

# Psychotherapeuten journal

- Psychotherapie mit hochbegabten Erwachsenen
- Ein komplementäres Modell psychodynamischer Konflikt Diagnostik
- Klopftechniken im Blick der Forschung
- Neurogenes Zittern in der Traumabehandlung
- In der Diskussion:  
Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats  
Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie

[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)

### **Geschlechtersensible Sprache**

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

# Editorial

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit Spannung erwarten alle Kammern, Verbände und viele Kollegen den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform des Psychotherapeutengesetzes. Im Juni hatte sich die 91. Gesundheitsministerkonferenz der Länder einstimmig für eine zügige Umsetzung des Reformvorhabens ausgesprochen. Die Gesundheitsminister begrüßen eine Reform der Psychotherapeutenausbildung und unterstützen die strukturelle Anpassung der Ausbildung an die Ausbildungswege anderer Heilberufe. Sie fordern, dass die bestehende Qualität der postgradualen Psychotherapeutenausbildung für die zukünftige Weiterbildung erhalten bleiben muss, dies sei im Gesetzentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung sicherzustellen. Kurz zuvor hatten die Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) eine beeindruckende Petition mit über 22.000 Unterschriften im Bundesgesundheitsministerium abgegeben. Darin fordern sie neben einer raschen Reform der Ausbildung auch Regelungen, die die jetzige prekäre Vergütungssituation im Rahmen des Psychiatriejahres verbessern.

Das Reformgesetz wird einige komplizierte Fragen lösen müssen, nicht zuletzt die Finanzierung der zukünftigen Aus- und Weiterbildung. Mit der Finanzierung der künftigen Weiterbildung beschäftigt sich ein von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) im vergangenen Jahr in Auftrag gegebenes Gutachten, welches jetzt vorliegt. Dr. jur. Rainer Hess, ehemaliger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), zeigt darin, dass die



Finanzierung der zukünftigen Weiterbildung der Psychotherapeuten im ambulanten Bereich analog der hausärztlichen Weiterbildung geregelt werden könnte. Seine logischen Folgerungen basieren auf der richtigen Annahme, dass man Psychotherapie nicht allein im stationären Setting erlernen könne, sondern zwingend auch Erfahrung im ambulanten Bereich benötige. Dies sei völlig vergleichbar mit der hausärztlichen Weiterbildung, die ebenfalls breite ambulante Erfahrungen erfordere. Insbesondere eine Fortführung der institutionellen Organisation der Weiterbildung in Weiterbildungsinstituten, wie sie innerhalb des Berufsstandes von Anbeginn an praktiziert wurde, wäre danach gut möglich. Lesen Sie dazu den Bericht der BPtK in ihren Mitteilungen, der eine ausführliche Würdigung des Gutachtens enthält.

Ein weiteres Thema hat die Profession in den letzten Monaten sehr beschäftigt: Die fachlich-wissenschaftlichen Grundlagen und Perspektiven der Psychotherapie. Hierzu wurde im Psychotherapeutengesetz vor 20 Jahren der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) eingesetzt. Der Beirat hat seine Arbeit aufgenommen und inzwi-

schen ein sehr umfassendes Arbeitsprogramm erledigt. Zuletzt war er mit den Anträgen auf Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie und der Gestalttherapie beschäftigt. Insbesondere das Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie führte bei den Antragstellern und vielen weiteren Kollegen zu Rückfragen und auch Verärgerungen. Andere Kollegen waren eher verwundert über einen gemeinsamen Antrag von bis dahin als sehr unterschiedlich wahrgenommenen Verfahren. Insgesamt gab es Anlass zu zahlreichen Nachfragen nach Inhalten und Abläufen der Arbeit des WBP. Dem wollen wir in diesem wie auch im nächsten Heft gern Raum geben und eröffnen die Diskussion mit einem Beitrag von Bundeskammerpräsident Dr. Dietrich Munz zum gesetzlichen Auftrag und zur Arbeitsweise des WBP und einem kritischen Kommentar von Prof. Jürgen Kriz, einem der Antragsteller des Antrags der Humanistischen Psychotherapie.

Wir wünschen Ihnen, auch im Namen des Redaktionsbeirates, viel Vergnügen beim Lesen.

*Regina Steil und Heike Winter (Hessen)  
Mitglieder des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

## Originalia 218

*Christina Heil*

### **Psychotherapie mit hochbegabten Erwachsenen**

Der Artikel informiert über die Identifikation intellektuell hochbegabter Erwachsener in der Psychotherapie und die Rolle der Hochbegabung bei der Diagnostik und Ätiologie psychischer Erkrankungen. Zudem enthält er Anregungen zur Beziehungsgestaltung und zur therapeutischen Arbeit mit hochbegabten Menschen sowie zu möglichen therapierelevanten Themen bei dieser Personengruppe.

225

*Ingo Jungclaussen & Lars Hauten*

### **Psychodynamische Konflikt Diagnostik – Ein komplementäres Modell (KMK). Plädoyer für ein komplementäres Verständnis von Beobachtungsnähe und psychogenetischer Rekonstruktion in der Konflikt Diagnostik**

In der gegenwärtigen psychodynamischen (Konflikt-)Diagnostik kommt der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) eine besondere Rolle zu. Gleichzeitig ist sie seit ihrem Erscheinen der Kritik ausgesetzt. Der vorliegende Beitrag plädiert für die Verbindung von phänomenologisch-beobachtungsnahen und theoretisch-rekonstruierenden diagnostischen Ansätzen im Sinne eines komplementären Modells psychodynamischer Konflikt Diagnostik (KMK).

235

*Antonia Pfeiffer*

### **Was ist dran am Klopfen? Eine Übersichtsarbeit**

Sind Klopftechniken wie PEP und EFT wirksame psychotherapeutische Zusatztechniken? Für welche Krankheiten können auf der Basis von randomisierten Kontrollstudien und Metaanalysen Aussagen über die Wirksamkeit des Klopfens gemacht werden? Die systematische Übersichtsarbeit setzt sich mit diesen Fragen auseinander und diskutiert zudem mögliche Wirkhypothesen.

244

*Susanne Winkler*

### **Neurogenes Zittern als neuer Baustein in der Traumabehandlung? Praktische Erfahrungen und theoretische Erläuterungen**

Der Artikel macht mit der recht neuen Technik der Trauma and Tension Releasing Exercises (TRE) bekannt, die das neurogene Zittern als effizienten Weg der Spannungsregulation induziert. Sie wendet sich u. a. an traumatisierte Menschen, die sich vielfach dysregulierten Arousalzuständen ausgesetzt fühlen. Die Wirkungsweise des neurogenen Zitterns und die dahinter stehende Theorie werden erläutert.

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

251

*Dietrich Munz*

### **Einführende Informationen zum Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und zur Begutachtung der Humanistischen Psychotherapie**

257

*Jürgen Kriz*

### **Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie – Und wie geht es nun weiter?**

## Hintergrund und Kommentar

## Buchrezension

### 265 Deuten in der Psychotherapie

Eine Rezension von Rupert Martin: Kutteneuler, D. & Schäfer, G. (Hrsg.). (2016). Deutungsprozesse im Wandel. Beiträge zum aktuellen Verständnis der Deutung in der Psychoanalyse.

## Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

266 Bundespsychotherapeutenkammer

270 Baden-Württemberg

275 Bayern

279 Berlin

284 Bremen

288 Hamburg

292 Hessen

297 Niedersachsen

301 Nordrhein-Westfalen

305 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

308 Rheinland-Pfalz

312 Saarland

316 Schleswig-Holstein

215 Editorial

320 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A22 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

### Hinweis:

Diese Ausgabe können Sie auch als PDF-Dokument von der Internetseite [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de) herunterladen.

# Psychotherapie mit hochbegabten Erwachsenen

Christina Heil

**Zusammenfassung:** Intellektuelle Hochbegabung bei Erwachsenen ist ein bisher wenig beachtetes Thema in der Psychotherapie. Da die meisten hochbegabten Erwachsenen nicht um ihre Hochbegabung wissen, diese für ihr Leben jedoch äußerst bedeutsam ist, kommt Psychotherapeuten<sup>1</sup> zunächst die Aufgabe der Identifikation zu. Dieser Artikel informiert über häufige Merkmale hochbegabter Menschen, anhand derer sich eine Hochbegabung vermuten lässt, was als Grundlage für eine Intelligenzdiagnostik dienen kann. Des Weiteren wird der Zusammenhang zwischen Hochbegabung und hoher Sensitivität erläutert sowie die Rolle der Hochbegabung bei der Diagnostik und Ätiologie psychischer Erkrankungen. Psychotherapeuten erhalten außerdem Anregungen für die Erkennung und Bewältigung eigener Gefühle und Einstellungen bezüglich der Hochbegabung, für die Beziehungsgestaltung und die therapeutische Arbeit mit hochbegabten Menschen und für mögliche therapierelevante Themen bei dieser Personengruppe.

Intelligenz gilt als relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal (Rinn & Bishop, 2015; Stapf, 2010).<sup>2</sup> Definitionsgemäß sind 2,27 % der Bevölkerung hochbegabt. Diese erreichen in einem wissenschaftlich anerkannten Intelligenztest einen Intelligenzquotienten (IQ) von mindestens 130. Der IQ hochbegabter Menschen befindet sich mehr als zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert von 100 und ist hiermit ebenso weit vom Durchschnitt entfernt wie der IQ von Menschen mit Intelligenzminderung. Vermutlich wurden die meisten Psychotherapeuten noch nicht mit dem Thema Hochbegabung bei Erwachsenen konfrontiert. Zum einen liegt dies darin begründet, dass Hochbegabung in

darf. Doch dies entspricht nicht der Realität hochbegabter Menschen. Zweifelsohne ist Hochbegabung eine große Ressource, doch sie benötigt förderliche Bedingungen, um sich optimal entfalten zu können, und bringt aufgrund der Andersartigkeit für einen Großteil der Menschen auch zahlreiche Herausforderungen mit sich. Psychotherapeuten, die sich auf Hochbegabung spezialisiert haben (Brackmann, 2017; Siaud-Facchin, 2017; Webb, Amend, Webb, Goerss & Hornung, 2015), berichten aus ihrer Erfahrung, dass es für hochbegabte Menschen äußerst schwer ist, einen geeigneten Psychotherapeuten zu finden. Häufig fühlen sie sich mit ihren Anliegen unverstanden und erfahren Ablehnung aufgrund ihrer Andersartigkeit, was oft zu Therapieabbrüchen führt. Zudem erhalten sie mit hoher Wahrscheinlichkeit Fehldiagnosen und unangemessene Behandlungen, da von unerfahrenen Psychotherapeuten Hochbegabungsmerkmale als Symptome psychischer Störungen missgedeutet werden. Die Autoren plädieren deshalb dafür, Hochbegabung beim Beziehungsaufbau, bei der Diagnostik und im Therapieprozess unbedingt zu berücksichtigen.

## — Eine Hochbegabung ist beim Beziehungsaufbau, bei der Diagnostik und im Therapieprozess unbedingt zu berücksichtigen. —

Deutschland bisher kein Bestandteil der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung ist und es somit nur äußerst wenige Psychotherapeuten mit Kenntnissen auf diesem Gebiet gibt. Zum anderen wissen gemäß Angaben des Hochbegabtenvereins Mensa e. V.<sup>3</sup> die meisten hochbegabten Erwachsenen noch gar nicht um ihre Hochbegabung. In den letzten drei Jahrzehnten gewann die Identifikation, Förderung und Beratung hochbegabter Kinder und ihrer Familien zunehmend an Bedeutung (Stapf, 2010). Die Beschäftigung mit der psychischen Situation hochbegabter Erwachsener begann erst deutlich später (Fietze, 2013; García, 2012) und entsprechend jung ist die Literatur hierzu.

Eine weit verbreitete Annahme unter mit Hochbegabung unerfahrenen Menschen ist, dass ein sehr hohes kognitives Potenzial ausschließlich als Vorteil zu betrachten ist, der Erfolg im Leben begünstigt und keiner gesonderten Beachtung be-

darf. Doch dies entspricht nicht der Realität hochbegabter Menschen. Zweifelsohne ist Hochbegabung eine große Ressource, doch sie benötigt förderliche Bedingungen, um sich optimal entfalten zu können, und bringt aufgrund der Andersartigkeit für einen Großteil der Menschen auch zahlreiche Herausforderungen mit sich. Psychotherapeuten, die sich auf Hochbegabung spezialisiert haben (Brackmann, 2017; Siaud-Facchin, 2017; Webb, Amend, Webb, Goerss & Hornung, 2015), berichten aus ihrer Erfahrung, dass es für hochbegabte Menschen äußerst schwer ist, einen geeigneten Psychotherapeuten zu finden. Häufig fühlen sie sich mit ihren Anliegen unverstanden und erfahren Ablehnung aufgrund ihrer Andersartigkeit, was oft zu Therapieabbrüchen führt. Zudem erhalten sie mit hoher Wahrscheinlichkeit Fehldiagnosen und unangemessene Behandlungen, da von unerfahrenen Psychotherapeuten Hochbegabungsmerkmale als Symptome psychischer Störungen missgedeutet werden. Die Autoren plädieren deshalb dafür, Hochbegabung beim Beziehungsaufbau, bei der Diagnostik und im Therapieprozess unbedingt zu berücksichtigen. In den USA wurde aus dieser Notwendigkeit heraus bereits 1981 die Organisation Supporting the Emotional Needs of the Gifted<sup>4</sup> gegründet, die Fortbildungen und Austauschmöglichkeiten für Fachpersonen, hochbegabte Menschen und deren Familien anbietet. In Deutschland ist Frau Dipl.-Psych. Frauke Niehues meines Wissens die erste Kollegin, die für Psychotherapeu-

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

2 Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

3 Verfügbar unter: <https://www.mensa.de> [23.04.2018].

4 Verfügbar unter: <http://sengifted.org> [23.04.2018].

ten Fortbildungen zum Thema Hochbegabung anbietet und auch eine Mailingliste zur Vernetzung eingerichtet hat. Nähere Informationen findet man auf ihrer Website.<sup>5</sup>

Der vorliegende Artikel gibt Psychotherapeuten schulenübergreifende Anregungen für die Arbeit mit hochbegabten Erwachsenen.

## Identifikation hochbegabter Menschen in der Psychotherapie

Die Frage der Identifikation stellt sich bei all denjenigen hochbegabten Menschen, die bei der Aufnahme einer Therapie noch nicht um ihre Hochbegabung wissen. Psychotherapeuten sollten stets auf Merkmale achten, die mit einer Hochbegabung einhergehen können, und bei einem entsprechenden Verdacht eine Intelligenzdiagnostik in die Wege leiten, die dann Gewissheit liefert. In der Literatur finden sich zahlreiche Checklisten mit Merkmalen hochbegabter Erwachsener (*Brackmann, 2017; Niklas & Niklas, 2017; Rinn & Bishop, 2015; Scheidt, 2005; Schwiebert, 2015*), wobei alle Autoren etwas andere Schwerpunkte setzen. Da es sich bei Hochbegabung um eine intellektuelle Fähigkeit handelt, die sich in hohen Leistungen manifestieren kann, aber nicht muss, sollten Psychotherapeuten keinesfalls davon ausgehen, dass alle Hochbegabten einen hohen Bildungsgrad haben und beruflich erfolgreich sind. Umgekehrt sollte auch nicht von einer hohen Stellung auf der Karriereleiter auf Hochbegabung geschlossen werden. Mit Selbsteinschätzungen bezüglich der Geschwindigkeit und Komplexität des Denkens, des Wortschatzes und des Wissens gestaltet es sich ebenfalls schwierig, da diese stark vom Selbstkonzept und von den sozialen Vergleichsmöglichkeiten des jeweiligen Menschen abhängen. Hochbegabte neigen häufig zu Selbstkritik und Perfektionismus, weshalb sie sich oft gar nicht für herausragende Denker halten. Die im Folgenden dargestellten Merkmale beziehen sich daher auf Emotionen und Verhaltensweisen, die häufig mit intellektueller Hochbegabung einhergehen. Diese sind einer Selbstbeurteilung besser zugänglich. Zu beachten ist, dass es den „typischen Hochbegabten“ nicht gibt und die Besonderheiten nicht bei allen hochbegabten Menschen im gleichen Ausmaß ausgeprägt sind.

Häufige Emotionen und Verhaltensweisen:

- **Beständiges und vielschichtiges Denken:** Hochbegabte Menschen integrieren in einen Denkprozess schnell vielfältige Überlegungen, ziehen Vergleiche heran oder übertragen einmal erkannte Lösungsmuster auf andere Probleme (*Brackmann, 2017*). Sie selbst bemerken dann, dass sie über zahlreiche Themen sehr intensiv nachdenken. Dies kann als Freude am Denken erlebt werden, aber auch als belastend, wenn es ihnen schwerfällt abzuschalten und zur Ruhe zu kommen.
- **Großer Wissensdurst und Suche nach geistiger Herausforderung:** Hochbegabte Menschen fallen zumeist

schon in der Kindheit durch sehr viele und tiefgründige Fragen auf. Sobald sie lesen können, dienen Bücher als weitere wichtige Wissensquelle. Im Erwachsenenalter zeichnen sie sich oft dadurch aus, dass sie immer wieder auf der Suche nach neuen geistigen Herausforderungen sind, indem sie beruflich oder privat Projekte initiieren, an ihrem Arbeitsplatz Abläufe zu optimieren versuchen oder den Job wechseln, um sich in ein neues Interessensgebiet einzuarbeiten. Eine Studie von *Hossiep, Frieg und Frank (2013)* ergab, dass sich hochbegabte Erwachsene im Beruf vor allem durch eine hohe Gestaltungsmotivation auszeichnen.

