Und nun, freuen Sie sich mit mir auf einen spannenden und farbenfrohen SPT! Herzlichen Dank!"

San.-Rat Dr. Josef Mischo

Grußworte

Stellvertretend für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie begrüßte Bernd Seiwert, Abteilungsleiter Soziales, die Anwesenden. In seinem Grußwort dankte er Bernhard Morsch stellvertretend für die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes für die jahrelange konstruktive Zusammenarbeit mit dem Ministerium unter anderem in den zahlreichen Gremien wie z. B. zur Prävention, zur Kindergesundheit, der Saarländischen Krankenhauskonferenz, dem Landesgremium 90a oder dem Expertenrat Psychiatrie. Gerade für eine älter werdende Gesellschaft betonte Herr Seiwert die wachsende Bedeutung des Beitrags, den die Psychotherapeutinnen zu leisten hätten.

Dr. Dietrich Munz

In seinem sehr persönlichen Grußwort dankte Sanitätsrat Dr. Josef Mischo, Präsident der Ärztekammer des Saarlandes, Bernhard Morsch für die gute Zusammenarbeit in freundschaftlicher und inhaltlicher Verbundenheit. In vielen gemeinsamen Aktivitäten sei die gute Kooperation gefestigt worden und er sei sicher, dass dieser Weg auch in Zukunft weitergeführt werde. Als Garant für die Fortführung der gemeinsamen Anstrengungen stehe institutionell und stellvertretend auch der Gemeinsame Beirat der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes.

Laudationes

Für die Bundespsychotherapeutenkammer hielt der Präsident der BPtK, Dr. Dietrich Munz, die Laudatio. Dr. Munz betonte die aktive Mitarbeit von Bernhard Morsch in den Gremien der BPtK, dem Länderrat, dem Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) sowie in den Ausschüssen des DPT, bei denen Bernhard Morsch fast von Beginn an dabei gewesen sei. So habe er aus dem kleinen Saarland die Bundespolitik etwa im Hinblick auf die Berufsordnung, die Telematik oder die Krankenhausversorgung maßgeblich mitgestaltet. Darüber hinaus hob er vor allem die Unterstützung und Beratung des Bundesvorstands durch die Mitarbeit in zahlreichen Vorstandskommissionen hervor. Gerade auch für die Verbesserung der Bedingungen in der stationären psychotherapeutischen Versorgung habe er die Expertise von Bernhard Morsch stets geschätzt und gerne eingeholt.

Zuletzt sei Bernhard Morsch im Transitionsprozess zur Reform des Psychotherapeutengesetzes als Mitglied der Bund-Länder-AG sowie als Mitglied der Weiterbildungsarbeitsgruppen vor allem für eine Umsetzung der Reform in der stationären Weiterbildung aktiv beteiligt gewesen. Dr. Munz dankte dem Präsidenten abschließend noch einmal für seine jahrzehntelange intensive und zeitaufwendige Unterstützung des Berufsstandes, die er angesichts der Randlage des Saarlandes und den fernab in Berlin stattfindenden Sitzungen besonders würdigte.

Irmgard Jochum sprach für den Vorstand der PKS die Dankesworte zur Verabschiedung. Sie begann dabei nicht im Jahr 2003, dem Jahr der Kammergründung, sondern bereits 25 Jahre früher, mit dem ersten Engagement von Bernhard Morsch in der Psychiatrie, damals als Zivildienstleistender, in den frühen 1980er Jahren als Mitgründer des sozialpsychiatrischen Vereins für Betreutes Wohnen e. V. Der Verein existiere noch heute in Saarbrücken und kümmere sich um etwa 200 Menschen mit seelischen Behinderungen und psychischen Erkrankungen.

Frau Jochum spannte so den Bogen des frühen sozialpsychiatrischen Engagements für eine gute psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung, dem sich Bernhard Morsch über den Weg der Enthospitalisierung psychisch Erkrankter als Psychologe im ehemaligen Landeskrankenhaus und der saarländischen Psychiatriereform mit einem wohnortnahen, konsequent offenen

Irmgard Jochum

Dr. Petra Schuhler

Konzept unter Federführung von Prof. Dr. Wolfgang Werner verpflichtet sah.