- **Hinterfragen von Autoritäten und Konventionen:** Ein weiteres Merkmal vieler hochbegabter Menschen ist das kritische Hinterfragen der Aussagen von Autoritätspersonen wie Eltern, Lehrern, Vorgesetzten oder Politikern und das Infragestellen gesellschaftlicher Konventionen. Sie nehmen die Dinge nicht als gegeben hin, sondern denken und argumentieren selbst und lehnen Vorgaben ab, sofern diese ihnen unsinnig, unlogisch oder widersprüchlich erscheinen.
- **Vielfältige Interessen:** Hochbegabte Menschen haben sehr häufig bereits in der Kindheit Interessen, die kaum von Gleichaltrigen geteilt werden. Sie befassen sich mit komplexen Fragen aus Bereichen wie Astronomie, Technik, Politik, Religion oder Philosophie, mögen Denk- und Knobelspiele und erlernen oft schon im Vorschulalter aus eigener Motivation das Lesen, Schreiben oder Rechnen. Im Erwachsenenalter können die vielfältigen Interessen manchmal zu einer großen Unsicherheit hinsichtlich der Berufswahl führen.
- **Gefühl der Andersartigkeit und des Unverstandenseins:** Das Denken hochbegabter Menschen wird von anderen oft als vorseilend, sprunghaft oder zu kompliziert empfunden. Hochbegabten fällt es oft schwer, Small Talk zu führen, da sie sich lieber tiefgründig mit Themen auseinandersetzen. Und häufig finden sie nur schwer andere Menschen, die ihre Interessen im selben Ausmaß teilen. Auch verfügen sie zumeist über einen stark ausgeprägten Gerechtigkeitsinn und hohe moralische Ansprüche, weshalb sie andere Menschen schnell als ungerecht, oberflächlich, heuchlerisch oder nachlässig erleben. Somit haben sie es schwer, sich zugehörig zu fühlen und echte Freunde zu finden. Dies kann sich bereits im Kindesalter äußern, entweder in Einzelgängertum, Hinwendung zu deutlich älteren Kindern oder durch Anpassung an die Mehrheit, obwohl ihnen deren Verhaltensweisen nicht entsprechen. Vor allem wenn sie nicht um ihre Hochbegabung wissen, schreiben sie sich oft selbst die Schuld an den zwischenmenschlichen Problemen zu, erleben sich als sozial inkompetent und trauen den eigenen Gefühlen und Wahrnehmungen nicht. Manche glauben aufgrund ihrer Andersartigkeit sogar, an einer psychischen Erkrankung zu leiden.

<sup>5</sup> Verfügbar unter: <http://www.können-macht-spss.de> [18.07.2018].

■ **Langeweile bei Routineaufgaben:** Hochbegabte haben häufig einen starken Widerwillen gegen einfache Alltags-tätigkeiten im Haushalt und sich ständig wiederholende, gleichbleibende Aufgaben, da diese ihnen keinen geistigen Anreiz bieten. Aufschiebeverhalten und Vermeidung können die Folge sein. Auch Fehler bei zu einfachen Aufgaben können vorkommen, da Hochbegabte dann unkonzentriert sind oder zu kompliziert denken.

■ **Starke Beschäftigung mit existenziellen Themen:** Zahlreiche hochbegabte Menschen befassen sich schon in der Kindheit mit existenziellen Themen wie beispielsweise Krieg, Hunger oder Tod. Sie sind sehr betroffen vom Leid anderer Menschen, haben eine hohe Empathiefähigkeit und wollen Missstände beheben (*Webb, Gore, Amend & DeVries, 2017*). Hochbegabte Erwachsene sind häufig auf der Suche nach einer persönlichen Berufung, die ihrem Leben eine Bedeutung verleiht. Sie möchten einen Beitrag zur Verbesserung der Welt leisten (*Schwiebert, 2015*).

Diese Merkmale können durch entsprechende Fragen und ergänzend durch Beobachtungen des Psychotherapeuten exploriert werden. Neben einer hohen Redegewandtheit und einer raschen Auffassungsgabe zeichnen sich Hochbegabte oft dadurch aus, dass sie sich schon ein fundiertes Wissen über psychische Erkrankungen und Therapiemethoden angeeignet haben, dem Psychotherapeuten viele komplexe Fragen stellen, das therapeutische Vorgehen kritisch hinterfragen, gute Argumente und Transparenz verlangen und sich nicht mit Standardinterventionen zufrieden geben. Bei manchen hochbegabten Menschen zeigen sich die Besonderheiten erst, wenn die therapeutische Beziehung gefestigt ist, da sie zu Beginn sehr große Scham für die aus ihrer Sicht unerklärliche

se aufgrund von Prüfungsangst, einer Depression oder einer Zwangserkrankung wenig aussagekräftig sein wird. In einem solchen Fall sollte mit der Testung gewartet werden bis die Symptome der psychischen Erkrankung soweit remittiert sind, dass sie die Leistung im Test nicht mehr wesentlich behindern. Es sollte dann eine Einzeltestung bevorzugt werden, da in diesem Rahmen Störfaktoren wie Aufregung, schnelles Entmutigtsein oder hohe Ablenkbarkeit erkannt werden und in die Interpretation der Ergebnisse einfließen können.

Wenn der Patient eine Testung ablehnt oder diese zu Beginn der Therapie nicht durchgeführt werden kann, sollte dennoch der Verdacht auf Hochbegabung bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. Auch ohne sichere Diagnose kann ein Mensch ein besseres Verständnis für sich und seine Lebensgeschichte entwickeln, wenn er über Hochbegabungsmerkmale informiert wird, Fachliteratur liest, zu hochbegabten Menschen Kontakt aufnimmt und so einen Eindruck gewinnen kann, ob er sich dieser Gruppe zugehörig fühlt. Das Netzwerk SensIQ<sup>ue</sup> für hochbegabte und hochsensible Menschen<sup>7</sup> ermöglicht beispielsweise eine Mitgliedschaft ohne testdiagnostisch nachgewiesene Hochbegabung.

## Beziehungsgestaltung und therapeutische Arbeitsweise

Die Hochbegabung eines Patienten kann einen starken Einfluss auf das Beziehungserleben zwischen Patient und Psychotherapeut haben. Beim Psychotherapeuten kann sie Emotionen auslösen, die es zu reflektieren gilt, um hochbegabten Menschen aufgeschlossen und wertschätzend begegnen zu können. Während eine Begabung im sportlichen oder musikalischen Bereich gesellschaftlich allgemein hoch anerkannt ist, erleben intellektuell hochbegabte Menschen sehr häufig eine Mischung aus distanzierter Bewunderung und Spott. Im Folgenden soll eine

### — Wenn ein Verdacht auf eine Hochbegabung besteht, sollten Psychotherapeuten dies gegenüber dem Patienten begründen und diesem Möglichkeiten zur Intelligenzdiagnostik nennen. —

Andersartigkeit empfinden und stark um Anpassung bemüht sind.

Wenn ein Verdacht auf eine Hochbegabung besteht, sollten Psychotherapeuten dies gegenüber dem Patienten begründen und diesem Möglichkeiten zur Intelligenzdiagnostik nennen. Sie können die Testung entweder selbst durchführen, oder, falls sie wenig Erfahrung in diesem Bereich haben, den Patienten an den Expertenkreis Hochbegabung des Berufsverbandes deutscher Psychologinnen und Psychologen<sup>6</sup> oder an den Hochbegabtenverein Mensa e. V. verweisen. Mensa bietet in vielen deutschen Städten monatlich wissenschaftlich anerkannte Gruppen-Intelligenztests an. Wenn eine Einzeltestung bevorzugt wird, kann auf den genannten Websites nach Psychologen gesucht werden, die Hochbegabungsdiagnostik anbieten. Eine besondere Herausforderung ergibt sich, wenn zu erwarten ist, dass eine Intelligenzdiagnostik beispielsweise

mögliche Erklärung für dieses Phänomen dargestellt werden: Sport und Musik gelten für die meisten Menschen als Freizeitbeschäftigungen und werden weniger mit persönlichen Leistungsansprüchen assoziiert. Demgegenüber werden alle Menschen im Lauf ihrer schulischen und beruflichen Laufbahn mit intellektuellen Herausforderungen und dadurch auch mit ihren Grenzen in diesen Bereichen konfrontiert. Die Begegnung mit einem hochbegabten Mensch, dem kognitive Aufgaben offensichtlich leichter fallen, führt einem nicht hochbegabten Mensch die eigenen Grenzen vor Augen, was Gefühle von Bedrohung und Neid auslösen kann. Hinzu kommt, dass sich für viele Menschen aus intellektuellen Hochleistungen aufgrund ihres kognitiven und abstrakten Charakters nicht unmittelbar ein Sinn erschließt, auch wenn diese langfristig gesehen für die Menschheit äußerst wertvoll sind. Im Ge-

6 Verfügbar unter: <https://www.die-hochbegabung.de> [23.04.2018].

7 Verfügbar unter: <https://www.sensique.de> [11.06.2018].

gensatz dazu erleben Menschen bei Konzerten oder Sportveranstaltungen unmittelbar angenehme Gefühle wie Freude, Begeisterung oder Spannung. Wenn es aus subjektiver Sicht wenig gibt, was man Gefühlen von Bedrohung und Neid entgegenzusetzen kann, ist die Folge häufig eine Abwehrreaktion, die sich darin äußern kann, dass man zu hochbegabten Menschen Distanz hält, sie belächelt, verspottet oder entweder ihre Schwächen oder ihre Kompetenzen überbetont. Während die Überbetonung der Schwächen diese Menschen abwertet, bestärkt die Überbetonung ihrer Stärken die Haltung, dass Hochbegabte so gut alleine klar kommen, dass man sie nicht beachten muss. Um Gefühle von Bedrohung oder Neid abzuschwächen kann es für Psychotherapeuten sehr hilfreich sein, sich klar zu machen, dass die Gesellschaft die gesamte Bandbreite menschlicher Fähigkeiten benötigt, um sowohl die alltagspraktischen Aufgaben als auch anspruchsvolle Herausforderungen zu bewältigen. Hochbegabte Menschen sind somit nicht wertvoller als weniger intelligente Menschen, sondern verfügen lediglich über ein sehr hohes intellektuelles Potenzial, das es anzuerkennen gilt. Des Weiteren sollte man sich ins Bewusstsein rufen, dass Hochbegabte nicht weniger Probleme als andere Menschen haben, sondern vielfach eher andere Probleme.

Im Therapieprozess sollte die Hochbegabung ebenfalls berücksichtigt werden. Manche Psychotherapeuten fühlen sich durch Vorwissen und kritische Fragen in ihrer Kompetenz angegriffen. Hochbegabte Menschen zeigen ein solches Verhalten aber in der Regel nicht, um Fachpersonen herabzuwürdigen, sondern es ist lediglich ihre Art, sich mit den Themen auseinanderzusetzen, und es sollte daher als Zeichen von Motivation und Interesse angesehen werden. Wichtig ist außerdem, dass sich Psychotherapeuten authentisch verhalten und nicht versuchen, Unwissenheit zu überspielen oder Fragen auszuweichen, denn hierdurch werden sie für hochbegabte Menschen unglaubwürdig und werden somit von ihnen auch nicht als vertrauenswürdig erlebt. Des Weiteren sollten Psychotherapeuten bei jeder Intervention überprüfen, inwiefern sie zu den spezifischen Besonderheiten des hochbegabten Menschen passt und sollten sie gegebenenfalls entsprechend modifizieren. Keinesfalls sollte versucht werden, Hochbegabungsmerkmale wegzuthrapieren, um den Menschen besser an die Mehrheit anzupassen. Die Charakteristika der Hochbegabung sind als Teil der gesunden Persönlichkeit zu verstehen, und diese Menschen sollten darin unterstützt werden, in ihrer Individualität ein glückliches Leben zu führen.

## Zusammenhang zwischen Hochbegabung und hoher Sensitivität

Zahlreiche Autoren postulieren, dass Hochbegabung stets mit einer hohen Sensitivität einhergehe (Brackmann, 2016,

2017; Schwiebert, 2015; Siaud-Facchin, 2017; Webb et al., 2017). Die hohe Sensitivität wird teilweise als Übererregbarkeit (overexcitability) und teilweise als Hochsensibilität bezeichnet. Das Konstrukt der Übererregbarkeit geht auf Kazimierz Dabrowski (1964) zurück, der in seiner Theorie der positiven Desintegration davon ausgeht, dass Menschen mit einem hohen Entwicklungspotenzial übererregbar sind. Dabei beschreibt er Übererregbarkeit als Zusammenspiel einer hohen intellektuellen, imaginativen, emotionalen, sensorischen und psychomotorischen Sensitivität. Hochsensibilität wurde erstmals von Elaine und Arthur Aron (Aron & Aron, 1997) beschrieben. Sie verstehen diese als tiefe Verarbeitung von Sinneseindrücken, Tendenz zur Reizüberflutung und starke Intensität des emotionalen Erlebens, einschließlich der Ge-

### — Die Begegnung mit einem hochbegabten Menschen führt einem die eigenen Grenzen vor Augen, was Gefühle von Bedrohung und Neid auslösen kann. —

fühle anderer Menschen. Hochsensibilität kann demnach mit einem feinen ästhetischen Empfinden, einem intensiven Erleben von Intimität und Beziehungen und hoher Empathie einhergehen, jedoch auch mit schnellerer Erschöpfung und geringerer Belastbarkeit.

Es liegen aktuell noch keine wissenschaftlich gesicherten Befunde vor, da die Forschung zur hohen Sensitivität noch am Anfang steht und es kontroverse Diskussionen um die Definition, Messbarkeit und Abgrenzung der damit verbundenen Konstrukte gibt (Jack, 2014a, 2014b). Erste Hinweise liefert jedoch eine Metaanalyse von Winkler und Voight (2016) mit zwölf Studien zum Zusammenhang zwischen intellektueller Hochbegabung und Übererregbarkeit. Hierbei zeigten sich bei intellektuell Hochbegabten signifikant höhere Werte in der intellektuellen, imaginativen, emotionalen und sensorischen Sensitivität im Vergleich zu Nichthochbegabten mit mittleren Effektstärken bei der intellektuellen und imaginativen Sensitivität und geringen Effektstärken bei der emotionalen und sensorischen Sensitivität. Diese Ergebnisse sprechen für einen gewissen Zusammenhang zwischen Hochbegabung und Übererregbarkeit, der in den Bereichen am ausgeprägtesten ist, die den kognitiven Merkmalen hochbegabter Menschen am ähnlichsten sind. Die Ergebnisse lassen allerdings keine Aussage über die Größe dieses Zusammenhanges zu.

Zu beachten ist zudem, dass sich gemäß aktueller Umfragen 15 bis 20 % der Menschen als hochsensibel erleben (Jack, 2014a), diese Gruppe also deutlich größer ist als die der Hochbegabten und somit eine hohe Sensitivität als eine von Hochbegabung unabhängige Eigenschaft angesehen werden sollte.

## Rolle der Hochbegabung bei der Diagnostik und Ätiologie psychischer Erkrankungen

Webb et al. (2015) erläutern zahlreiche Fallen, in die Psychotherapeuten geraten können, wenn sie Hochbegabungsmerkmale fälschlicherweise als Symptome psychischer Erkrankungen interpretieren. Im Wesentlichen nennen sie drei Grundregeln, die bei der Diagnostik zu beachten sind:

1. Für die Beurteilung sollten nicht nur die Symptome herangezogen werden, sondern stets auch deren Ursachen. Als Beispiel sei hier die starke Beschäftigung mit speziellen Themen und ein geringes Interesse an den Menschen in der näheren Umgebung genannt. Menschen mit einer Asperger-Störung zeigen dieses Verhalten, weil es ihnen an kommunikativen Fertigkeiten fehlt und sie stereotype Interessen haben. Ein hochbegabter Mensch verhält sich hingegen möglicherweise so, weil er sich in ein Gebiet seiner Begabung vertieft und er aufgrund seiner Andersartigkeit im Denken wenig Zugang zu den durchschnittlich intelligenten Menschen in seinem Umfeld findet.
2. Es sollte stets geprüft werden, ob die Symptome über verschiedene Situationen hinweg bestehen bleiben oder lediglich in einzelnen Situationen auftreten, in denen sie durch die Hochbegabung erklärt werden können. Ein hochbegabter Mensch, der sich normalerweise stark zurückzieht und sich auf eigene Interessen konzentriert, kann beispielsweise in einer Gruppe von Hochbegabten sehr kontaktfreudig und sozial kompetent sein.
3. Vor der Stellung einer Diagnose sollte stets berücksichtigt werden, dass Symptome nur dann krankheitswertig sind, wenn sie bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen hervorrufen.

Hochbegabte Menschen leiden etwa genauso häufig an psychischen Erkrankungen wie Nichthochbegabte (Cross & Cross, 2015; Stapf, 2010; Webb et al., 2017). Die Längsschnittstudien von Terman (1926; Terman & Oden, 1947a, 1947b) und Rost (1993) ergaben, dass die untersuchten hochbegabten Kinder und Jugendlichen größtenteils schulisch erfolgreich, gut integriert, sozial angepasst, psychisch stabil und selbstsicher waren. Hinsichtlich hochbegabter Erwachsener folgern Rinn und Bishop (2015) aus zahlreichen Studien, dass diese zumeist erfolgreich und mit ihrem beruflichen und privaten Leben zufrieden sind. Cross und Cross (2015) leiten aus den Forschungsergebnissen ab, dass psychische Erkrankungen bei Hochbegabten oft andere Ursachen haben als bei Nichthochbegabten. Beispielsweise können hohe Leistungsansprüche in der Herkunftsfamilie die Entstehung von Perfektionismus begünstigen. Als Ursache für Angsterkrankungen, Depressionen und Suizidalität werden widersprüchliche Botschaften durch das soziale Umfeld, die asynchrone Entwicklung hochbegabter Menschen, eine hohe Sensitivität, Überengagement in vielfältigen Lebensbereichen, eine übergroße

Fokussierung auf Leistungsexzellenz, Ausgrenzungserfahrungen, soziale Isolation, eine starke Antizipation von Gefahren und das Fehlen kognitiver Herausforderungen genannt. Die Autoren weisen zudem darauf hin, dass sich hochbegabte Menschen, die Suizidabsichten haben, besser über Suizidmethoden informieren und möglicherweise schneller erfolgreich einen Suizid begehen als dies bei Nichthochbegabten der Fall ist. Webb et al. (2015) benennen Verzweiflung bei der Suche nach Sinn und Bedeutung im Leben als Ursache für die so genannte existenzielle Depression bei Hochbegabten.

## Bedeutsame Fertigkeiten für hochbegabte Menschen

Aus den Merkmalen hochbegabter Menschen und den Herausforderungen und Belastungen, die bei ihnen mit der Entstehung psychischer Erkrankungen in Verbindung gebracht werden, lassen sich Fertigkeiten ableiten, die für ihre Lebenszufriedenheit und Lebensqualität bedeutsam sein können. Die im Folgenden dargestellten Fertigkeitsbereiche können individuell um weitere Aspekte ergänzt werden. Im Rahmen der Therapie kann exploriert werden, inwiefern sie für den Patienten eine Rolle spielen und wo es eine Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand gibt, die therapeutisch bearbeitet werden sollte.