Schon früh habe er als angestellter Psychologe, später Psychotherapeut, berufspolitische Initiative für die Gleichstellung des Berufsstandes mit Fachärztinnen in der Psychiatrie ergriffen.

Es sei schließlich nur folgerichtig gewesen, dass er sich 2003 bei der Kammergründung insbesondere für die angestellten Psychotherapeutinnen eingesetzt und dazu gemeinsam mit anderen Kolleginnen und Kollegen in der institutionellen Versorgung bei der 1. Kammerwahl mit einer eigenen „Liste Angestellte", die bundesweit ihresgleichen suchte, angetreten sei. Gleichstellung und Gleichwertigkeit der psychotherapeutischen Tätigkeit in allen Arbeitsfeldern der ambulanten und institutionellen Versorgung sei bis heute sein zentrales Anliegen.

Dies sei neben dem Einsatz für eine gute Versorgung von psychisch kranken Menschen der zweite thematische Schwerpunkt seiner beruflichen und ehrenamtlichen Tätigkeit, insbesondere der als Kammerpräsident, gewesen: der Einsatz für die Anerkennung und Würdigung des Beitrags aller Berufskolleginnen bei der Versorgung psychisch Kranker in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern.

Irmgard Jochum dankte Bernhard Morsch stellvertretend für den Vorstand der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes abschließend für sein Engagement.

Fachvorträge

Die Fachvorträge zum Thema Psychotherapie im Alter eröffnete Dr. Dietrich Munz mit einem Überblick über „Versorgungsbedarf und Versorgungsrealität Älterer". Dr. Munz machte deutlich, dass eine große Lücke bestehe zwischen Angebot und Nachfrage, die es in Zukunft zu schließen gelte.

Dr. Petra Schuhler brachte in ihrem Vortrag „Psychotherapie mit älteren Menschen" ihre reichen Erfahrungen aus der Psychotherapie sowie aus der Ausbildung des Nachwuchses ein. Der Vortrag beschäftigte sich mit Zeit und Altern, dem Umgang mit Vergangenheitsorientierung, Zukunftserwartung und Endlichkeitsbewusstsein, den Konflikten im späten Berufsleben sowie mit dem Alter als Sinn- und Identitätskrise und dem Einfluss auf nahe Beziehungen, den Krisen und Konflikten einer langen Ehe, Trennung, späten Scheidung und erwachsenen (oft fernen) Kindern. Das transgenerationale Erbe der Kriegs- und Holocaustgeneration, Erziehung im nationalsozialistischen Deutschland, Bombenangriffe, Evakuierungen und Flucht, Hunger und lange Abwesenheit der kriegsgefangenen Väter spielten eine Rolle in der Therapie. Die Erfahrungen eines langen Lebens, die Fülle innerer Bilder gehörten dagegen zu den wichtigen Ressourcen, die erschlossen werden können, auch im Dienst des Aufbaus einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Mit Imaginationen arbeiten, Ressourcen aktivieren, auf Gefühle und Bedürfnisse hören, Empathie zeigen, für Patientinnen etwas erlebbar und anschaulich machen – das seien wesentliche therapeutische Wirkfaktoren: Insofern fuße die Psychotherapie mit älteren Menschen auf essenziellen Komponenten guter Psychotherapie.

Nach der Mittagspause referierte Dr. Maria Böttche über ihre Forschungen in „Internetbasierter Psychotherapie bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) im Alter". Frau Dr. Böttche konnte von hohen Effektstärken in der Therapie mit Älteren berichten und vor allem im zweiten Teil den Teilnehmenden eindrucksvolle Ergebnisse aus der onlinebasierten Schreibtherapie traumatisierter älterer Menschen des Zweiten Weltkrieges präsentieren.

Dr. Maria Böttche

Die Präsentationen zu den Vorträgen der Referentinnen und Referenten finden Sie unter **www.ptk-saar.de/aktuelles/veranstaltungen/veranstaltungen-archiv/**.

Ausklang

Blact Box Fringe Theatre

Zum Abschluss zeigte das „Blact Box Fringe Theatre" das Theaterstück „Dr. Fritz or The Forces of Light".

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Michael Schwindling, Sonja Werner

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/9545556
Fax: 0681/9545558
kontakt@ptk-saar
www.ptk-saar.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

die Geschäftsstelle Ihrer Kammer ist umgezogen. Die neuen Räumlichkeiten sind verkehrstechnisch günstig in Kiel gelegen. Einen persönlichen Eindruck von der neuen Geschäftsstelle können Sie sich im Rahmen unseres Neujahrsempfangs im Januar verschaffen. Außerdem berichten wir heute über die letzte Kammerversammlung im November, in der traditionell der Haushaltsplan verabschiedet und die Beitragshöhe für das kommende Jahr festgesetzt wird. Wir informieren über die länderspezifischen Regelungen der Beihilfeverordnung in Schleswig-Holstein, mit der eine Anpassung an die neue Psychotherapie-Richtlinie erfolgt ist. Da es immer wieder Probleme und Anfragen zur Dokumentationspflicht und zum Einsichtsrecht von Patientinnen in ihre eigene Patientenakte gibt, geben wir einen Überblick über die bestehenden gesetzlichen Vorschriften hierzu. Vorstellen möchten wir Ihnen außerdem den neuen Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Versorgungswerkes, der zukünftig für alle Ihre Anfragen im Zusammenhang mit Ihrer Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Sie da sein wird. Das alte Jahr neigt sich dem Ende entgegen und die bevorstehenden Feiertage bringen Ihnen hoffentlich Zeit zum Erholen und zur Ruhe. Der Vorstand der Kammer wünscht Ihnen und Ihren Angehörigen eine schöne und besinnliche Weihnachtszeit und ein gutes, gesundes und erfolgreiches neues Jahr.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Bericht über die 49. Kammerversammlung

Die letzte Kammerversammlung dieses Jahres fand am 02.11.2018 statt. Neben der Vorlage des Geschäftsberichtes des Versorgungswerkes der PKSH wurde auch der Haushaltsplan für das kommende Jahr vorgestellt.

Die gute Nachricht zuerst: Der Kammerbeitrag für das Jahr 2019 bleibt stabil. Trotz steigender Ausgaben im nächsten Jahr aufgrund eines höheren Verwaltungsaufwands und einer allgemeinen Kostensteigerung ist es dem Vorstand gelungen, Beitragsanpassungen zu vermeiden und das aktuelle Beitragsniveau unverändert beizubehalten. Dabei konnte der Kammerversammlung auch wieder für das kommende Jahr 2019 ein solider Haushaltsplan präsentiert und ein hinsichtlich Einnahmen und Ausgaben ausgeglichener Haushalt verabschiedet werden.

Ein weiterer wichtiger Tagesordnungspunkt war die Vorstellung des Geschäftsberichts des Versorgungswerkes der PKSH für das Jahr 2017 mit Feststellung des Jahresabschlusses für 2017. Als Vorsitzender des Verwaltungsrates stellte Herr Dr. Kraus den Geschäftsbericht für das Jahr 2017 vor. Zuvor hatte der Wirtschaftsprüfer nach Sichtung sämtlicher Buchungsvorgänge seinen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erteilt und der Versicherungsmathematiker hatte in seinem Gutachten dem Versorgungswerk auch für das Jahr 2017 eine solide und zukunftssichere Basis bestätigt. Entsprechend des versicherungsmathematischen Gutachtens wurde der Kammerversammlung vom Vorsitzenden des Verwaltungsrates in Absprache mit dem Aufsichtsausschuss vorgeschlagen, der Empfehlung des Versicherungsmathematikers zur Verwendung des Jahresüberschusses zu folgen und die freien Mittel in die Deckungsrückstellung und die Zinsschwankungsreserve einzustellen. Dieser Empfehlung schloss sich die Kammerversammlung mit großer Mehrheit ohne Gegenstimme an und entlastete schließlich sowohl den Verwaltungsrat als auch den Aufsichtsausschuss für seine Tätigkeit.

In seinem Bericht des Vorstands gab der Präsident der Kammer, Dr. Rogner, einen Überblick über die vielfältigen Aktivitäten des Vorstands seit der letzten Kammerversammlung. Dabei informierte er auch über das neue Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und kritisierte daran vor allem die geplante Regelung zu einer gestuften und gesteuerten Versorgung im Bereich der Psychotherapie, mit der der freie Erstzugang der Patientinnen zur Psychotherapie erheblich eingeschränkt werden soll. Die Kammerversammlung verabschiedete hierzu einstimmig eine Resolution, in der dieser Passus im TSVG vehement abgelehnt wurde. Auch der schleswig-holsteinische Gesundheitsminister, Dr. Heiner Garg, hat die Kritik der Kammer aufgenommen: Auf Antrag der Länder Bayern, NRW und Schleswig-Holstein hat sich der Gesundheitsausschuss des Bundesrates mehrheitlich für eine ersatzlose Streichung der Einfügung einer gestuften und gesteuerten Versorgung ausgesprochen.