Bedeutsame Fertigkeiten:

- **Selbstverständnis und Selbstwert als hochbegabter Mensch:** Dies ist vor allem für spät erkannte Hochbegabte ein zentrales Thema, da sie häufig viele Jahre ihres Lebens unter Gefühlen von Unzugehörigkeit, Minderwertigkeit, Scham oder Schuld gelitten haben. Die Aufgabe des Psychotherapeuten besteht darin, diesen Menschen die Ergebnisse der Intelligenzdiagnostik und die Hochbegabungsmerkmale zu erläutern und sie zu ermutigen, sich einem Hochbegabtenverein oder -netzwerk anzuschließen. So kann es diesen Menschen gelingen, sich in die Gruppe der Hochbegabten einzuordnen, ihre Eigenschaften in einem anderen Licht zu bewerten und mit Menschen in Kontakt zu kommen, die sie so mögen und anerkennen wie sie sind. Es kann hierdurch eine zweite soziale Vergleichsnorm entstehen, die sich stabilisierend auf den Selbstwert auswirkt. Für den Kontakt mit Nichthochbegabten kann es sehr hilfreich sein, sich der Subjektivität ablehnender Reaktionen und deren Hintergründe bewusst zu werden. So können hochbegabte Menschen verstehen, dass Ablehnung häufig gar nichts mit ihnen selbst zu tun hat, sondern vielmehr mit den Gefühlen und Einstellungen der ablehnenden Person.
- **Umbewertung der Vergangenheit:** Für spät erkannte Hochbegabte ist es von großer Bedeutung, die neue Erkenntnis nicht nur auf die Gegenwart anzuwenden, sondern die gesamte bisherige Biographie unter dem Aspekt der Hochbegabung zu betrachten. So können eigene Gefühle und Verhaltensweisen und Reaktionen von Eltern,

Geschwistern, Lehrern oder Mitschülern verständlich werden. *Webb et al. (2017)* schildern, dass hochbegabte Kinder häufig von ihren Eltern und Lehrern als anstrengend erlebt werden, es zu Hause und in der Schule schnell zu Machtkämpfen kommen kann, Eltern sie aufgrund ihres kognitiven Potenzials oft mit eigenen emotionalen Belangen überfordern, sie parentifizieren oder ihnen in der Familie zu viel Macht geben, sie vor allem in der Schule an kognitiver Unterforderung leiden, ihre Entwicklung häufig asynchron verläuft und sie von Gleichaltrigen vielfach ausgeschlossen, belächelt, verspottet oder sogar gemobbt werden. *Fietze (2013)* betont, dass vor allem hochbegabte Frauen häufig in der Kindheit und Jugend vermittelt bekommen, dass sie dumm sind oder ihre Begabung keine Beachtung verdient hat.

- **Befriedigende Beziehungen:** Sofern hochbegabte Menschen unter einem Mangel an befriedigenden Beziehungen leiden, sollten sie ermutigt werden, sich Gemeinschaften von Menschen mit ähnlichen Interessen oder Gruppen von Hochbegabten anzuschließen. Eine Studie von *Dijkstra, Barelds, Groothof, Ronner und Nauta (2012)* ergab, dass die empfundene Ähnlichkeit bei hochbegabten Menschen ein bedeutsamerer Prädiktor für gelingende Beziehungen war als bei Nichthochbegabten. Vor allem für hochbegabte Frauen kann die Partnersuche eine große Herausforderung sein, da Männer tendenziell weniger intelligente Partnerinnen bevorzugen, während Frauen eher einen Partner auf Augenhöhe oder mit höherem Intellekt suchen.
- **Kognitive Herausforderungen:** Für hochbegabte Menschen ist es essenziell, ihr Potenzial nutzen zu können. Gelingt dies nicht, steigt die Gefahr für Unzufriedenheit und Depression. Kognitive Herausforderungen können auf verschiedenen Wegen geschaffen werden: durch einen anspruchsvollen Beruf, Projekte und Aktivitäten in der Freizeit oder ehrenamtliche Tätigkeiten. Es sollte individuell das passende Maß an Herausforderung gefunden werden. Hinsichtlich des Berufes fühlen sich hochbegabte Menschen aufgrund ihrer zumeist sehr hoch ausgeprägten Gestaltungsmotivation oft mit Tätigkeiten am wohlsten, die ihnen neben der Herausforderung auch ein hohes Maß an Autonomie und Kreativität ermöglichen (*Rinn & Bishop, 2015*). Zahlreiche Hochbegabte entscheiden sich daher für den Weg in die Selbständigkeit. Wer vielfältige Interessen hat, kann mehrere Berufe parallel ausüben, sich von Zeit zu Zeit einen Jobwechsel zugestehen oder sich einen Beruf schaffen, der mehrere Interessen und Begabungen miteinander vereint (*Schwiebert, 2015*).
- **Effektive Arbeits- und Lernstrategien:** Hochbegabte Menschen bringen diese nicht automatisch mit. Häufig fällt ihnen der Schulstoff bis in die Mittelstufe so leicht, dass sie kaum auf Arbeits- und Lernstrategien angewiesen sind und daher mit dieser Notwendigkeit erst sehr spät konfrontiert werden. Dasselbe gilt oft auch für Anstrengungsbereitschaft und Frustrationstoleranz. Bei Hochbegabten, die deutlich niedrigere Leistungen erbringen als aufgrund ihrer Intelligenz zu erwarten ist, sogenannten Underachievern, können auch noch im Erwachsenenalter motivationale Probleme und unzureichende Arbeits- und Lernstrategien ein wesentliches Thema sein. Beispiele für erstrebenswerte Fertigkeiten sind Zeitmanagement, Arbeiten in Teilschritten, Hinarbeiten auf ein angestrebtes Endziel, Setzen von Prioritäten, Ausdauer, Umgang mit Misserfolgen, Selbstverstärkung und Auffinden geeigneter Lernformen.
- **Sinn im Leben:** *Webb et al. (2017)* betonen, dass es für Menschen mit einer existenziellen Depression sehr wichtig ist, mit ihren Gefühlen verstanden zu werden und andere Menschen zu finden, die ihre Ideale teilen. Es ist daher hilfreich, hochbegabte Menschen zur Kontaktaufnahme mit Gleichgesinnten zu ermutigen, beispielsweise in Hilfsorganisationen, in Vereinen oder in der Politik. Gemeinsam mit anderen können sie an der Verwirklichung ihrer Ideale arbeiten und einen Beitrag zur Verbesserung bestimmter Situationen leisten. Hochbegabten Menschen, die mehr Missstände erkennen, als sie persönlich beseitigen können, und mehr Begabungen haben, als sie im Lauf ihres Lebens umsetzen können, kann es helfen zu erkennen, dass sie als Mensch einen wertvollen Beitrag leisten können, aber sich nicht für alles verantwortlich fühlen sollten, da es noch genügend andere Menschen gibt, die ebenfalls aktiv werden können.
- **Kommunikation mit Nichthochbegabten:** Kein hochbegabter Mensch kann und sollte sich ausschließlich unter Hochbegabten aufhalten. Daher ist ein respektvoller und sozial kompetenter Umgang mit nicht hochbegabten Menschen sehr wichtig. Hochbegabte sollten sich beispielsweise darüber im Klaren sein, dass sich viele Nichthochbegabte stark an Autoritätspersonen und gesellschaftlichen Konventionen orientieren, sie häufig eine weniger intensive Auseinandersetzung mit einem Thema als ausreichend erleben, sie mehr Erklärungen benötigen und sehr viele Fragen und lange Diskussionen sie überfordern können. Hochbegabte Menschen sollten dies akzeptieren und in ihrem Verhalten sowohl die eigenen Bedürfnisse als auch die der anderen berücksichtigen, beispielsweise indem sie das, was sie sagen möchten, ausführlicher erklären und darauf achten, dass der Gesprächspartner folgen kann.
- **Gesunder Perfektionismus:** Viele hochbegabte Menschen haben sehr hohe Ansprüche an die eigene Leistung. Der gesunde Perfektionismus zeigt sich in hohem Ehrgeiz und begünstigt Erfolg. Die ungesunde Form hingegen führt dazu, dass die betroffenen Personen aus Angst vor Misserfolg eine Aufgabe erst gar nicht angehen oder für deren Fertigstellung so viel Zeit benötigen, dass es sich beeinträchtigend auf das Leistungsergebnis auswirkt. Das Ziel sollte sein, einen ungesunden Perfektionismus in die gesunde Form zu verwandeln. Zahlreiche Hochbegabte fühlen sich unter Druck, etwas Besonderes leisten zu müssen. Hier kann es helfen, das eigene Bild von Hochbegabung zu überdenken und die subjektiv damit verbundene Verpflichtung zu Höchstleistungen in Frage zu stellen. Es kann dann zunächst bei wenig bedeutsamen Aufgaben begonnen werden, deren Bearbeitung zeitlich zu begrenzen,

absichtlich Fehler zu machen und deren Konsequenzen zu beobachten. Im weiteren Verlauf kann zu bedeutsameren Aufgaben übergegangen werden. Wichtig ist, den Patienten seine Ziele selbst bestimmen zu lassen und ihm nicht einen Maßstab für angemessenes Verhalten aufzudrängen.

- **Umgang mit Routineaufgaben:** Da Routineaufgaben hochbegabten Menschen häufig schwer fallen, sollten sie so weit wie möglich im Alltag minimiert werden und es sollte die damit einhergehende Unlust akzeptiert werden. Jedoch sollten hochbegabte Menschen andererseits auch lernen, dass man langweilige Tätigkeiten nicht gänzlich vermeiden kann und sollten dafür Strategien entwickeln, beispielsweise mehrere Dinge gleichzeitig tun, nebenbei über ein anspruchsvolleres Thema nachdenken oder sich für die Erledigung von Routineaufgaben belohnen.
- **Umgang mit hoher Sensitivität:** Hochbegabte Menschen, die eine hohe Sensitivität aufweisen, können diese einerseits als Ressource begreifen, beispielsweise aufgrund ihrer feinen ästhetischen Wahrnehmung, ihrer Freu-

## — Hochbegabungsmerkmale sind als Teil der gesunden Persönlichkeit zu begreifen. —

de an Kunst, Musik oder der Natur oder ihres intensiven Erlebens von Beziehungen. Um Überforderungssituationen möglichst selten auftreten zu lassen, sollte der Alltag an die hohe Sensitivität angepasst werden, beispielsweise durch die Schaffung eines ruhigen Arbeitsplatzes, eine ruhige Wohngegend, eine gezielte Auswahl von Kleidung oder Körperpflegeprodukten oder ausreichende Phasen des Alleinseins.

- **Entspannung im Alltag:** Auch hochbegabte Menschen brauchen Phasen, in denen sie zur Ruhe kommen und den Kopf frei bekommen können. Worin diese bestehen, sollte individuell exploriert werden, beispielsweise Sport, Musik oder Entspannungsübungen. Bei Menschen, denen es schwer fällt abzuschalten oder die ihr Denken als sehr anstrengend erleben, können Achtsamkeitsübungen hilfreich sein.

## Fazit

Psychotherapeuten sollten eigene Gefühle und Einstellungen bezüglich der Hochbegabung reflektieren und hochbegabten Menschen aufgeschlossen und wertschätzend begegnen. Kenntnisse über Hochbegabungsmerkmale sind für die Diagnostik und für den Therapieprozess äußerst bedeutsam, um Fehldiagnosen zu vermeiden und angemessen auf den

Patienten einzugehen. Hochbegabungsmerkmale sind als Teil der gesunden Persönlichkeit zu begreifen. Psychotherapeuten sollten diese Menschen darin unterstützen, in ihrer Individualität ein glückliches Leben zu führen. Die Arbeit mit hochbegabten Menschen kann für Psychotherapeuten sehr bereichernd sein, da sie dazu anregt, die eigenen Strategien zu überdenken und sich flexibel auf die Bedürfnisse verschiedener Patienten einzustellen.

## 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Brackmann, A. (2017). Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? Die seelischen und sozialen Aspekte der Hochbegabung bei Kindern und Erwachsenen (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Cross, J. R. & Cross, T. L. (2015). Clinical and mental health issues in counseling the gifted individual. *Journal of Counseling and Development*, 93 (2), 163-172.

Fietze, K. (2013). Kluge Mädchen: Frauen entdecken ihre Hochbegabung. Berlin: Orlanda.

García, M. (2012). Hochbegabung bei Erwachsenen: erkennen – akzeptieren – ausleben (5. Aufl.). Norderstedt: Books on Demand GmbH.

Hossiep, R., Frieg, P. & Frank, R. (2013). Zusammenhänge zwischen Hochbegabung und berufsbezogenen Persönlichkeitseigenschaften. Verfügbar unter: [http://www.testentwicklung.de/mam/forschungsbericht\\_bip\\_hb.pdf](http://www.testentwicklung.de/mam/forschungsbericht_bip_hb.pdf) [06.04.2018].

Niklas, A. & Niklas, C. (2017). Die Rätselhaften: Wie Hochbegabte besser mit sich und anderen leben. München: Kösel.

Rinn, A. M. & Bishop, J. (2015). Gifted Adults: A Systematic Review and Analysis of the Literature. *Gifted Child Quarterly*, 59 (4), 213-235.

Schwiebert, A. (2015). Kluge Köpfe, krumme Wege? Wie Hochbegabte den passenden Berufsweg finden. Paderborn: Junfermann.

Webb, J. T., Amend, E. R., Webb, N. E., Goerss, J. & Hornung, C. (2015). Doppeldiagnosen und Fehldiagnosen bei Hochbegabung: Ein Ratgeber für Fachpersonen und Betroffene. Göttingen: Hogrefe.

Webb, J. T., Gore, J. L., Amend, E. R. & DeVries, A. R. (2017). Hochbegabte Kinder: Das große Handbuch für Eltern (2. unveränderte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Winkler, D. & Voight, A. (2016). Giftedness and overexcitability: Investigating the relationship using meta-analysis. *Gifted Child Quarterly*, 60 (4), 243-257.



**Dipl.-Psych. Christina Heil**

Kandelstraße 13  
75179 Pforzheim  
[psychotherapie-heil@gmx.de](mailto:psychotherapie-heil@gmx.de)

Dipl.-Psych. Christina Heil ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und in eigener Privatpraxis tätig. Ihre Schwerpunkte sind Hochbegabung sowie Körper- und Sinnesbehinderungen.

# Psychodynamische Konflikt Diagnostik – Ein komplementäres Modell (KMK)

Plädoyer für ein komplementäres Verständnis von Beobachtungsnähe und psychogenetischer Rekonstruktion in der Konflikt Diagnostik

Ingo Jungclaussen & Lars Hauten

**Zusammenfassung:** Psychodynamisches Denken und Handeln ist mit dem Denken in Konflikten verbunden. In der gegenwärtigen psychodynamischen (Konflikt-)Diagnostik kommt der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) eine besondere Rolle zu. Dabei ist die OPD seit ihrem Erscheinen der Kritik ausgesetzt, psychoanalytische Grundpositionen aufzugeben. Im Bereich der Konflikte bezieht sich die Kritik vor allem darauf, dass das psychogenetisch erworbene unbewusste Konfliktmaterial eben nicht beobachtungsnah operationalisierbar sei, sondern sich erst in der theoriegeleiteten psychogenetischen (Re-)Konstruktion ganz erfassen und verstehen lasse. Im vorliegenden Beitrag sollen die zugrunde liegenden wissenschaftstheoretischen Positionen anhand des Begriffspaares induktiv/empiriegeleitet versus deduktiv/theoriegeleitet dargestellt werden. Als Lösungsbeitrag wird vorgeschlagen, beide Perspektiven in einem Ergänzungsverhältnis zusammenzubringen. Angestrebt wird demnach eine Synthese der nur vermeintlich unvereinbaren Perspektiven zu einem „Komplementären Modell psychodynamischer Konflikt Diagnostik“ (KMK).

## Einleitung

### Ausgangssituation und Ziel des Beitrags

Im vorliegenden Beitrag werden vermeintlich unvereinbare Positionen zur psychodynamischen Konflikt Diagnostik anhand des Begriffspaares induktiv/empiriegeleitet versus deduktiv/theoriegeleitet dargestellt. Als Lösung wird vorgeschlagen, beide Perspektiven zu einem komplementären Konfliktverständnis in einem Ergänzungsverhältnis zusammenzubringen. Plädiert wird für eine Synthese im Sinne eines „Komplementären Modells psychodynamischer Konflikt Diagnostik“ (KMK).

Psychodynamisches Denken und Handeln war von Beginn an mit dem Denken in Konflikten verbunden, wobei hierunter in erster Linie intrapsychische unbewusste Konflikte zu verstehen sind. Freud formulierte einen aus der Kindheit stammenden, ungelösten und verdrängten psychosexuellen Konflikt, der für die Entstehung der Hysterie verantwortlich ist (Freud, 1895).<sup>1</sup> Indem Freud diese konfliktbezogene Sichtweise auf andere Störungen verallgemeinerte, begründete er seine Psychoanalyse als eine Konfliktpsychologie (Ermann, 2016). Auch wenn das Konfliktdenken im freudschen Sinne zunächst triebdynamisch zu verstehen war, folgte die Psychoanalyse auch in ihren theoretischen Weiterentwicklungen diesem Konfliktdenken. Eine Übersicht des Konfliktverständnisses entlang der verschiedenen

psychoanalytischen Theorien findet sich bei Boll-Klatt und Kohrs (2018) sowie Jungclaussen (2013, 2018). Nachdem strukturbezogenes Denken in den letzten Jahren zu einer wichtigen Modifikation in der psychodynamischen Behandlungstechnik führte (Rudolf, 2004, 2010; DGPT, 2011), fand konfliktbezogenes Denken in der Fachwelt jüngst wieder mehr Beachtung (Ermann, 2016).

In der über hundertjährigen Theoriegeschichte der Psychoanalyse hat insbesondere der Blick auf das Konfliktkonzept einen hohen Grad an Diversifizierung erreicht, was entweder als Bereicherung und Perspektivenvielfalt, oder aber als problematische undurchdringbare Begriffsverwirrung und

— In der über hundertjährigen Theoriegeschichte der Psychoanalyse hat insbesondere der Blick auf das Konfliktkonzept einen hohen Grad an Diversifizierung erreicht. —

Widersprüchlichkeit erlebt werden kann (Rudolf, 2010). Vor diesem Hintergrund ist das Erscheinen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) 1996 als positive Zäsur zu werten insofern, als dass der Arbeitskreis OPD sich vor allem um eine breit konsensfähige und operationalisierbare analytische Begrifflichkeit bemühte. Seit 2006 liegt die weitgehend neu überarbeitete und ergänzte zweite

<sup>1</sup> Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

Fassung OPD-2 vor (3. überarbeitete Auflage von 2014). Die beobachtungsnahe Definition und Operationalisierung von sieben Konflikten in der Achse III der OPD ist dabei ein zentraler Bestandteil. Trotz des zweifelsfrei hohen Werts der OPD für Diagnostik, Praxis und Forschung in den psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren entfachte sich seit der OPD-Gründung eine Diskussion darüber, wie psychoanalytisch die OPD und vor allem ihre Konflikt Diagnostik sei. Insbesondere in der OPD-Konfliktdefinition erweist sich die Gratwanderung zwischen Beobachtungsnahe und psychodynamischer Theorie des Unbewussten als besonders kontrovers.<sup>2</sup>

Zusammengenommen hat der heterogene und nicht immer sachgerechte Gebrauch des OPD-Konfliktbegriffs sowohl in der psychotherapeutischen Praxis als auch in der Ausbildung zu einer Veränderung im Verständnis des Zusammenspiels von Grundkonflikt und gegenwärtigem Konfliktgeschehen geführt, was eine neue einordnende Klärung erfordert. Vor diesem widerspruchsvollen Hintergrund wird ein „Komplementäres Modell der Konflikt Diagnostik“ (KMK) als Synthese vorgeschlagen.

## Unterscheidung zweier diagnostischer Schwerpunkte: Beobachtungsnahe versus theoriegeleitete Diagnostik

Psychologische Diagnostik benötigt sowohl ein induktives, also von den beobachteten Phänomenen ausgehendes, als auch ein deduktives Vorgehen, bei dem zur Einordnung der Phänomene auf theoretisch erarbeitetes Wissen zurückgegriffen wird (Schüßler, 2012, S. 289). Aus Gründen der Anschaulichkeit werden im Folgenden die theoriegeleitete (deduktiv-rekonstruktive) und die empiriegeleitete (induktiv-deskriptive) Diagnostik als Gegensatzpaar dargestellt.

Die Abbildung zeigt das komplementäre Verhältnis der zwei konflikt Diagnostischen Perspektiven im Wechselbezug von Theorie und Empirie, welches im Text im Folgenden ausführlich dargestellt wird.

## Der theoriegeleitete Ansatz in der psychodynamischen Konflikt Diagnostik und die Bedeutung der psychogenetischen Rekonstruktion

Eine theoriegeleitete psychodynamische (Konflikt-)Diagnostik bedeutet, theoriebasierte psychoanalytische Konzepte und Modellvorstellungen darüber zu haben, wie intrapsychisch unbewusst wirksame Konflikte lebensgeschichtlich entstanden sind. Diese Überlegungen verbindet man in der Psychoanalyse traditionell mit dem Begriff der „psychogenetischen Rekonstruktion“ (Freud, 1937; Mertens, 2004a; Ermann, 1993).

## Die Bedeutung der psychogenetischen Rekonstruktion für das psychodynamische Verstehen

Mit dem psychogenetischen Gesichtspunkt ist zunächst eine metatheoretische Grundannahme von Freud (Mertens, 2004a) gemeint, dass die gegenwärtige Persönlichkeit und ihr Erleben und Verhalten durch den Einfluss früher Lebenserfahrungen determiniert ist. Hiermit kommt bereits eine entwicklungspsychologische Perspektive als zentrale psychoanalytische Vorannahme zum Ausdruck. Mit psychogenetischer Rekonstruktion ist demzufolge gemeint, dass in der psychotherapeutischen Diagnostik aus den Erinnerungen und Erzählungen des Patienten<sup>3</sup> und den begleitenden Beobachtungen die frühe Lebensgeschichte des Patienten gewissermaßen „ausgegraben“ (besser: „erklärend nachgebildet“) wird (Rekonstruktion). Der Psychotherapeut wird so zum „Archäologen“. In der Rückschau wird so hypothetisch das „Verborgene vollständig zum Vorschein“ gebracht (Freud, 1937). Es werden Hypothesen und Erklärungen formuliert, wie und wann sich innere Konflikte in welchen Entwicklungsphasen des Patienten ursächlich ausbildeten, welche Inhalte diese hatten, welche Abwehr- und Bewältigungsmodi mit welchem Sinn eingesetzt wurden, wie sie sich möglicherweise über die Zeit verschachtelt weiterentwickelt haben und auf welche Weise sie die Gegenwart des Patienten unbewusst beeinflussen. Diese psychogenetischen Hypothesen gilt es dabei stets mit der Resonanz des Patienten abzugleichen.

Das psychodynamisch verdrängte Unbewusste mitsamt seiner Tiefe und den wichtigen individuellen biografischen unbewussten Sinnzusammenhängen lässt sich nach dieser Perspektive erst in der theoriegeleiteten psychogenetischen (Re-)Konstruktion ganz erfassen und verstehen (Mertens, 2004b). Erst aus diesen Hypothesen und Interpretationen lassen sich dann sinnvolle Therapieplanungen, Deutungen usw. ableiten, sodass die psychogenetische Rekonstruktion von jeher einen sehr hohen Stellenwert in der psychoanalytischen Behandlungstechnik besitzt (Ermann, 1993, S. 25). Eine Übersicht zur Diskussion der Vor- und Nachteile psychogenetischer Rekonstruktion findet sich bei Jungclaussen (2013, 2018).

## Beispiel theoriegeleiteter Diagnostik psychodynamischer Konflikte

Ein jüngeres Beispiel für eine theoriegeleitete psychodynamische Konflikt Diagnostik ist die Psychogenetische Konflikt-tabelle (PGK) (Jungclaussen, 2013, 2018). In erweiternder<sup>4</sup> Anlehnung an die von Rudolf (2008, 2010) formulierten

2 In den letzten Jahren wird diese Frage wieder häufiger diskutiert (Boll-Klatt & Kohrs, 2018; Jungclaussen, 2013, 2018; Küchenhoff, 2010).

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

4 Gegenüber Rudolf (2008, 2010) wurde der Grundkonflikt „Selbstwert“ auf phallisch-genitalem Niveau (Anerkennung des Geschlechts) hinzugefügt; ausführlich siehe Jungclaussen, 2013, 2018.

Grundkonflikte (Nähe, Bindung, Autonomie, Selbstwert, Identität) werden hier insgesamt 15 Konfliktvarianten formuliert. In der psychogenetischen Konfliktdarstellung werden das phasenspezifische Fixierungsmodell mit einem bindungstheoretischen Verständnis von ungelösten Entwicklungskonflikten sowie selbstpsychologische und objektbeziehungstheoretische Konfliktelemente miteinander verbunden. Aus einer genetischen Betrachtung beeinflusst die Bewältigung einer frühen Konfliktphase auch die Bewältigung aller nachfolgenden Phasen. Diese und weitere Prinzipien der „mehrfachen Determination“ psychischer Symptome<sup>5</sup> (Freud, zitiert nach Loch, 1999, S. 95) sowie sich

überlagernde Abwehrprozesse und Konfliktmaskierungen (Fenichel, 1945) bzw. das Hin- und Herpendeln miteinander verwobener präöidipaler und ödipaler Strukturen wurden in der PGK explizit berücksichtigt. Die Konflikte sind dabei maßgeblich über (unbewusste) Beziehungsrepräsentanzen beschrieben. Ferner ist es möglich, die verschiedenen psychoanalytischen Theorieperspektiven auf dasselbe intrapsychische Geschehen miteinander zu vergleichen sowie (im Sinne des unten genannten komplementären Lösungsvorschlages) das Verhältnis zu den OPD-Konflikten darzustellen. Die psychogenetische Konflikttabelle (PGK) ist als psychogenetisch orientierte Ergänzung zur oberflächenorientierten OPD-Konfliktdiagnostik anwendbar. Eine ausführliche Beschreibung findet sich bei Jungclaussen (2013, 2018).

## Die OPD-Konflikt-Achse als Beispiel beobachtungsgelenkter psychodynamischer Konfliktdiagnostik

### Die OPD-Kritik an der klassischen psychoanalytischen Diagnostik

Die OPD kritisiert die klassische psychoanalytische (Konflikt-)Diagnostik. Hauptansatzpunkt der OPD-Kritik ist, dass die postulierte kausale und spezifische Determinierung von Symptomen durch bestimmte Grundkonflikte nicht haltbar sei: Die Zusammenhänge zwischen Entwicklungsphase, Wunsch, Konflikt, Abwehr, Struktur und Symptom seien viel unspezifischer als gedacht (*Arbeitskreis OPD, 2014, S. 98,*

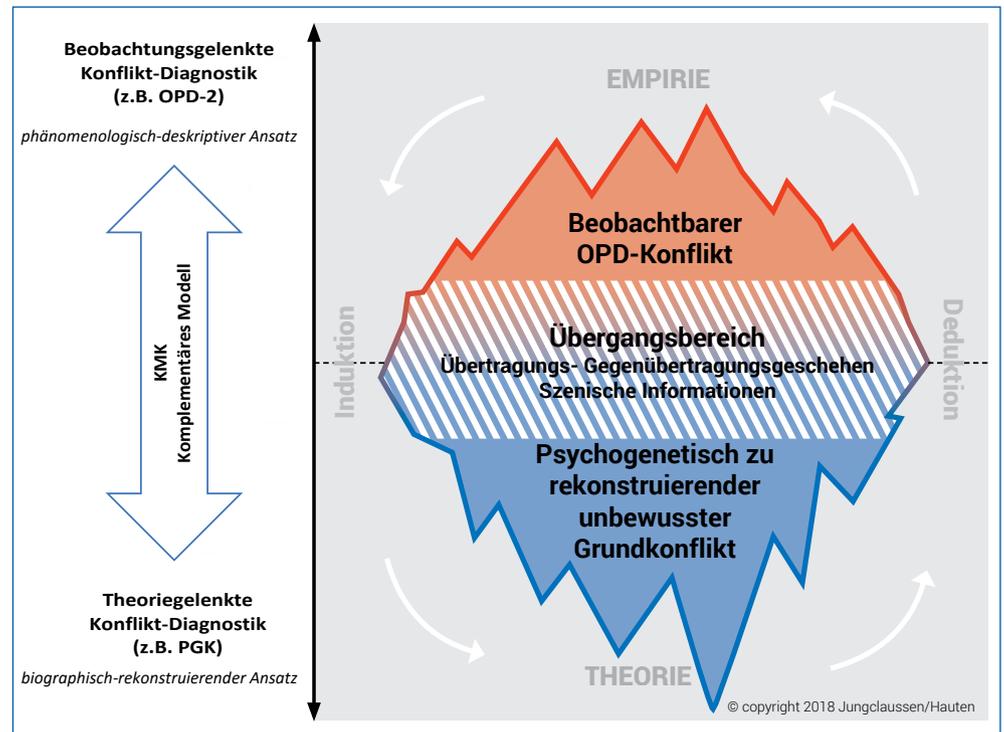


Abbildung: Komplementäres Modell psychodynamischer Konfliktdiagnostik (KMK)

112; zur „Unspezifitätshypothese“ siehe auch Rad, 1980; Thomä, 1980). Eine weitere Kritik der OPD ist, dass die psychogenetische Rekonstruktion aufgrund ihres Hypothesencharakters zu spekulativ sei und somit die Gefahr des Irrtums berge („psychogenetischer Fehlschluss“).

### Konfliktdiagnostik nach OPD

Die Konfliktdiagnostik in der OPD erfolgt mit der Konfliktachse (Achse III).<sup>6</sup> Es werden sieben Konflikte operationalisiert, deren Beurteilung manualisiert vorliegt. Für die Beurteilung müssen konkrete Beobachtungsergebnisse aus dem OPD-Interview angegeben werden können (berichtete Inhalte oder szenische Informationen). Die Konflikte sind dabei als zeitlich überdauernde und repetitive dysfunktionale Konfliktmuster gedacht. Damit ein Konflikt diagnostiziert werden kann, müssen seine definierten spezifischen Konfliktmuster auffindbar sein. Dieses diagnostische Fenster umfasst die „in den letzten Monaten hervorstehenden Konflikte“ (*Arbeitskreis OPD, 2014, S. 208f.*). Jedoch wird die lebensgeschichtliche Entwicklung dieser Konflikte nicht bestimmten psychosexuellen Entwicklungsstufen zugeordnet, wie dies

<sup>5</sup> Gemeint sind die unterschiedlich mitbeteiligten komplexen Motiv-„Bündel“ bzw. „strahlenförmig“ sich ausbreitenden Grundkonflikte, die „wie auf konzentrischen Kreisen von verschiedenem Niveau Querverbindungen [eingehen können] – vergleichbar etwa den Knotenpunkten in einem Spinnennetz“ (Freud, 1909, S. 293, zitiert nach Loch, 1999, S. 95). Ebenso gemeint sind die grundsätzlich wechselseitigen phasenbezogenen Rückkoppelungsprozesse (Mertens, 2004b, S. 168).

<sup>6</sup> Eine vollständige Diagnostik nach OPD hat immer alle fünf Achsen zu berücksichtigen. Es geht uns hier also um einen diagnostischen Teilaspekt. Die sieben OPD-Konflikte lauten: Individuation vs. Abhängigkeit, Unterwerfung vs. Kontrolle, Versorgung vs. Autarkie, Selbstwertkonflikt, Schuldkonflikt, Ödipaler Konflikt, Identitätskonflikt.

in der klassischen psychoanalytischen Sichtweise erfolgt (*ebd.*, S. 98, 112).

Die OPD möchte die Konflikte also in erster Linie „in der diagnostischen Szene“ (*ebd.*, S. 208) „oberflächennah“ erschließen (Schneider, Mendler, Heuft & Burgmer, 2008), d. h. sie erschließt die Konflikte aus dem, was der Patient aus seinem Leben erzählt sowie daraus, wie er sich in der Interviewsituation verhält unter Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung (*Arbeitskreis OPD*, 2014, S. 208). Die erfassten lebensbestimmenden „dysfunktionalen repetitiven Konfliktmuster“ (*ebd.*, S. 208) sind also eher beschreibend (deskriptiv) und zunächst ohne biografisch rekonstruierenden Rückgriff auf die frühe Lebensgeschichte des Patienten erfasst. Dies ist ein phänomenologisch-deskriptiver Ansatz, der stark von der Beobachtung geleitet ist. Im OPD-Manual ist exakt beschrieben, welche Merkmale vorliegen müssen, damit ein bestimmter OPD-Konflikt diagnostisch benannt werden kann/darf.

Das Vorliegen der Konflikte wird in verschiedenen Lebensbereichen diagnostiziert: Herkunftsfamilie, Partnerschaft/Familie, Beruf und Arbeitswelt, Besitz und Geld, soziales Umfeld, Körper/Sexualität, Erkrankungen. In der Konflikt Diagnostik unterscheidet die OPD für jeden Konflikt jeweils einen aktiven und einen passiven Modus der Konfliktverarbeitung, in Abhängigkeit davon, auf welche Seite der konflikthaften „Pole“ sich ein Mensch zur Konfliktbewältigung „schlägt“. Pathogen wirken können beide Bewältigungsformen.

### Man kann vom beobachtbaren OPD-Konflikt keinen zwangsläufigen Rückschluss auf einen thematisch gleichen psychogenetisch zu rekonstruierenden unbewussten Grundkonflikt ziehen.

Ein wichtiges Detail der OPD-Erhebungslogik wird in der Praxis leider häufig übersehen. Im OPD-Erhebungsbogen (*Arbeitskreis OPD*, 2014, S. 471f.) wird explizit nach dem Hauptkonflikt und dem zweitwichtigsten Konflikt gefragt. Dieses Vorgehen dient vor allem der Fokushierarchisierung in der Behandlungsplanung, es kann aber auch für den weiter unten ausgeführten Lösungsvorschlag verwendet werden.

Bei der Frage, ob die OPD ihre Konflikte als unbewusste Konflikte konzeptualisiert, ist aus klassisch psychoanalytischer Sicht eine gewisse Widersprüchlichkeit zu verzeichnen. Auf der einen Seite definiert sie die Konflikte als „unbewusst“ (*Arbeitskreis OPD*, 2014, S. 54), auf der anderen Seite sollen die Konflikte oberflächennah beobachtbar sein.

Das Konfliktverständnis nach OPD folgt definitionsgemäß keiner expliziten Phasenchronologie oder einem zeitlichen Stufenmodell im Sinne der psychosexuellen Entwicklung mit entsprechenden Fixierungsstellen (z. B. anale Fixierung = Zwang). Die OPD distanziert sich von einer psychoanaly-

tischen Entwicklungstheorie, die bestimmte Grundkonflikte (z. B. Aggressionskonflikt) bzw. bestimmte Symptombilder (z. B. Zwänge) eindeutig und kausal den psychosexuellen Entwicklungsphasen zuordnet und Symptome so deterministisch erklärt (*Arbeitskreis OPD* 2014, S. 98, 112).

## Kritik an der OPD

Es gibt seit der Veröffentlichung der OPD eine Kontroverse um die Frage, wie psychoanalytisch die OPD sei. Die wichtigsten Kritikpunkte umfassen folgende Aspekte: Die OPD-Konflikte erfassten keine echten tiefen unbewussten Grundkonflikte (Brainin, 2005). Die gesamte Konfliktachse erfasse wegen ihres Modus der Verarbeitung statt echter Grundkonflikte vielmehr versuchte Konfliktlösungswege (Deneke, 2013) und somit eigentlich eher kategoriale Strukturaspekte; also Struktur hier verstanden im Sinne von Persönlichkeitsdiagnostik bzw. dem, was man früher Neurosenstruktur nannte (Benecke, 2016, S. 33; *Arbeitskreis OPD*, 2014, S. 206f.). Da die OPD-Konfliktachse keine eigentlichen Konfliktspannungen beschreibe, sondern eher Muster individueller Konfliktlösungen, könne die OPD-Achse wenig zur Benennung des aktuell wirksamen unbewussten Konflikts in der Psychodynamik beitragen (Hohage, 2011, S. 75, 115). Kritiker der OPD gehen zudem davon aus, dass das Unbewusste nicht etwas Deklaratives sei, also kein versprochenes Faktenwissen, das der Patient im OPD-Interview von sich einfach preisgeben und der Psychotherapeut auf direktem Wege oder per Mustererkennung von äußeren Konflikten erschließen könne. Es bedürfe immer der theoriegeleiteten psychogenetischen (Re-)Konstruktion, um die individuell gewachsenen Konfliktlösungen und Sinnzusammenhänge auf indirekte Weise zu erschließen (*Mertens*, 2004b). Egloff (2012) mahnt darüber hinaus, dass man bei einem operationalisierten Verstehensprozess aufpassen müsse, dass man diesen nicht allzu schnell zugunsten von Effizienzkriterien opfere.

Eine Übersicht dieser Diskussion findet sich bei *Jungclausen* (2013, 2018) sowie *Boll-Klatt und Kohrs* (2018). Eine weitere Einsicht in die gegensätzlichen Standpunkte bietet die „Mertens-Rudolf-Debatte“ (*Mertens*, 2012a, 2012b; *Rudolf*, 2012). Die Autoren diskutieren kontrovers die wissenschaftstheoretischen Grundlagen sowie gesellschafts- und berufspolitische Rahmenbedingungen der OPD.

Die dargestellte Kontroverse bildet sich auch in den verschiedenen Ansätzen psychodynamischer Konflikt Diagnostik ab, die in den Tabellen 1 bis 3 systematisiert dargestellt sind.

## Lösungsvorschlag

Die Vertreter der OPD sind sich gerade in Bezug auf die Konflikt Diagnostik ihres Dilemmas bewusst, dass sie auf der einen

Seite den Anspruch haben, mit der Konfliktachse unbewusste neurotische Konflikte zu diagnostizieren, aber diagnostisch hierzu nur auf eine „oberflächennähere, potenziell bewusstseinsfähige Schicht“ (Schneider et al., 2008, S. 57) des Konflikts im OPD-Interview zurückgreifen können. Die OPD-Vertreter sind in ihren Konzepten dabei bemüht, einen kompromisshaften „Mittelweg“ zu finden (Boll-Klatt & Kohrs, 2018, S. 296).