Wer sich ein eigenes Bild von der Geschäftsstelle machen und die neuen Räumlichkeiten einmal kennenlernen möchte, ist herzlich eingeladen zu unserem

Neujahrsempfang
Mittwoch, 30. Januar 2019, ab 18.00 Uhr.

Dabei wird sich bei Getränken und einem kleinen Imbiss die Gelegenheit für einen persönlichen Austausch mit dem Vorstand bieten, der sowohl für Kritik als auch für Anregungen dankbar ist, um den Bedürfnissen der Kammermitglieder noch mehr gerecht werden zu können und den Service der Kammer noch besser auf Sie abzustimmen.

Als weiterer Tagesordnungspunkt wurde die Aufnahme von mediengestützter Psychotherapie in die Berufsordnung der PKSH diskutiert und mit großer Mehrheit verabschiedet. Folgender Passus wurde in § 10 der Berufsordnung ergänzt: **„Psychotherapien, die über elektronische Kommunikationsmedien erfolgen, bedürfen einer besonderen Beachtung der geltenden Berufsordnung“**. Damit wird mediengestützte Psychotherapie zukünftig ausdrücklich erlaubt. Allerdings wird auch deutlich betont, dass hierbei den Sorgfaltspflichten der geltenden Berufsordnung besondere Bedeutung zukommt und somit z. B. bei Psychotherapie über das Internet kein „Wildwuchs“ entsteht.

Obwohl der Deutsche Psychotherapeutentag in Bremen einen Modellstudiengang „Psychopharmakotherapie“ mehrheitlich abgelehnt hatte, wurde dieses Thema von der Kammerversammlung der PKSH in der aktuellen Sitzung nochmals ausführlich diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass sich die Kammerversammlung einen pragmatischen Umgang mit der Frage der Indikationsstellung und Verschreibungsmöglichkeit von Psychopharmaka durch Psychotherapeutinnen wünschen würde. Bereits heutzutage ist es gerade im stationären Bereich häufig praktizierter Alltag, dass Psychotherapeutinnen federführend an der Entscheidung über die Verordnung von Psychopharmaka beteiligt sind. Die Kammerversammlung war überwiegend der Ansicht, dass es keine Denkverbote für die Erprobung zukünftiger Musterstudiengänge oder Weiterbildungsmöglichkeiten auch für den Bereich der Psychopharmakotherapie geben dürfe. Allerdings gab es auch Stimmen, die vor einer Aufweichung der Berufsidentität der Psychotherapeutinnen bei der Verordnung von Medikamenten warnen.

Lange Zeit war die PKSH die einzige Kammer, die einen sogenannten „PiA“ (Ausbildungsteilnehmenden) als gleichrangiges Mitglied im Kammervorstand hatte, Herrn Haluk Mermer. Da Herr Mermer im Juni dieses Jahres seine Abschlussprüfung abgelegt hatte und bis zur Erteilung seiner Approbation, die er formal erst nach der Prüfung beantragen konnte, ein kurzer „Timelag“ entstand, war er zwischenzeitlich kein Kammermitglied mehr und musste aus dem Vorstand ausscheiden. Durch seine engagierte Mitarbeit im Vorstand und seine Expertise für Fragen rund um die Ausbildung stand seine Wiederwahl in den Vorstand somit auch auf der Tagesordnung der letzten Kammerversammlung. Herr Mermer wurde mit deutlicher Mehrheit wiedergewählt, sodass der Vorstand der PKSH somit wieder vollzählig ist.