Auch wenn die OPD wie o. g. die klassische psychoanalytische *spezifische* Zuordnung von Entwicklungsphasen, Konflikten und Symptomen kritisiert, wird auch in der OPD angenommen, dass sich die lebenslang wirksamen Motivationsysteme in Abhängigkeit von Reifungsschritten entfalten und jeweils in spezifischen Entwicklungsphasen bedeutsamer sind als andere (Arbeitskreis OPD, 2014, S. 98-107). Das bedeutet, dass eine biografische Perspektive sowohl durch die Repetitivität der Konfliktmuster als auch durch eine Annahme von Reifungsschritten implizit in die Konzeption der

OPD-Konflikte eingeflossen ist, ohne dass dies jedoch in der konkreten Manualisierung des Konfliktratings in der OPD abgebildet wird. Diesen Schritt, die biografische Perspektive in die Erstellung der Psychodynamik einzubringen, ist mit der OPD-Diagnostik möglich, es bedarf dazu aber einer weitergehenden Interpretation der reinen Rating-Ergebnisse (siehe hierzu auch das „Antragsbuch“ zur OPD-2: Stasch, Grande, Janssen, Oberbracht & Rudolf, 2015). Insbesondere der Vorgang der psychogenetischen Rekonstruktion kann dabei als ein eigenständiger Vorgang betrachtet werden.

Das führt uns zum eingangs angesprochenen Verhältnis von gegenwärtig beobachtbarem Konfliktgeschehen und Grundkonflikt zurück: Es kann sein, dass der psychogenetisch relevante Grundkonflikt im Dort und Damals sich im aktuell beobachtbaren Konfliktgeschehen im Hier und Jetzt nach OPD zeigt, sich die Konfliktthematik von Damals und Heute also äquivalent entsprechen. Es kann aber genauso gut sein, dass

Beispiele theoriegeleitet (psychogenetisch-rekonstruierender) psychodynamischer Konfliktdiagnostik		
Richtung/Vertreter	Konfliktthemen	Kurzbeschreibung
Klassische psychoanalytische Konflikttheorie nach Sigmund Freud (1905, 1914, 1923)	Konflikt zwischen Sexualtrieb vs. Ich/Selbsterhaltungstrieb; Konflikt zwischen Ich-Libido vs. Objekt-Libido; Konflikt zwischen Todestrieb und Lebenstrieb; Konflikt zwischen Ich, Es, Über-Ich; Zentral: Ödipaler Konflikt.	Ausdifferenzierte Konstruktbildung, wenig bis nicht beobachtbar; nur über Konflikt- bzw. Triebabkömmlinge diagnostizierbar; hohe Relevanz für psychogenetische Rekonstruktion und klassisches analytisches Verständnis.
„Diagnostic Profile“ und psychodynamisches Entwicklungsbild nach Anna Freud (1968)	Unterscheidung zwischen äußeren, verinnerlichten und tiefen inneren Konflikten; Einordnung der Konflikte in die Libido-/Aggressionsentwicklung.	Es werden Konflikte im Kontext der Triebwünsche, des Ichs, des Über-Ichs mit den dazugehörigen Fixierungs- und Regressionsstellen im Rahmen eines übergeordneten psychodynamischen Entwicklungsbildes (Familienhintergrund u. v. m.) beschrieben.
Objektbeziehungstheoretische Konflikttheorie (Klein); Bsp.: KPDS: Kleinian Psychoanalytic Diagnostic Scale (Aguilar et al., 1996)	Konfliktthemen um Aggression und Neid.	Ebenfalls hohe Ausformulierung des Konstrukts; nicht beobachtbar; nur über psychogenetische Rekonstruktion diagnostizierbar.
Mentzos (1984, 2009)	Es werden sieben Konfliktthemen vom Lebensbeginn bis zur ödipalen Phase beschrieben. Diese werden als Variante eines Grunddilemmas des Menschen zwischen selbst- und objektbezogenen Tendenzen (Bipolarität) mit entsprechender Angst verstanden.	Modell verbindet das Verständnis von Motivationssystemen mit objekt- und selbstpsychologischem Denken sowie der besonderen Berücksichtigung von Affekten; eingebettet in ein dreidimensionales Modell, in dem neben Konflikt und Struktur vor allem der Modus der Konfliktverarbeitung im Fokus der Betrachtung steht.
PGK: Psychogenetische Konflikttabelle (Jungclaussen, 2013, 2018)	In erweiternder Anlehnung an die von Rudolf formulierten Grundkonflikte (Nähe, Bindung, Autonomie, Selbstwert, Identität) werden insgesamt 15 Unterkonfliktvarianten formuliert.	Als Arbeitshuristik entwickelt. In der Konfliktdarstellung werden das phasenspezifische Fixierungsmodell mit einem bindungstheoretischen Verständnis von ungelösten Entwicklungskonflikten sowie selbstpsychologische und objektbeziehungstheoretische Konfliktelemente miteinander verbunden. Die Konflikte sind dabei maßgeblich über (unbewusste) Beziehungsrepräsentanzen definiert. Explizit verwendbar als psychogenetisch orientierte Ergänzung zur oberflächenorientierten OPD-Konfliktdiagnostik im Rahmen des vorgestellten komplementären Modells psychodynamischer Konfliktdiagnostik.

Tabelle 1: Beispiele theoriegeleitet (psychogenetisch-rekonstruierender) psychodynamischer Konfliktdiagnostik

Beispiele beobachtungsgelenkter, oberflächennaher psychodynamischer Konflikt Diagnostik		
Richtung/Vertreter	Konfliktthemen	Kurzbeschreibung
OPD-2: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik ( <i>Arbeitskreis OPD</i> , 2006, 2014)	Sieben Konflikte (je mit einem aktiven/passiven Modus der Konfliktverarbeitung) werden operationalisiert.	Sind als beobachtbare, oberflächennahe überdauernde dysfunktionale Konfliktmuster konzipiert. Konfliktmuster müssen in mehreren Lebensbereichen für mindestens sechs Monate beobachtbar sein. Hoher Grad an Beobachtungsnähe; manualisierte Diagnostik, dadurch hohe Inter-Rater-Reliabilität. Erfassen vor allem gegenwärtige Bewältigungs- und Lösungsstile von Konflikten. Hohe empirische Absicherung, dafür weniger geeignet für psychogenetisch-rekonstruktive Hypothesenbildung.
ZBKT: Zentrales Beziehungskonfliktthema (Luborsky, 1988)	Es wird unterschieden: 1) Der Wunsch/Die Absichten des Patienten; 2) Die Reaktionen der Anderen; 3) Die Reaktion des Patienten hierauf.	Zur Auswertung liegen für die drei Ebenen bis zu 30 Standardkategorien vor. Da das Finden des zentralen Beziehungskonfliktthemas methodisch primär auf den konkreten sprachlichen Erzählungen basiert, wird eine oberflächennahe Diagnostik deutlich. Die theoriegeleitete Psychogenese des dahinterliegenden Kernkonflikts bleibt weitestgehend offen.
KAPP: Karolinska Psychodynamic Profile (Weinryb & Rössel, 1991; Weinryb, Rössel & Schauenburg, 1999)	Das schwedische Instrument baut auf dem STIPO (Kernberg, 1984) auf. In 18 Skalen werden überdauernde Umgangsweisen mit konflikthafter Lebenssituationen erfasst.	Hoher Grad an Operationalisierung und Beobachtungsnähe. Gemessen werden weniger unbewusste Konflikte, sondern persönlichkeitsrelevante Umgangs- und Lösungsstile (vgl. kategoriale Strukturdiagnostik) von Konflikten. Das Instrument ist auch ins Deutsche übersetzt (Weinryb et al., 1999). Wird im deutschen Sprachraum eher wenig rezipiert.
PCRS: Psychodynamic Conflict Rating Scale (Perry, 1990)	Das in Kanada entwickelte Instrument PCRS operationalisiert 14 verschiedene Konfliktthemen mithilfe von Skalen, die eine gesunde oder pathogene Konflikthanpassung beschreiben. Diese bestehen aus Aussagen des Patienten, Überzeugungen und charakterlichen Einstellungen, die jeweils einen Aspekt des Konflikts zwischen Wunsch, Angst und Abwehr sowie interpersonale Interaktionen darstellen. Die jeweilige Konfliktlösung kann entweder zur Bildung von Symptomen oder Kompromissen führen. Zusätzliche Skalen erfassen affektive, verhaltensbezogene und kognitive Aspekte eines jeden Konflikts.	Hoher Grad an Beobachtungsnähe (Video-Rating); Konzepte deduktiv gewonnen und nachträglich in „frühe“ und „späte“ Konfliktkategorien sortiert. Es werden neben Konflikten vor allem Ich-strukturelle Merkmale und Abwehrformationen erfasst. Die gesundheitsbezogene Anpassung an Konflikte steht mehr im Vordergrund. Studien weisen u. a. eine hohe Interrater-Reliabilität und hohe innere Konsistenz des Instruments auf (Übersicht siehe Lingardi & McWilliams, 2017, S. 906). Das von 1990 bis heute weiter erforschte Instrument wird im deutschen Sprachraum eher wenig rezipiert.

Tabelle 2: Beispiele beobachtungsgelenkter, oberflächennaher psychodynamischer Konflikt Diagnostik

sich hinter einem (jetzt) beobachtbaren OPD-Konflikt ein (damals) ganz anderer unbewusster und ungelöster Grundkonflikt verbirgt, der sich weder beobachten noch oberflächennah erkennen, sondern sich nur indirekt theoriegeleitet rekonstruieren und so verstehen lässt. So kann z. B. als unbewusster Grundkonflikt ein ödipaler Grundkonflikt zwischen „Identifikation und Gegen-Identifikation“ vorliegen, der aktuell aber im Hier und Jetzt auf dem beobachtbaren Feld konflikthafter Versorgungs- oder auch Kontrollthemen ausgetragen wird, was dann mithilfe der OPD zu ganz anderen Konfliktbezeichnungen (z. B. Versorgung/Autarkie oder Unterwerfung/Kontrolle) führen kann. Man kann vom beobachtbaren OPD-Konflikt demnach keinen zwangsläufigen Rückschluss auf einen thematisch gleichen psychogenetisch zu rekonstruierenden unbewussten Grundkonflikt ziehen. Dafür braucht es neben der Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse (welche die OPD zweifelsfrei mit einbezieht) ferner eine psy-

choanalytische Theorie, mit deren Hilfe die anamnestischen Daten interpretiert werden.

Mit anderen Worten: Der (induktiv) diagnostizierte beobachtbare OPD-Konflikt *kann* thematisch gleichzeitig auch der (deduktiv) psychogenetisch zu rekonstruierende Grundkonflikt sein, er *muss* es aber nicht zwingend. Beide können sich im selben Gewand zeigen, müssen es aber nicht. Es kann sein, dass der sichtbare OPD-Konflikt von einem anderen, darunter liegenden (psychogenetisch zu rekonstruierenden) Grundkonflikt (mit) gespeist wird, der ganz andere biografische unbewusste Sinnzusammenhänge hinterließ (*Mertens, 2004b*).<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Diese Überlegungen korrespondieren mit den aktuellen Ansichten von *Boll-Klatt und Kohrs (2018, S. 306)*, welche der Auffassung sind, dass die OPD-Konfliktachse keine unbewussten Grundkonflikte im engeren Sinne, sondern vielmehr „die aus den Grundkonflikten aktualisierten Konflikte des Erwachsenenalters“ erfasst.

Beispiele hybrider (bzw. nicht eindeutig zuordenbarer) Ansätze psychodynamischer Konflikt Diagnostik		
Richtung/Vertreter	Konfliktthemen	Kurzbeschreibung
Objektbeziehungstheorie (Mahler, Pine & Bergmann, 1978)	Konfliktthemen um Autonomie und Individuation	In der Anwendung im Kinderbereich sind Konfliktthemen unmittelbar beobachtbar. Im Erwachsenenbereich nur teilweise. Grad an psychogenetischer Rekonstruktion eher hoch.
Objektbeziehungstheoretische Konflikte (Fairbairn, 1952; Guntrip, 1968)	Konfliktthemen um Nähe und Rückzug	Grad an Konstruktbildung eher hoch, aber Konfliktthemen sind (partiell) direkt beobachtbar.
Bindungstheorie, Säuglingsforschung und Mentalisierungsansatz (Bowlby, 1969; Bateman & Fonagy, 2007)	Konflikte um Exploration und Bindung; Beschreibung der Konflikte vor allem entlang entwicklungsbedingter Bindungsstile	In der Anwendung im Kinderbereich sind Konfliktthemen unmittelbar beobachtbar (Strange Situation Test). Im Erwachsenenbereich bedarf es psychogenetischer Rekonstruktion. Hohe empirische Grundlage.
Von der Säuglingsforschung beeinflusste Psychoanalyse (Lichtenberg, 1989)	Konfliktthemen um fünf verschiedene Motivationssysteme: physiologische Bedürfnisse, Bindungsbedürfnis, Bedürfnis nach Selbstbehauptung/Exploration, Bedürfnis nach Widerspruch/Rückzug, Bedürfnis nach sinnlichem Vergnügen und sexueller Erregung	In der Anwendung im Säuglings- und Kinderbereich sind viele Konfliktthemen unmittelbar beobachtbar. Im Erwachsenenbereich benötigt es einen gewissen Grad an psychogenetischer Rekonstruktion. Konfliktthemen fließen implizit in die Logik der OPD-Konfliktthemen ein. Hohe empirische Grundlage.
Objektbeziehungstheorie/Ich-Psychologie (Erikson, 1982; Hartmann, 1939)	Konfliktthemen um Identität; psychosoziales Konfliktmodell von Lebensbeginn bis Lebensende; Konflikte als entwicklungsnotwendige „Lebenskrisen“	In der Anwendung im Adoleszenzbereich ist das Konfliktthema unmittelbar beobachtbar. Im Erwachsenenbereich benötigt es einen gewissen Grad an psychogenetischer Rekonstruktion.
Selbstpsychologie (Kohut, 1979; Klöpfer, 2006, 2014)	Konfliktthemen um Selbstwert, Scham	Grad an psychogenetischer Rekonstruktion eher hoch. Aber Konfliktthemen sind unmittelbar beobachtbar. Insbesondere von Klöpfer liegen Konfliktbeschreibungen vor, die selbstpsychologisches Denken und „klassischeres“ Konfliktdenken miteinander verbinden.
Intersubjektive Psychoanalyse (Stolorow & Atwood, 1996; Ermann 2014)	Konfliktthemen um intersubjektive Anerkennung	Weniger psychogenetische Rekonstruktion, sondern intersubjektiver Blick auf das gegenwärtige Übertragungsgeschehen (intersubjektive Arbeit „in“ der Übertragung, vgl. Körner, 1989, 2014; Hauten, 2018).
Grundkonflikte nach Rudolf (2008, 2010)	Grundkonflikt der Nähe, der Bindung, der Autonomie und der Identität	Ausdifferenzierte Konstruktbildung, dabei zugleich Orientierung an Empirie (OPD-2). Verbindung zur Säuglingsforschung/Entwicklungstheorie und zum Strukturkonzept. Vornehmlich interpersonelles Konfliktverständnis.
Zyklisch maladaptive Muster (engl. CMP) (Strupp & Binder, 1984; Tress et al., 1996); SASB: Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (Benjamin, 1974; Benjamin & Wonderlich, 1994)	Es werden in einem mehrschrittigen Verfahren konflikthafte Beziehungsmuster des Patienten zu anderen und zu sich selbst erfasst, aus denen sich selbst verstärkende Dynamiken ergeben.	Die Modelle enthalten beobachtungsgelenkte, aber auch theoriegeleitete Aspekte, da insbesondere der objektbeziehungstheoretische Begriff des „Introjekts“ in den Modellen eine große Rolle spielt. Es werden weniger Konflikte i. e. S., sondern mehr Beziehungsmuster erfasst. So standen die Modelle auch bei der Beziehung Achse der OPD-2 Pate.

Tabelle 3: Beispiele hybrider (bzw. nicht eindeutig zuordenbarer) Ansätze psychodynamischer Konflikt Diagnostik

In der praktischen Anwendung der OPD kann im Rahmen der Fokusbildung eine Kompromisslösung der o. g. Probleme vorgenommen werden, indem man die von der OPD im Erhebungsbogen (*Arbeitskreis OPD, 2014, S. 471*) vorgenommene Unterscheidung in „Hauptkonflikt“ und „zweitwichtigster Konflikt“ nutzt. Mit der OPD ist es so möglich, den „Kernkon-

flikt“ zu benennen, an den weitere Konflikte „angelehnt oder von ihm abgeleitet“ sein können (*Arbeitskreis OPD, 2014, S. 336*). Der abgeleitete Konflikt kann dann als Bewältigungsversuch des Kernkonflikts verstanden werden. Auf diese Weise lässt sich dann in der weitergehenden Interpretation der OPD-Befunde in der Psychodynamik auch die oben be-

## Beispielhafte Konfliktbeschreibungen nach dem komplementären Modell psychodynamischer Konflikt Diagnostik (KMK)

Dargestellt werden zwei Beispiele einer psychodynamischen Konflikt Diagnostik nach dem vorgestellten komplementären Modell psychodynamischer Konflikt Diagnostik (KMK), in denen die beobachtungsgelenkte (induktiv-phänomenologische) Konflikt Diagnostik nach OPD-2 mit einem psychogenetisch rekonstruierten Konfliktverständnis (deduktiv-theoriegelenkte Hypothesenbildung) verbunden wird. Als Beispiel für eine theoriegeleitete Konflikt Diagnostik wurde die psychogenetische Konflikttabelle (PGK) (Jungclaussen, 2013, 2018) gewählt. Aus diesen beiden Perspektiven erwächst ein sich gegenseitig ergänzendes vollständiges psychodynamisches Konfliktverständnis. Diese Ausführungen sind im Rahmen der Antragstellung (Bericht an den Gutachter) sowohl für Berichtspunkt 4 (Psychodynamik) als auch für Punkt 5 (Diagnose) in freier Form anwendbar.

### KMK-Beispiel 1: Beide Konfliktperspektiven sind nicht themengleich

Als OPD-Hauptkonflikt sticht ein beobachtbarer Konflikt um Unterwerfung und Kontrolle (= OPD K2) im aktiven Modus hervor; der Patient verstrickt sich in seinen Lebensbereichen vor allem in dominierende rivalisierende „Kämpfchen“ mit Freunden und Arbeitskollegen. Die psychogenetische Rekonstruktion dieses Geschehens verweist durch das Verständnis der (frühen) Biografie indes auf eine Verbindung zu einem unbewussten ödipalen Grundkonflikt zwischen „Identifikation vs. Gegen-Identifikation“ (PGK Konflikt Nr. 15). Eine reife eigene männliche Identität durch Lösung eines schwierig verlaufenden ödipalen Konflikts gelang ihm nicht: Stattdessen blieb der Patient in ständiger Rivalität mit dem inneren Vater verhaftet, was äußerlich als Unterwerfungskontroll-Konflikt nach OPD im aktiven Modus imponiert.

### KMK-Beispiel 2: Beide Konfliktperspektiven sind themengleich

Die aktuelle psychische Erkrankung kann mit einem beobachtbaren Versorgungskonflikt (K3 nach OPD-2: Versorgung vs. Autarkie) in Verbindung gebracht werden: Die Patientin hatte sich im aktiven Modus dadurch stabilisiert, dass sie ihre eigenen Versorgungswünsche über das Kümmern um andere neutralisieren konnte. Durch die Verselbständigung der Kinder und die eigene somatische Erkrankung wurde ihr einerseits diese Kompensation genommen, andererseits gerieten ihre eigenen regressiven Wünsche danach, dass sich auch einmal jemand um sie kümmere, in Versuchung. Dies korrespondiert aus biografischer Sicht mit einem psychogenetisch rekonstruierbaren Bindungskonflikt (K7 nach PGK: „Versorgungsbedürfnisse vs. Schuld“). Die Patientin hatte in ihrer frühen Biografie die depressive Erkrankung der Mutter als Reaktion auf ihre eigenen Versorgungswünsche unbewusst schuldhaft verarbeitet. Schon früh entwickelte sie eine aktive Lösung, indem sie als braves und angepasstes Kind der Mutter möglichst wenig zur Last fiel und eigene Bedürfnisse verdrängte.

schrriebene „Linie“ zwischen Grundkonflikt und gegenwärtig beobachtbarem Konfliktgeschehen beschreiben.<sup>8</sup>

Diese „Kompromisslinie“ hat jedoch einen entscheidenden Nachteil: Sie funktioniert nur bei einer genauen Kenntnis des

OPD-Manuals und einer präzisen Anwendungsbeschreibung. Es muss sprachlich sehr exakt dargelegt werden, wann über die gegenwärtigen, induktiv erfassten Konflikte und wann über die deduktiv psychogenetisch rekonstruierten Konflikte gesprochen wird. Das ist umso schwieriger, wenn beides in der gleichen Nomenklatur passiert. Die Berichtspraxis zeigt, dass vielen Anwendern der OPD diese sprachliche Exaktheit ausgesprochen schwer fällt. Vielmehr ist zu beobachten, dass sehr häufig die Ebenen „durcheinandergeraten“, bis dahin, dass das Konzept des Grundkonfliktes als solches aus dem Blick gerät. Auf diese Weise besteht wieder die Gefahr, dass in der Gegenwart Beobachtetes herangezogen wird zur Hypothesenbildung über Vergangenes, ohne die Hypothesen belegen zu können – weder anhand einer theoriegeleiteten Rekonstruktion noch anhand beobachtbaren Materials. Die Folgen für diese Art Fallverständnis können dann schwerwiegend sein: Im günstigsten Falle wird nur die schriftliche Falldarstellung (z. B. im Antragsbericht) schwer nachvollziehbar; im schlimmsten Falle führt aber eine Unklarheit im Gegenwarts-/Vergangenheitsbezug zu einer schwammigen und letztlich nicht zielführenden Behandlungsplanung.

Als Lösung dieses Dilemmas schlagen wir eine komplementäre Verwendung der beiden Ansätze bei gleichzeitiger sprachlicher Differenzierung vor. Wenn es gelingt, den phänomenologisch-beobachtungsnahen und den theoretisch-rekonstruierten Anteil an der psychodynamischen Diagnostik deutlich voneinander abzusetzen, dann wird es zugleich möglich, den inneren Zusammenhang zwischen Dort und Damals (siehe „Vergangenheits-Unbewusstes“, Sandler & Sandler, 1985) und Hier und Heute (siehe „Gegenwarts-Unbewusstes“, ebd.) herzustellen. Im Kasten sind Beispiele dazu aufgeführt.

Kommen wir am Ende auf die eingangs angeführte Verschiebung des Begriffs des Grundkonflikts zurück. Wie oben ausführlich diskutiert, kann ein OPD-Konflikt der tatsächlich unbewusste Grundkonflikt eines Patienten sein, muss er aber nicht. Vielmehr erfasst die OPD-Konfliktachse mit Blick auf ihre Konfliktmodi (passiv/aktiv) verschiedene eher äußerlich im Leben des Patienten beobachtbare Lösungs- und Bewältigungsversuche.

Die eingangs genannte Verzerrung des Grundkonfliktbegriffs in der psychodynamischen Konflikt Diagnostik ergibt sich dann, wenn Anwender OPD-Konflikte diagnostisch anführen,

<sup>8</sup> Die Fokushierarchisierung kann dann auch mit der Therapieindikation in Übereinstimmung gebracht werden. Je nach Therapieverfahren lassen sich für die unterschiedlichen Indikationen verschiedene Foki hierarchisieren: In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) würde man aus einer traditionellen Sichtweise heraus dazu neigen, den abgeleiteten, gegenwärtig relevanten Konflikt als Hauptfokus zu wählen, während in der analytischen Psychotherapie (AP) eher auf den Grundkonflikt (als OPD-Kernkonflikt) abgezielt werden kann. Diese klare Zuordnung ist aber seit Aufkommen der relationalen, interpersonellen und intersubjektiven Psychoanalyse in der Praxis nicht mehr so eindeutig. In diesen neueren analytischen Richtungen zielt z. B. eine AP mit ihren Deutungen nicht mehr allein auf das Vergangenheitsunbewusste ab, sondern bearbeitet auch die Konfliktaktualisierung in der Binnenübertragung im Hier und Jetzt.

diese als Grundkonflikte verstanden wissen wollen, dabei aber die tatsächliche Bedeutung der OPD-Konflikte als aktuelles Geschehen nicht von der biografischen Rekonstruktion absetzen. Hier kommt es also zu einer unsachgemäßen Verwendung von Begriffen, die neue Bedeutungen schafft und somit alte Bedeutungsfelder verschiebt. Möchte man beides einander näher bringen, kann man das, was die Psychoanalyse klassisch als Grundkonflikt versteht, in der Logik der OPD wie folgt beschreiben: Wie oben bereits angerissen, ist im Rahmen der OPD-Fokushierarchisierung eine Hypothese darüber zu bilden, welcher der Konflikte der „Kernkonflikt“ und welche „Konflikte an den Kernkonflikt angelehnt oder von ihm abgeleitet sind“ (Arbeitskreis OPD, 2014, S. 336).

In der Sprache der OPD könnte dann der klassische psychoanalytische Grundkonflikt als „frühe Ausformung des Kernkonflikts“ oder „Ursprungsthematik des Kernkonflikts“ umschrieben und verstanden werden (Jacoby, pers. Mitt., 2017).

## Fazit

Der OPD kommt das große Verdienst einer Bereicherung der psychodynamischen Diagnostik zu. Sie hat durch ihre Arbeiten neben einer wichtigen Strukturierung analytischer Begriffe auch durch die zahlreichen Begleitforschungen zu einer Verwissenschaftlichung psychodynamischer Praxis beigetragen. Dennoch sollte eine Dominanz der OPD, die auch im 11. „Faber/Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinien“ (Dieckmann, Dahm & Neher, 2018) erkennbar wurde, nicht zu einer phänomenologischen, nur an beobachtbaren Mustern orientierten Verengung psychoanalytischen Denkens führen. Diese Forderung gewinnt an Aktualität durch die veränderten Anforderungen an die Fallkonzeptionen im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinien.<sup>9</sup>

**Komplementäres Modell psychodynamischer Konflikt-diagnostik (KMK):** Wir möchten uns, wie in den o. g. Beispielen demonstriert, im vorliegenden Beitrag dafür aussprechen, neben den beobachtungsnahen OPD-Konflikten in der psychodynamischen Konfliktdiagnostik die theoriegeleitete Perspektive der psychogenetischen Rekonstruktion im Kontext der Konfliktdiagnostik nicht zu vernachlässigen. Hierzu wurde als Lösungsvorschlag einer nur scheinbaren Gegensätzlichkeit ein Modell der komplementären Konfliktbeschreibung vorgestellt. Dieser Vorschlag ist nicht neu, sondern folgt dem Plädoyer von Mertens (2004b, S. 178) für eine stets zweigleisige psychodynamische Diagnostik („dual track“), die beides umfasst: ein aufeinander bezogenes beobachtungs- und gleichzeitig theoriegeleitetes psychodynamisches Verständnis.<sup>10</sup> Dies steht auch nicht im Widerspruch zur OPD, die in ihrem Manual ebenfalls für eine Kombination von induktivem und deduktivem Vorgehen plädiert (Arbeitskreis OPD, 2014, S. 102).

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, den deduktiv-rekonstruktiven sowie den induktiv-phänomenologischen Ansatz nicht als unvereinbare Gegensätze aufzufassen, sondern in einem wechselseitigen Ergänzungsverhältnis zu sehen. Dabei sollten beide Perspektiven in der Fallkonzeption (z. B. im Rahmen der Verschriftlichung im Antragsbericht) „sauber“ voneinander getrennt werden, um eine begriffliche und methodische Präzision zu sichern.

**— Die beobachtungsnahen und die theoriegeleitete diagnostische Perspektive sind mehr als die zwei Seiten einer Medaille. Sie ergänzen einander wie der Blick aus dem linken und dem rechten Auge. —**

Auf der einen Seite ist das dynamisch Unbewusste nur indirekt äußerlich beobachtbar und bedarf der theoriebasierten Reflexion der beobachteten Phänomene. Auf der anderen Seite ist es notwendig, die ätiologischen Interpretationen aus nachvollziehbaren und überprüfbaren diagnostischen Befunden abzuleiten, um die Psychoanalyse vom Nimbus der „esoterischen Wissenschaft“ (Fürstenau, 1979) zu befreien. Hiermit ist auch verbunden, dass Theorie und Empirie einander bedingen: Theoriegeleitete Hypothesen müssen stets an der Empirie überprüft werden und aus der Empirie gewonnene Daten sollten in den erklärenden Rahmen einer Theorie eingeordnet werden. Zugespielt formuliert: Ohne Theorie ist die Anwendung diagnostischer Instrumente sinnlos; ohne Empirie ist die Theorieanwendung beliebig. Wenn beides (präzise getrennt voneinander) angegeben wird, also das Beobachtete und das theoretisch Rekonstruierte, wird das Bild der zu erfassenden Konfliktodynamik schärfer. Die beobachtungsnahen und die theoriegeleitete diagnostische Perspektive sind mehr als die zwei Seiten einer Medaille. Sie ergänzen einander wie der Blick aus dem linken und dem rechten Auge. Erst eine Kombination von beiden Blickachsen erzeugt ein vollständiges und dreidimensionales Bild.

## 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2014). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung (3. Aufl.). Bern: Huber.

<sup>9</sup> Im reformierten verkürzten Antragsbericht sollen Psychodynamik und biografische Daten in einem Punkt (Nr. 4) direkt aufeinander bezogen werden. Aus dieser Verkürzung (die auch eine Chance für mehr Prägnanz beinhaltet) erwächst gleichzeitig die besondere Verantwortung, biografisch anamnestiche Daten nicht verkürzt, sondern wie früher gleich sorgfältig zu erheben, um die psychodynamischen (und vor allem psychogenetischen) Ableitungen schlüssig verstehen und belegen zu können (Jungclaussen & Hauten, 2017, 2018; Hauten & Jungclaussen, 2018). Die Erfahrung zeigt, dass bei einer verkürzten biografischen Anamnese die entscheidenden psychodynamischen Aspekte oft unerkannt bleiben.

<sup>10</sup> Mertens schlägt vor, diesen „dual track“ in Form eines Anhangs zur OPD zu gewährleisten.

Boll-Klatt, A. & Kohrs, M. (2018). Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen, Modelle, Konzepte (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Dieckmann, M., Dahm, A. & Neher, M. (2018). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien (11. Aufl.). München: Urban und Fischer.

Ermann, M. (1993). Rekonstruktion des Früheren – Konstruktion im Hier und Jetzt: Der Ansatz der heutigen Psychoanalyse. In P. Buchheim, M. Cierpka & T. Seifert (Hrsg.), Lindauer Texte: Beziehung im Fokus. Weiterbildungsforschung (S. 21-30). Berlin: Springer.

Ermann, M. (2016). Psychoanalytische Konfliktpsychologie – obsolet oder aktuell? Forum der Psychoanalyse, 32 (4), 431-442.

Freud, S. (1895). Studien über Hysterie. In Gesammelte Werke, Band 1 (S. 75-312). Frankfurt am Main: Fischer.

Freud, S. (1937). Konstruktion in der Analyse. In Gesammelte Werke, Band 16 (S. 43-56). Frankfurt am Main: Fischer.

Jungclaussen, I. (2013). Handbuch Psychotherapie-Antrag. Psychodynamisches Verstehen und effizientes Berichtschreiben in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (1. Aufl., unter Mitarbeit von Martina Stang). Stuttgart: Schattauer.

Jungclaussen, I. (2018, im Druck). Handbuch Psychotherapie-Antrag. Psychoanalytische Theorie und Ätiologie, PT-Richtlinie, Psychodynamik, Psychogenetische Konflikttabelle, Fallbeispiele (2., erweiterte Aufl., unter Mitarbeit von Lars Hauten). Stuttgart: Schattauer.

Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2017). Hilfreicher Stachel. Denkanstöße zum Umgang mit dem neuen Bericht an den Gutachter. Projekt Psychotherapie, 2/2017, S. 10-11.

Mertens, W. (2004a). Einführung in die psychoanalytische Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.

Mertens, W. (2004b). Von der Theorie zur Praxis: Operationalisierung und die Tiefe von Bedeutungen am Beispiel der OPD-Konfliktachse. In R. W. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schüßler (Hrsg.), Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie (S. 163-180). Göttingen: Huber.

Mertens, W. (2012a). Wie psychoanalytisch ist die OPD (OPD-KJ)? Kinderanalyse, 3, 171-193.

Mertens, W. (2012b). Erwiderung auf die Anmerkungen von Gerd Rudolf. Kinderanalyse, 3, 198-202.

Rudolf, G. (2004). Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer.

Rudolf, G. (2010). Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. Stuttgart: Schattauer.

Rudolf, G. (2012). Psychoanalytisch oder psychodynamisch? Anmerkungen zu Wolfgang Mertens' OPD-Kritik. Kinderanalyse, 3, 194-197.



**Dipl.-Psych. & Sonderpäd.  
Ingo Jungclaussen**

Psy-Dak – Psychodynamische Didaktik  
Goldlackstr. 14  
40627 Düsseldorf  
info@psy-dak.de

Dipl.-Psych. und Sonderpäd. Ingo Jungclaussen lehrt an der Universität zu Köln im Department Psychologie sowie an der Fachhochschule in Düsseldorf und ist in freier Praxis in Köln tätig. Schwerpunkte seiner Arbeit als Autor und Fortbildungsveranstalter sind die Entwicklung und Erforschung neuer didaktischer Konzepte in der Vermittlung psychodynamischen Verstehens ([www.psy-dak.de](http://www.psy-dak.de)). Daneben hat er einzelne Lehraufträge als Gastdozent an Ausbildungsinstituten inne.



**Dipl.-Psych. Lars Hauten**

Psychotherapeutische Praxis Hauten  
Bergmannstr. 5  
10961 Berlin  
mail@praxis-hauten.de

Lars Hauten ist Diplom-Psychologe und als Psychologischer Psychotherapeut (TP/AP) in Berlin niedergelassen. Er ist Dozent, Supervisor und Einzelselbsterfahrungsleiter am Institut für psychologische Psychotherapie und Beratung Berlin e. V. (ppt). Daneben ist er mit einzelnen Lehraufträgen an der International Psychoanalytic University (IPU) sowie als Psychotherapie-Gutachter (TP) tätig.

# Was ist dran am Klopfen?

Eine Übersichtsarbeit

Antonia Pfeiffer

**Zusammenfassung:** Die sogenannten Klopftechniken wie die Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (PEP) oder die Emotional Freedom Technique (EFT) haben auch in Deutschland längst Einzug in den klinischen Alltag gehalten. Vor allem Krankheitsbilder mit einem hohen körperlichen Arousal scheinen, will man den Anwendern<sup>1</sup> Glauben schenken, gut auf die Behandlung mit Klopftechniken anzusprechen. Aufgrund der esoterisch anmutenden Wirkhypothesen einiger Techniken stehen ihnen jedoch weiterhin viele klassisch ausgebildete Psychotherapeuten kritisch gegenüber. Doch was sagen die wissenschaftlichen Studien der letzten Jahre über die Wirksamkeit der Klopftechniken? Für welche Krankheitsbilder ist eine Anwendung zu empfehlen? Die vorliegende Übersichtsarbeit soll einen Einblick in die Studienlage geben, die einzelnen Studien kritisch analysieren und ihre Ergebnisse mit Studien anderer Psychotherapieformen vergleichen. Auf dieser Grundlage sollen ferner wissenschaftliche Wirkhypothesen diskutiert werden.

## Einleitung

In den letzten Jahren sind die sogenannten Klopftechniken als psychotherapeutische Zusatztechniken sowie als Selbsthilfemethode immer beliebter geworden. Es gibt weltweit mehr als 20 dieser Techniken, als bekannte Vertreter sind EFT (Emotional Freedom Technique), TFT (Thought Field Therapy), EDxTM (Energy Diagnostic and Treatment Methods) und in Deutschland PEP (Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie) zu nennen. Die ersten Techniken entstanden ab Mitte der 1980er Jahre unter dem Einfluss der verhaltenstherapeutischen Expositionstechnik der systematischen Desentisierung, der Applied Kinesiology (angewandten Kinesiologie), der Akupunktur und dem Neurolinguistischen Programmieren (NLP) (Bohne, 2010, 2016).<sup>2</sup>

Die Klopftechniken kombinieren Elemente von Exposition und kognitiver Umstrukturierung mit dem leichten Beklopfen von Hautpunkten, die aus der klassischen Akupunktur übernommen wurden (Bohne, 2016). Sie vereint ein stark strukturierter Aufbau: Durch gezieltes Ansprechen eines Themas wird dieses zunächst bis hin zu einer physiologischen Erregung aktiviert. Nun wird zu den evozierten Emotionen, Gedanken oder Glaubenssätzen eine Affirmation der Selbstakzeptanz formuliert, die beispielsweise wie folgt lauten könnte: „Auch wenn ich Problem X habe, achte und schätze ich mich so, wie ich bin“. Diese wird laut ausgesprochen, während ein Punkt unterhalb des linken Schlüsselbeins durch eine kreisende Bewegung stimuliert wird. Es folgt die erneute Konfrontation mit dem Thema, während die 14 bis 16 Hautpunkte geklopft werden. Abschließend erfolgt eine Sequenz aus Augenbewegungen, Summen und Zählen, während ein Punkt auf dem Handrücken geklopft wird. Dieses Protokoll wird in einer Sitzung meist mehrere Male wiederholt, bis der Gedanke an das Thema oder Ereignis

keine negativen Emotionen bzw. physiologische Symptome mehr hervorruft.