Sowohl die Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ERO) der Kammer als auch die des Versorgungswerkes wurden durch die Kammerversammlung u. a. den aktuellen steuerrechtlichen Vorschriften angepasst. Dabei ging es insbesondere um eine möglicherweise drohende Umsatzsteuerpflicht für ehrenamtlich Tätige. Sollte eine Umsatzsteuerpflicht für die im Rahmen eines Ehrenamtes erhaltene Entschädigung anfallen, so wird diese zukünftig von der Kammer bzw. dem Versorgungswerk erstattet. Davon unberührt bleibt allerdings die Einkommensteuer. So muss jeder, der ehrenamtlich tätig ist und dafür eine Entschädigung erhält, diese Entschädigungsleistungen bei der individuellen Steuerklärung angeben und diese natürlich auch versteuern.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Umzug der Kammergeschäftsstelle in neue Räumlichkeiten

Am 01.12.2018 ist die Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer in neue Räumlichkeiten im Sophienblatt 92–94 in 24114 Kiel eingezogen. Die neuen Räumlichkeiten sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut erreichbar und liegen vom Kieler Hauptbahnhof fußläufig ca. fünf Minuten entfernt.

Bitte verwenden Sie zukünftig im Schriftverkehr ausschließlich die neue Adresse:

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH), Sophienblatt 92–94, 24114 Kiel.

Telefonisch ist die Geschäftsstelle weiterhin unter der bekannten Telefonnummer (0431/66 11 990) und zu den gewohnten Sprechzeiten für Sie erreichbar. Auch die E-Mail-Adresse (info@pksh.de) hat sich nicht verändert.

Beihilfegewährung für psychotherapeutische Behandlungen

Gut ein Jahr nach Inkrafttreten einer novellierten Psychotherapie-Richtlinie für gesetzlich Versicherte ist nun in Schleswig-Holstein eine überarbeitete Beihilfeverordnung (BhVO – Auszug siehe unten) für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen in Kraft getreten.

Die Bewilligungsschritte der Psychotherapieverfahren wurden an die der Psychotherapie-Richtlinie angepasst. Jedoch wurden nicht alle Regelungen aus der Psychotherapie-Richtlinie 1:1 übernommen. So gilt bspw. im Rahmen der Beihilfe keine Verpflichtung für die Beihilfeberechtigten, die psychotherapeutische Sprechstunde vor einer weiteren ambulanten psychotherapeutischen Behandlung unbedingt in Anspruch zu nehmen. Auch gibt es Abweichungen bei der möglichen Anzahl der probatorischen Sitzungen. Bei Erwachsenen sind bis zu vier, bei Kindern und Jugendlichen bis zu fünf probatorische Sitzungen beihilfefähig. Die psychotherapeutische Akutbehandlung wurde gänzlich nicht übernommen.

Für die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen bei Beihilfeberechtigten ist nach wie vor die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) heranzuziehen. Hierin findet sich, ähnlich wie bei der probatorischen Sitzung, keine direkte Abrechnungsziffer für die psychotherapeutische Sprechstunde. Es wird verfahren wie bei der Inrechnungstellung einer probatorischen Sitzung und sozusagen analog die Behandlungsziffer (TP, aP, VT) genutzt.

Die psychotherapeutische Sprechstunde kann von der Beihilfe nur als solche erkannt und berücksichtigt werden, wenn diese in der Rechnung auch entsprechend bezeichnet wird. Für die Abrechnung der psychotherapeutischen Sprechstunde wird eine reguläre Behandlungsziffer basierend auf mindestens 50 Minuten Dauer in Ansatz gebracht. Bei einer lediglich 25-minütigen Dauer der psychotherapeutischen Sprechstunde ist der Steigerungssatz zu halbieren.

Heiko Borchers
Vorstandsmitglied

Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung – BhVO) – Auszug –

Vom 15. November 2016, Fassung vom: 19.03.2018
Gültig ab: 27.04.2018, Gültig bis: 22.12.2021

Anlage 2

(zu § 9 Absatz 1 Nummer 1 BhVO)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1.4 Vor einer Inanspruchnahme von ambulanten psychotherapeutischen Leistungen kann als zeitnaher niedrigschwelliger Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch genommen werden. Diese dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen erforderlich werden. Die Sprechstunde kann als Einzelbehandlung bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens sechsmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 150 Minuten) durchgeführt werden, bei Kindern und Jugendlichen als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens zehnmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten).

2 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 […]

- Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

3 Verhaltenstherapie

3.1 […]

- beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind […]

Veränderung im Versorgungswerk der PKSH

Gerd Klatt

Wir freuen uns, Ihnen auf diesem Wege mit Herrn Gerd Klatt unser neues Gesicht im Versorgungswerk der PKSH vorstellen zu dürfen.

Die Schaffung dieser neuen Stelle war aufgrund der kontinuierlich steigenden Mitgliederanzahl erforderlich. Es ermöglicht uns somit auch in Zukunft, unsere Mitglieder in allen Bereichen kompetent und serviceorientiert zu beraten.

Kurzlebenslauf Gerd Klatt

Gerd Klatt, geboren am 29.07.1963 in Heide, ist seit dem 01.11.2018 für das Versorgungswerk der PKSH tätig.

Zuvor war der Bankfachwirt bei einer norddeutschen Großbank in den Bereichen Kredite, Wertpapiere und Treasury sowie bei einem sozialpolitischen Interessenverband in den Bereichen Buchhaltung und Controlling tätig.

Verwaltungsrat des Versorgungswerkes

Handschriftliche Aufzeichnungen gehören zur Patientenakte

Es sei nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass alle handschriftlichen Notizen der Psychotherapeutin Teil der Patientenakte sind und es somit auch hierzu ein Einsichtsrecht der Patientinnen gibt. Zweierlei Patientenakten zu führen, eine „offizielle", in die im Bedarfsfall Einsicht gewährt wird, und eine „inoffizielle", die nur der Behandlerin zugänglich ist, widerspricht dem Patientenrechtegesetz.

Alle Informationen, die zu Patientinnen erhoben und verarbeitet werden, und dies beinhaltet auch handschriftliche Notizen aus einer Therapiesitzung, unterliegen den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), und es muss auf Verlangen den Betroffenen, d. h. den Patientinnen, eine umfassende Einsicht in die über sie erhobenen Daten gewährt werden. Die Einsichtnahme darf nur verwehrt werden, wenn erhebliche therapeutische Gründe dem entgegenstehen.

Auch auf Verlangen einer Patientin darf deren Patientenakte weder ganz, noch auszugsweise vernichtet oder gelöscht werden. Jede Bürgerin hat zwar gemäß Art. 17 DSGVO ein Recht auf „Vergessen" bzw. Löschung ihrer Daten. Diesem Recht steht allerdings gemäß § 630f Abs. 1 BGB die Verpflichtung der Behandelnden zur Dokumentation und Aufbewahrung der im Rahmen einer Behandlung erhobenen Daten über einen Zeitraum von zehn Jahren entgegen. Die Dokumentation dient schließlich nicht nur dem Interesse der Patientinnen, sondern auch dem der Behandlerin. Hiermit kann nachgewiesen werden, ob die erbrachten Leistungen ordnungsgemäß durchgeführt wurden und ob die Abrechnung nachvollziehbar ist.

Auch im Klinikrahmen gehören alle handschriftlichen Notizen einer Psychotherapeutin in die Patientenakte. Nun gibt es vielfach die Tendenz, in Kliniken nur noch digitale Patientenakten zu führen. Auch in diesem Falle ist die Behandlerin dazu verpflichtet, ihre „persönlichen" Notizen über den Behandlungsverlauf in die elektronische Patientenakte einzupflegen und gegebenenfalls die handschriftlichen Notizen einzuscannen. Sollte eine Psychotherapeutin aus ihrem Dienstverhältnis ausscheiden, so ist es nicht im Sinne des Gesetzgebers, wenn sie von der Klinik aufgefordert wird, ihre eigenen Patientendokumentationen mitzunehmen und diese privat und datenschutzrechtlich geschützt aufzubewahren. Das Einsichtsrecht der Patientinnen in all ihre Daten wird dadurch erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht. Handschriftliche Aufzeichnungen zu einer Therapie und zum Therapieverlauf gehören somit auch im Klinikrahmen in die vor Ort geführte (elektronische) Patientenakte.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Geschäftsstelle

neu ab 01.12.2018:
Sophienblatt 92–94
24114 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

SH

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), PD Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), PD Dr. Regina Steil (Hessen), Dr. Heike Winter (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Julia Wiesinger, M. A., Redakteurin (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