Die einzelnen Techniken können als historische Weiterentwicklungen der ersten Klopftechniken betrachtet werden. Beispielsweise werden in der Methode Thought Field Therapy (TFT) je nach Störungsbild spezifische Klopfpunkte und eine spezifische Reihenfolge verwendet. Dies liegt daran, dass sich TFT noch stark an der Akupunktur orientiert, in der auch spezifische Punkte verwendet werden. Die Emotional Freedom Technique (EFT) entwickelte ein standardisiertes, vereinfachtes Behandlungsprotokoll. Die Prozess- und Embodiment fokussierte Psychotherapie (PEP) integriert Elemente aus der Hypnotherapie, der systemischen Therapie und dem NLP und distanziert sich von der Wirkhypothese über das körpereigene Meridiansystem, wodurch auch vermehrt Ärzte und Psychotherapeuten die Methode in ihre klinische Arbeit integrieren (Bohne, 2013).

Trotz dieser Entwicklung gibt es im deutschsprachigen Raum bis dato noch keine systematische Übersichtsarbeit, die die Wirksamkeit der Klopftechniken für verschiedene Krankheitsbilder umfassend untersucht. Ziel dieser Arbeit ist es daher, einen Überblick über die RCT-Studien und Metaanalysen zu Klopftechniken zu geben. Am 04.01.2018 wurde eine zeitlich unlimitierte Suche in den Datenbanken Medline/PubMed, Cochrane Library und ScienceDirect durchgeführt. Als MeSH-Begriffe wurden folgende Begriffe verwendet: „Emotional Freedom Technique“, „Emotional Freedom Techniques“ sowie „Thought Field Therapy“. Es wurden nur englischsprachi-

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

<sup>2</sup> Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

ge Artikel mit randomisiertem Kontrolldesign verwendet und Metaanalysen. Die Suche bei PubMed ergab 25 Studien, eine weitere Studie ergab die Suche bei Cochrane, die Suche bei ScienceDirect ergab keine weitere Studie. Da es zu der Methode PEP bis dato noch keine Forschungsergebnisse gibt, wurde auf eine Suche verzichtet.

Die Studien liefern erste Hinweise, dass die Klopftechniken in der Behandlung von Krankheitsbildern mit einem hohen körperlichen Arousal wirksam sind. Klopftechniken zeigten sich ähnlich wirksam wie die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) in der Behandlung von Angststörungen, ihre größte Wirksamkeit scheinen sie jedoch in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu haben, wobei sich teilweise auch assoziierte psychosomatische und somatische Beschwerden durch die Behandlung besserten. Über Studien, die diese Krankheitsbilder betreffen, soll in diesem Artikel berichtet werden, eine Darstellung der restlichen Studien in Tabellenform ist aus Platzgründen allein auf der Homepage des Psychotherapeutenjournals zu finden, gemeinsam mit der vollständigen Literaturliste. Die Bezeichnung signifikant soll in diesem Artikel ab einem p-Wert von  $p < 0,5$  verwendet werden.

## Behandlung von Angststörungen

Anfangs wurden die Klopftechniken vor allem zur Behandlung von Ängsten, besonders Phobien, eingesetzt. Die Patienten fokussieren dabei in der Behandlung auf ihre Angst bzw. das phobische Objekt, während sie die Hautpunkte beklopfen, bis der Gedanke an das Objekt keine Angstsymptome mehr hervorruft und auch keine physiologischen Angstreaktionen mehr zu beobachten sind. Eine Übersicht über bisherige Studien zur Wirksamkeit der Klopftechniken EFT und TFT bei Angststörungen liefert Tabelle 1.

Die Studie von Wells, Polglase, Andrews, Carrington und Baker aus dem Jahr 2003 verglich den Effekt von EFT in der Behandlung von Kleintierphobien mit dem der tiefen Zwerchfellatmung, wobei das Expositionsprotokoll von EFT auch in der Zwerchfellatmung durchgeführt wurde: Nach jeder Runde von zehn Atemzügen wurde die Stärke der unangenehmen Gefühle erfragt und während der Atemzüge wurden die Patienten regelmäßig an das Tier erinnert. Sowohl auf Verhaltens-ebene (tatsächliche Annäherung an das phobische Objekt) als auch auf kognitiv-emotionaler Ebene (phobische Gefühle auf einer 11-Likert Skala) zeigte sich EFT der tiefen Zwerchfellatmung signifikant überlegen, dies blieb auch im Follow-up nach sechs bis neun Monaten bestehen (Wells et al., 2003).

Die Studie von Salas, Brooks und Rowe (2011) ist eine partielle Replikation der Studie von Wells et al. (2003), in der ebenfalls EFT und Zwerchfellatmung in der Behandlung von Kleintierphobien verglichen wurde. Die EFT-Gruppe schnitt in allen Parametern signifikant besser ab (Salas et al., 2011). Insgesamt wurden in beiden Studien in der kurzen Behandlungsdauer von nur einer Sitzung Verbesserungen der teilweise

seit Jahrzehnten bestehenden Phobien erzielt. Beide Studien wurden jedoch ebenfalls mit einer sehr geringen Stichprobengröße durchgeführt, sodass allein ihre kumulierten Ergebnisse als ein erster Hinweis für eine mögliche Wirksamkeit gewertet werden können.

Die Studie von Gaesser und Karan (2017) verglich die Effekte von EFT/KVT und einer Wartekontrollgruppe in der Behandlung hochbegabter Schüler mit moderater bis schwerer Angst. Die Sitzungen wurden von Psychologiestudenten durchgeführt, die in je sechs Stunden KVT oder EFT trainiert und dann supervidiert wurden. Jeder Schüler erhielt drei Sitzungen KVT oder EFT. Es zeigten sich leicht bessere Ergebnisse in der EFT-Gruppe, die jedoch nur im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe signifikant waren (Gaesser & Karan, 2017).

Zwei weitere Studien weisen erhebliche Mängel in der Durchführung auf: In der Studie von Benor, Ledger, Toussaint, Hett und Zaccaro (2009) erhielten Studenten mit moderater bis starker Angst entweder zwei EFT- oder WHEE-Sitzungen (WHEE ist eine Kombination aus EMDR und EFT) oder fünf Stunden KVT. Die Studie erlaubt jedoch aufgrund der kleinen Stichprobengröße keine Aussage über die Wirksamkeit der Methoden. Außerdem konnte aufgrund von Konflikten mit den Stundenplänen der Probanden keine echte Randomisierung durchgeführt werden, was einen weiteren Mangel der Studie darstellt (Benor et al., 2009).

Irgens, Dammen, Nysæter und Hoffart (2012) untersuchten in einer RCT den Effekt von TFT in der Behandlung von Angststörungen. Die Gruppe einer Warteliste wurde direkt nach der Behandlung, nach zweieinhalb Monaten sowie zwölf Monate später mit der mit TFT behandelten Gruppe verglichen. Die Autoren berichten über signifikante Erfolge, die zwölf Monate später teils sogar besser als direkt nach der Behandlung waren. Jedoch erhielten die Teilnehmer in der Zeit des Follow-ups bis zu 23 (durchschnittlich zwei) zusätzliche Sitzungen durch den Versuchsleiter, weshalb die Ergebnisse der Studie nur bedingt berücksichtigt werden können (Irgens et al., 2012).

In einer weiteren Studie verglichen Irgens et al. (2017) die Wirkung von EFT, KVT und einer Warteliste auf das Störungsbild der Agoraphobie. Die Teilnehmer der Warteliste erhielten nach dem Ablauf der dreimonatigen Wartefrist ebenfalls Behandlungen mit TFT oder KVT, sodass insgesamt 72 Patienten eine Behandlung erhielten. Die Methode TFT sieht für die Agoraphobie fünf Sitzungen vor, die KVT-Gruppe orientierte sich an einem Protokoll für Agoraphobie, das jedoch zwölf Stunden vorsah. Trotz dieser erheblichen Unterschiede in der Anzahl der Sitzungen zeigten beide Gruppen nach Ende der Studie keine signifikanten Unterschiede, aber signifikante Verbesserungen im Vergleich zur Warteliste.

Insgesamt weisen allein die Studien von Irgens et al. (2017) und Gaesser und Karan (2017) Stichproben von ausreichender Größe vor, auch fehlt in den anderen Studien der direkte Vergleich mit einem psychotherapeutischen Verfahren. Da

Studie	Wells et al. (2003)	Benor et al. (2009)	Salas et al. (2011)	Irgens et al. (2012)	Gaesser & Karan (2017)	Irgens et al. (2017)
Kontrollgruppe	EFT vs. Zwerchfellatmung (ZA)	EFT vs. WHEE (Wholistic Hybrid derived from EMDR and EFT) vs. KVT	EFT vs. Zwerchfellatmung	TFT vs. WL (waiting list)	EFT vs. KVT vs. WL	TFT vs. KVT vs. WL
Sitzungen	1 Sitzung	EFT/WHEE: 2 Sitzungen KVT: 5 Sitzungen	1 Sitzung	2 TFT-Sitzungen	3 EFT-Sitzungen	TFT: 5 Sitzungen KVT: 12 Sitzungen
Teilnehmer (N)	EFT: N = 11 ZA: N = 9	EFT: N = 5 WHEE: N = 5 KVT: N = 5	EFT: N = 11 ZA: N = 11	TFT: N = 23 WL: N = 22	EFT: N = 20 KVT: N = 21 WL: N = 21	TFT: N = 24/36 KVT: N = 24/36 WL: N = 24
Patienten	Kleintierphobie	Prüfungsangst	Kleintierphobie	Angststörung	Angststörung	Agoraphobie
Messskalen	Distanz zum Kleintier Subjective Unit of Distress (SUD) (real) SUD (imaginiert)	Test Anxiety Inventory (TAI) Hopkins Symptom checklist 21	Distanz zum Kleintier SUD (real) SUD (imag.) Beck Anxiety Inventory (BAI)	Symptom-Checklist-90 (SCL-90-R) Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS) Sheehan Disability Scale	Revised Children's Manifest Anxiety Scale, Second Edition (RCMAS-2)	Avoidance und Anxiety Score (ADIS) Beck Depression Inventory (BDI)
Manual	EFT-Manual	EFT-Manual	EFT-Manual	TFT-Manual	EFT-Manual	TFT-Manual für Agoraphobie Clark's treatment Manual für Agoraphobie
%-Veränderung	–	–	EFT vs. ZA SUD: -50 % BAI: -47 % Distanz: -25 %	SCL-90-R: -37 % HADS: Angst: -28 % Depression: -26 %	EFT: -19 % KVT: -15 % WL: -6 %	Für N = 36: prä-post/12 Monate Follow-up KVT: Angst: -58 %/-46 % Vermeidung: -63 %/-49 % TFT: prä-post/12 Monate Follow-up Angst: -49 %/-45 % Vermeidung: -50 %/-49 %
p-Wert	Distanz $p < 0,02$ SUD (real/imag.) $p < 0,02/p < 0,005$ SRPP $p < 0,005$	–	BAI: $p = 0,42$ SUD: $p = 0,002$ Distanz: $p = 0,046$	TFT vs. WL alle Skalen: $p < 0,05$	EFT vs. WL $p = 0,005$	KVT/TFT vs. WL ( $p < 0,001$ )
Cohen's d	Distanz $d = 1,24$ SUD (real) $d = 1,30$ SUD (imag.) $d = 1,42$	–	BAI: $d = 0,62$ (-0,11 – 1,35)	SCL-90-R: $d = 0,96$ HADS: Angst: $d = 0,89$ Depression: $d = 0,46$	EFT vs. WL $d = 0,74$ ; CI [-9,76, -1,77]	Für N = 36: Angst/Vermeidung KVT: $d = 1,32/d = 1,33$ TFT: $d = 1,03/d = 1,06$ Follow-up Angst/Vermeidung KVT: $d = 0,93/d = 0,92$ TFT: $d = 1,06/d = 1,10$

Tabelle 1: Klopftechniken bei der Behandlung von Angststörungen

die Sitzungen der Klopftechniken jedoch auf einem ähnlichen, einheitlichen Protokoll basieren, können die Ergebnisse mithilfe von Metaanalysen kumuliert betrachtet werden.

Die Metaanalyse von Clond aus dem Jahr 2016 analysierte den Behandlungseffekt von EFT auf Angstsymptome in 14 RCT-Studien unterschiedlicher Patientenkollektive mit insgesamt 658 Teilnehmern. Sechs Studien untersuchten den Effekt einer einzelnen Sitzung mit EFT, die übrigen acht Studien untersuchten den Effekt von drei oder mehr Sitzungen. Die gemeinsame Effektstärke der EFT-Gruppen wurde mit  $d = 1,23$  (95 % CI 0,81 – 1,64;  $p < 0,001$ ) berechnet. Eine Effektstärke zwischen 0,2 und 0,5 beschreibt einen kleinen Effekt, zwischen 0,5 und 0,8 einen mittleren und größer als 0,8 einen großen Effekt. Diese Effektstärke ist somit als groß einzuschätzen. Eine um den Effekt der inaktiven Kontrollbedingungen korrigierte Effektstärke ergab einen Wert von  $d = 1,13$  (CI 0,69 – 1,56;  $p < 0,001$ ). Die Effektstärke im Vergleich zu aktiven Kontrollbedingungen zeigte sich als wesentlich kleiner und nicht signifikant mit  $d = 0,44$  (CI -0,13 – 1,02;  $p = 0,13$ ). Interessant sind die unterschiedlichen Effektstärken für die unterschiedlichen Krankheitsbilder: Die größte Effektstärke zeigte sich in der PTBS-Gruppe mit  $d = 1,75$  (CI 1,03 – 2,48;  $p < 0,001$ ), die zweitgrößte für die Behandlung spezifischer Phobien mit  $d = 1,68$  (CI 0,60 – 2,77;  $p < 0,001$ ). Bei den übrigen Gruppen lag die Effektstärke bei  $d = 0,81$  (CI 0,38 – 1,24;  $p < 0,001$ ). Dabei sei anzumerken, dass die PTBS-Patienten auch mehr Sitzungen erhielten (Clond, 2016).

Die in der Metaanalyse von Clond errechnete Effektstärke für die Behandlung einer Angstsymptomatik von  $d = 1,23$  erscheint zunächst im Vergleich zu Metaanalysen zur Behandlung von Angststörungen durch kognitive Verhaltenstherapie vergleichsweise groß: Beispielsweise errechneten Mitte (2005) und Hoffmann und Smits (2008) Effektstärken von  $d = 0,82$  (CI 0,62 – 1,01) (Mitte, 2005) und  $d = 0,73$  (CI 0,56 – 0,9) (Hofmann & Smits, 2008), die Metaanalyse von Carpenter et al. (2018) eine Effektstärke von Hedges'  $g = 0,56$ . Dies entspricht insgesamt in etwa der von Clond errechneten Effektstärke von  $d = 0,81$ , wenn die Studien zu Phobien und der posttraumatischen Belastungsstörung ausgeklammert werden. Insgesamt bestätigt die Metaanalyse somit das Ergebnis der Studien von Irgens et al. (2017) sowie Gaesser und Karan (2017), in der sich eine vergleichbare Effektivität in der Behandlung von Angststörungen mit Klopftechniken wie mit KVT zeigte. Sie gibt ferner erste Hinweise, dass Phobien und PTBS besonders gut auf die Behandlung mit Klopftechniken ansprechen. Dies bestätigt sich in den Klopfstudien zur Behandlung der PTBS.

## Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung durch Klopftechniken ist von allen Krankheitsbildern am besten untersucht (vgl. Tabelle 2).

Karatzias et al. (2011) verglichen die Behandlung der PTBS mit EFT und EMDR. Dies ist auch aufgrund des ähnlichen Aufbaus beider Techniken – einer Kombination aus somatischer Stimulation und Traumakonfrontation – ein besonders interessantes Studiendesign. In durchschnittlich vier Therapiesitzungen erzielte die Behandlung in beiden Gruppen eine signifikante Reduktion der PTBS. Im Posttest erzielte EMDR leicht bessere Ergebnisse, im Follow-up zeigte sich EFT EMDR leicht überlegen, insgesamt waren die Unterschiede nicht signifikant. Als Schwäche der Studie ist jedoch eine Abbruchquote von 50 % anzusehen, deren Gründe nicht aufgeklärt wurden. Auch wurde statt des klassischen EFT-Manuals eine Abwandlung, das „Mini-movie-Manual“ verwendet, in dem der Patient sich das zu bearbeitende traumatische Material als Film vorstellt und die Handpunkte beklopft, während er an den Film denkt. Eine Verwendung des Standard-EFT-Manuals hätte eine noch bessere Vergleichbarkeit garantiert, da auch das Standard-EMDR-Protokoll verwendet wurde (Karatzias et al., 2011).

In der Studie von Connolly und Sakai (2011) wurden Überlebende des Genozids von Ruanda durch Laientherapeuten mit einer Stunde TFT behandelt. Die Laientherapeuten waren in einem Zwei-Tages-Training in TFT geschult worden und wurden während der gesamten Zeit supervidiert. Insgesamt zeigt die Studie methodische Mängel (beispielsweise Randomisierung spontan vor Ort, Durchführung unter schwierigen Bedingungen mit Klappstühlen in einem Hinterhof). Trotzdem kann sie als ermutigendes Beispiel gelten für Situationen, in denen anwesende Psychotherapeuten aufgrund der Sprachbarriere erschwerte Möglichkeiten haben, mit Patienten zu kommunizieren (Connolly & Sakai, 2011).

Die Studie von Church, Piña, Reategui und Brooks aus dem Jahr 2012 untersuchte den Effekt von einer einzigen EFT-Sitzung zu einem spezifischen belastenden Lebensereignis von psychisch oder physisch misshandelten Jugendlichen. Durch die Behandlung reduzierten sich die durch den Impact of Event Scale (IES) erfassten Symptome, beispielsweise Vermeidung und verstörende Erinnerungen, um 92 % (Church, Piña et al., 2012). Die errechnete Effektstärke ist mit  $d = 8,07$  als sehr groß zu bewerten. Jedoch ist die Stichprobengröße mit  $N = 16$  sehr klein, auch fehlt eine aktive Kontrollgruppe. Trotzdem kann aufgrund der Größe des Effektes das Ergebnis der Studie als Hinweis gewertet werden, dass sich der Einfluss einzelner, traumatischer Ereignisse durch die im Klopfen verwendete Exposition bei gleichzeitiger haptischer Stimulation erheblich reduzieren lässt.