17. Jahrgang, Ausgabe 4/2018

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

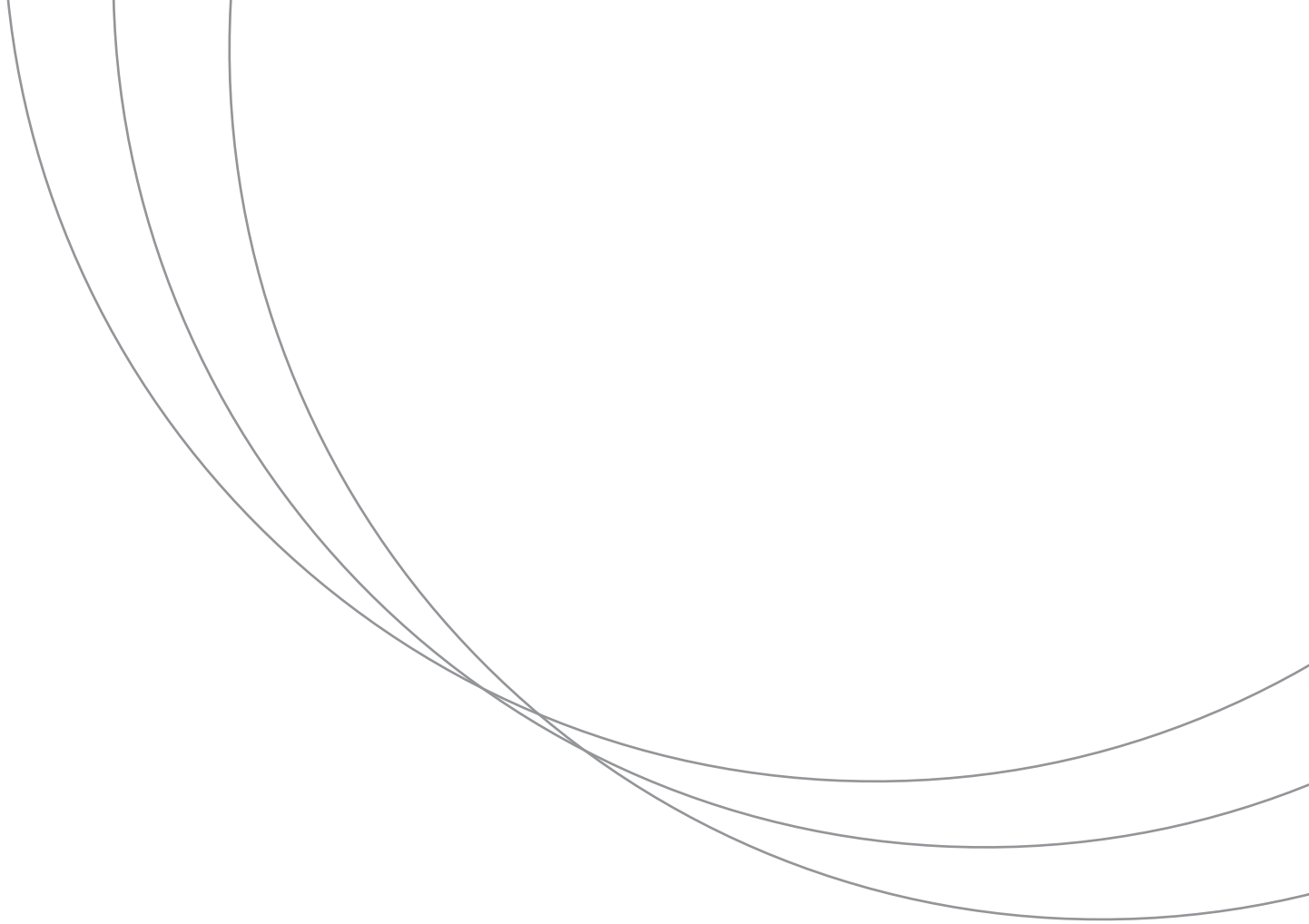
Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 1/2019 ist der 19. Dezember 2018, für Ausgabe 2/2019 der 20. März 2019, für Ausgabe 3/2019 der 19. Juni 2019 und für Ausgabe 4/2019 der 16. September 2019. Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Manuskripte sind elektronisch, am besten im Word-Format, an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in separaten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte 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 umfassen (jeweils inkl. Leerzeichen). Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung", herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2016, Göttingen: Hogrefe), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Wörtern und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Autorinnen und Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.



Geschlechtersensible Sprache

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

www.psychotherapeutenjournal.de