Church und Kollegen führten außerdem mehrere EFT-Studien mit Veteranen durch, die sich in Aufbau und Durchführung so sehr ähneln, dass durch die kumulierte Auswertung ihrer Ergebnisse wirkliche Aussagen zur Wirksamkeit möglich sind. In den Studien Church et al. (2013), Church, Sparks und Clond (2016) sowie Church, Yount, Rachlin, Fox und Nelms (2016) erhielten Veteranen mit klinischer und subklinischer posttraumatischer Belastungsstörung Einzel-EFT-Sitzungen, in denen die traumatischen Erlebnisse während des Krieges themati-

Studie	Connolly & Sakai (2011)	Karatzias et al. (2011)	Church, Piña et al. (2012)	Church et al. (2013), Church (2014)	Church, Sparks et al. (2016)	Church, Yount et al. (2016)
Kontrollgruppe	TFT vs. WL	EFT vs. EMDR	EFT vs. WL	EFT vs. standard care	EFT vs. TAU (treatment as usual)	EFT vs. TAU
Sitzungen	1 Sitzung	I. D. 4 Sitzungen	1 Sitzung	6 Sitzungen	6 Sitzungen	10 Sitzungen
Teilnehmer (N)	TFT: N = 71 WL: N = 74	EFT: N = 12 EMDR: N = 11	EFT: N = 8 WL: N = 8 (Church, Yount et al., 2016)	EFT: N = 30 SOC-WL: N = 29	EFT: N = 12 TAU: N = 9	EFT: N = 8 TAU-WL: N = 8
Patienten	Überlebende des Genozids	PTBS	Misshandelte Jugendliche	Veteranen mit PTBS	Veteranen mit subkl. PTBS	Veteranen mit PTBS
Messskalen	Modified PTSD Symptom Scale (MPSS) Trauma Symptom Invent. (TSI)	Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) PTSD CheckList – Civilian V. (PCL-C) Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS)	SUD Impact of Event Scale (IES)	Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) PTSD CheckList – Military (PCL-M) Schmerz-Likert Skala	SA-45 PCL-M HADS Insomnia Severity Index (ISI)	SA-45 PCL-M HADS ISI
Manual	TFT	EFT mini movie	EFT mini movie	EFT-Manual	EFT-Manual	EFT-Manual
%-Veränderung	TFT: MPSS: -45 %	–	EFT: IES Gesamt Score: -91 %	EFT: Gesamt PCL-M: -45 % Schmerz: -41 % ISI: -45 %	EFT: PCL-M: -40 % ISI: -50 % TBI: -50 %	EFT: PCL-M: -42 % ISI: -30 %
p-Wert	TSI: p < 0,001 MPSS: p < 0,001	p < 0,001 in allen Outcomes für beide Gruppen	IES: EFT > WL p < 0,001 in allen Untergruppen	EFT > WL in allen Skalen p < 0,0012 Schmerz: p < 0,0005 Depression: p < 0,0001 Angst: p < 0,000	PCL-M: p < 0,0004 SA-45: p < 0,0001 Angst: p < 0,001 ISI: p = 0,004 TBI: p = 0,045	PCL-M: p < 0,00001 SA-45: p < 0,001 HADS: p < 0,001
Cohen's d	–	PCL-C: d = 1,08 (0,38 – 1,73) Angst: d = 1,11 (-0,41 – 1,77) Depression: d = 0,69 (0,02 – 1,32)	IES total: d = 8,07 (5,11 – 11,03) Vermeidung: d = 6,89 (4,31 – 9,47)	PCL: d = 1,93 (1,28 – 2,58) Angst: d = 1,36 (0,77 – 1,95) Depression: d = 1,76 (1,13 – 2,39)	PCL-M: d = 1,99 Angst: d = 3,64 (2,24 – 5,04) Depression: d = 4,32 (2,76 – 5,89)	PCL: d = 2,18 (1,25 – 2,99) Angst: d = 0,78 (0,04 – 1,47) Depression: d = 0,89 (0,15 – 1,60)

Tabelle 2: Klopftechniken bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung

siert wurden. Als Kontrollgruppe wurde jeweils die reguläre allgemeinmedizinische Versorgung gewählt. In der größten Studie aus dem Jahr 2013 mit 59 Veteranen mit klinischer PTBS aus verschiedenen Kriegen (Zweiter Weltkrieg bis heute) erfüllten nach den sechs EFT-Sitzungen 90 % der EFT-Gruppe nicht mehr die Kriterien einer PTBS versus 4 % in der Kontrollgruppe. Nach Abschluss der Wartezeit erhielten die Veteranen der Warteliste auch sechs EFT-Behandlungen, nun erfüllten insgesamt nur noch 4 % der Veteranen die Kriterien einer klinischen PTBS. In einem Follow-up nach sechs Monaten lag diese Quote immer noch bei 20 % (Church, 2014; Church et al., 2013). Als Vergleich soll die Studie von Monson et al. aus dem Jahr 2006 genannt werden, die eine hohe Ähnlichkeit im Studiendesign aufweist. Die Veteranen erhielten zwölf Sitzungen der verhaltenstherapeutischen Methode

„Cognitive Processing“, die für die Therapie der PTBS die Elemente der Exposition und der kognitiven Umstrukturierung kombiniert. Sie ähnelt somit in ihrem Aufbau den Klopftechniken, nur dass das Element der sensorischen Stimulation fehlt. Nach den zwölf Stunden, der doppelten Anzahl der Church-Studie, erfüllten noch 60 % der Veteranen die Kriterien für eine klinische PTBS, in der Studie von Church waren es 4 %. Es ergaben sich ferner keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe in den Punkten „Avoidance“ und „Hyperarousal“. Besonders letzteres spricht dafür, dass die physiologische Komponente der PTBS keine große Veränderung erfuhr (Monson et al., 2006).

Church konnte die Ergebnisse der Studie von 2013 mit den Studien Church, Sparks et al. (2016) und Church, Yount et al.

(2016) replizieren. Die Symptome der PTBS wurden dabei in allen Church-Studien mit der PCL-M erfasst, einer Version der PTBS-Checkliste für das Militär, mit der die Symptome der PTBS gemäß der Definition des DSM-5 erfragt werden. In den numerischen Zahlen der PCL-M zeigten sich Rückgänge von 61 auf 37 (Church et al., 2013), von 63 auf 37 (Church, Yount et al., 2016) und von 39 auf 27 (Church, Sparks et al., 2016) in den Studien mit Veteranen, die an Symptomen einer subklinischen PTBS litten. In der PCL-M liegt der Cut-off-Wert für eine PTBS bei 50, ab 35 spricht man von einer Risikogruppe. Das DSM-IV spricht ab einem Rückgang von 5 bis 10 Punkten von einem Ergebnis, das nicht per Zufall entsteht, also dem Erfolg der Therapie attribuiert werden kann. Ab einem Rückgang von 10 bis 20 Punkten wird von einer klinisch signifikanten Veränderung gesprochen. Der in den Studien Church et al. (2013) und Church, Sparks et al. (2016) beobachtete Rückgang um bis zu 25 Punkte entsprach somit einer klinisch signifikanten Veränderung. Leider wurden die Studien Church, Sparks et al. (2016) und Church, Yount et al. (2016) mit einer sehr kleinen Stichprobe durchgeführt. Im Gegensatz zu den Studien zu Angststörungen sind die Unterschiede zwischen den Kontrollgruppen jedoch so groß, dass die Ergebnisse trotzdem gemeinsam als Hinweis für die Wirksamkeit für das Krankheitsbild der PTBS gewertet werden können, insbesondere in der kumulierten Betrachtung der Studie aus dem Jahr 2013 und der beiden Studien aus dem Jahr 2016. Es ist jedoch zu wünschen, dass in Zukunft größere Studien mit Kontrollgruppen, die ebenfalls eine psychotherapeutische Intervention erhalten, durchgeführt werden.

Die Ergebnisse in der Behandlung der PTBS bestätigen sich auch in einer Metaanalyse von *Sebastian und Nelms* aus dem Jahr 2017, in der eine gemeinsame Effektstärke für insgesamt sieben RCT errechnet wurde. Es wurde eine kumulierte Effektstärke von  $d = 2,96$  (95 % CI 1,96 – 3,97;  $p > 0,001$ ) errechnet, was einem sehr großen Behandlungseffekt entspricht (Nelms & Castel, 2016; *Sebastian & Nelms*, 2017). Zum Vergleich soll eine Metaanalyse zur Behandlung der PTBS von *Watts et al.* (2013) mit insgesamt 112 Studien verschiedener Therapieformen herangezogen werden. In dieser Studie wurden Effektstärken von  $g = 1,63$  für KVT,  $g = 1,08$  für Expositionstherapie und  $g = 1,01$  für EMDR sowie Effektstärken für Pharmakotherapie von  $g = 0,74$  für Paroxetin,  $g = 0,41$  für Sertralin,  $g = 0,43$  für Fluoxetin und  $g = 0,41$  für Risperidon errechnet. Es zeigte sich außerdem ein Trend, dass Studien mit Veteranen geringere Effektstärken aufwiesen (Watts et al., 2013). Dieser Trend bestätigt sich auch in der Metaanalyse von *Bradley, Greene, Russ, Dutra und Westen* (2005) zu dem Effekt von KVT in der Behandlung der PTBS: Hier zeigten sich für Veteranen die niedrigsten Therapieerfolge für alle Gruppen mit  $d = 0,81$  für Veteranen,  $d = 1,24$  für gemischte Trauma und  $d = 1,82$  für sexuelles Trauma (Bradley et al., 2005). Auch die Forschung zu speziellen stationären Traumaprogrammen der 1980er und 1990er Jahre für Vietnamveteranen weist auf geringe Behandlungserfolge bei Veteranen hin: Die meist 90- bis 100-tägigen stationären Programme, in denen Expositionstraining, Gesprächstherapie etc. angeboten wur-

den, zeigten in den Follow-ups nach vier bis zwölf Monaten keinerlei Veränderungen zum Stand vor dem Programm, teils sogar Verschlechterungen (Johnson, Fontana, Lubin, Corn & Rosenheck, 2004; Johnson et al., 1999; Johnson & Lubin, 1997). Einige der Autoren gehen so weit, dass sie die PTBS als chronische, nicht heilbare Krankheit einordnen (Johnson et al., 2004). Doch gerade für die Bevölkerungsgruppe der Veteranen wurden in den Studien von Church et al. sehr gute Behandlungsergebnisse erzielt, teilweise für Veteranen aus dem Zweiten Weltkrieg und dem Vietnamkrieg. Ein Grund für die besondere Wirksamkeit der Klopftechniken bei der PTBS könnte in der Veränderung der für die PTBS charakteristischen (psycho-)somatischen und physiologischen Symptome liegen.

Denn neben den Verbesserungen in psychischen Symptomen der PTBS wie Angst und Depression, zeigte sich in allen drei Studien ein Rückgang somatischer Symptome. In der Studie aus dem Jahr 2013 reduzierten sich die chronischen Schmerzen der Veteranen beispielsweise um 41 %, die Schlafstörung um 45 % (Church, 2014), die Symptome des traumatic brain injury (TBI) reduzierten sich in einer der Studien von 2016 um 50 %, die Schlafstörungen um 50 % (Church, Sparks et al., 2016).

Die Studie Church, Yount et al. (2016) untersuchte neben den psychologischen Parametern außerdem die epigenetische Beeinflussung. Verschiedene Studien der letzten Jahre hatten gezeigt, dass die für immunologische Faktoren sowie die Kortisolregulierung verantwortlichen Gene in Patienten mit PTBS stärker exprimiert werden. Diese wurden vor Beginn der Studie wie auch nach den zehn EFT-Sitzungen verglichen. Die Studie liefert erste signifikante Hinweise, dass typische Gene im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger stark aktiviert waren (Church, Yount et al., 2016).

## Behandlung von körperlichen Symptomen

Die Beeinflussung der körperlichen Symptome und assoziierter physiologischer Parameter wurde in einigen Studien gesondert untersucht (vgl. Tabelle 3).

In der Studie von *Church, Yount und Brooks* aus dem Jahr 2012 wurde der Effekt einer EFT-Sitzung auf das Kortisollevel gesunder Probanden mit einer Gruppe, die ein supportives Interview erhielt und einer Wartekontrollgruppe verglichen. Die EFT-Gruppe erhielt eine Sitzung mit EFT zu einem kleineren traumatisch erinnerten Ereignis, eine zweite Gruppe erhielt ein supportives Interview (SI), eine weitere Gruppe saß im Wartezimmer und unterhielt sich/las Zeitschriften. Die Therapeuten arbeiteten verblindet. Ihnen war nicht bewusst, dass unterschiedliche Therapieverfahren verglichen wurden. Das Kortisol im Speichel wurde direkt vor den Sitzungen sowie 30 Minuten danach analysiert. Die EFT-Gruppe erzielte die größten Unterschiede in dem zusätzlich erhobenen Fragebogen

Studie	Church, Yount et al. (2012)	Bougea et al. (2013)	Babamahmoodi et al. (2015)	Suh et al. (2015)
Kontrollgruppe	EFT vs. Supportives Interview vs. WL	EFT vs. standard care	EFT vs. WL	EFT vs. PMR
Sitzungen	1 EFT/SI Sitzung	Selbstanwendung (2x am Tag/8 Wochen)	8 Gruppensitzungen	Je 4 Gruppensitzungen
Teilnehmer (N)	EFT: N = 28 SI: N = 28 WL: N = 27	EFT: N = 19 SOC-WL: N = 16	EFT: N = 14 WL: N = 14	EFT: N = 15 PMR: N = 12
Patienten	Kortisollevel gesunder Probanden	Spannungskopfschmerz	Veteranen mit chemisch pulm. Schädigung	Hwabyung-Syndrom
Messskalen	Kortisollevel direkt vor/30 Min. danach SA-45	Perceived Stress Scale (PSS) Kortisol	General Health Questionnaire – 28 (GHQ-28) St. George's Respiratory Questionnaire (pulmonale Symptome) Lymphozytentransformationstest (LTT) ELISA	Scale State-Trait Anxiety Inventory (STAI) State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) The Symptom Checklist-90 Revised Questionnaire (SCL-90-R)
Manual	EFT-Manual	EFT-Manual	EFT-Manual	EFT-Manual
%-Veränderung	Kortisolabfall: EFT: -24,39 % SI: -14,25 % WL: -14,44 % SA-45: EFT: -51 % SI: -17 % WL: -14 %	Während der 8 Wochen: EFT Gruppe 60 % weniger Kopfschmerz als WL; 60 % weniger Intensität	Somat. Symptome: -19 % Schlaflosigkeit: -30 % Depression: -70 % Pulm. Symptome: -18 % LTT(SI)-ConA: +128 % LTT(SI)-PHA: +119 % IL-17: +117 %	EFT: HS: -17 % STAI: -11 % STAXI: -27 %
p-Wert	Kortisol: p = 0,01 Angst: p < 0,001 Depression: p = 0,001 PST: p < 0,001 GSI: p < 0,001	EFT: PSS: p = 0,001 Schmerz: p = 0,008 Kopfschmerzepisoden/Intensität: p < 0,001	Somat. S.: p = 0,02 Schlaf.: p = 0,001 Depression: p = 0,006 Pulmon. S.: p = 0,001 LTT(SI)-ConA: p = 0,001 LTT(SI)-PHA: p = 0,002 IL-17: p = 0,06	Hwabyung-scale EFT: p = 0,001 PMR: p = 0,041 EFT: STAI T: p = 0,046 STAXI: p = 0,006

Tabelle 3: Klopftechniken bei der Behandlung von körperlichen Symptomen

SA-45 und ebenso den größten Rückgang des Kortisols (Kortisolabfall: EFT: -24 %; WL: -14 %; SI: -14,25 %), die Ergebnisse der Untergruppen des Fragebogens SA-45 (EFT: -42 %; SI: -17 %; NT: -13 %) korrelierten mit dem Rückgang des Kortisols ( $r = 0,274$ ;  $p = 0,012$ ) (Church, Yount et al., 2012). Kortisol wirkt nicht wie Adrenalin und Noradrenalin über G-Proteine, sondern über eine Regulation der Genexpression. Somit können die PTBS-Studie zur Genexpression von Church, Yount et al. aus dem Jahr 2016 und diese Studie als erste Hinweise angesehen werden, dass Klopftechniken möglicherweise direkten Einfluss auf den Kortisolspiegel ausüben, welcher mit einer Vielzahl somatischer und psychosomatischer Krankheiten korreliert (Church, Yount et al., 2016).

Bougea et al. (2013) untersuchten den Effekt einer achtwöchigen Selbstanwendung von EFT auf Spannungskopfschmerz. Die EFT-Gruppe führte zweimal am Tag EFT durch, es wurden die Kopfschmerzhäufigkeit, die Intensität und einmal das morgendliche Kortisol gemessen. Nach acht Wochen

berichteten die Teilnehmer der EFT-Gruppe über 60 % weniger Kopfschmerz und 60 % weniger Schmerzintensität. Es zeigte sich eine negative Korrelation der EFT-Anwendung mit der Häufigkeit und Intensität der Kopfschmerzen mit Pearsons  $p = -0,780/-0,660$ . Der Kortisolspiegel zeigte in dieser Studie keinen Unterschied, wobei anzumerken ist, dass der Messzeitpunkt nicht mit den Zeitpunkten des Klopfens abgestimmt wurde (Bougea et al., 2013).

Babamahmoodi et al. (2015) untersuchten den Effekt von EFT-Gruppensitzungen auf den Krankheitsverlauf und die immunologischen Marker von Veteranen, die an einer chemisch geschädigten Lunge litten. Inhalt der wöchentlichen EFT-Sitzungen war der Umgang mit der eigenen Krankheit. Um Veränderungen zu erfassen, wurde vor Beginn und nach Abschluss der achtwöchigen Behandlungszeit unter anderem ein Lymphozytentransformationstest (LTT) durchgeführt und psychische und pulmonale Symptome mit Fragebögen erhoben. Die Veteranen, die an dem EFT-Gruppenprogramm

(und begleitender Anwendung zu Hause) teilnahmen, zeigten im Vergleich zur Warteliste signifikante Verbesserungen in folgenden Kategorien: in den somatischen und depressiven Symptomen, der Schlafqualität und der Immunantwort (Babamahmoodi et al., 2015). Auch wenn Kortisol nicht direkt gemessen wurde, so kann aufgrund der durch einen dauerhaft erhöhten Kortisolspiegel immunsupprimierenden Wirkung des Kortisols (beispielsweise ein Abfall der B- und T-Lymphozyten) trotzdem ein Zusammenhang zwischen den Studien von Church und Babamahmoodi hergestellt werden.

Suh, Chung, Kim, Lee und Kim (2015) verglichen in ihrer Studie die Wirkung von EFT und progressiver Muskelentspannung (PMR) in der Behandlung von Patienten mit einem Hwabyung-Syndrom. Das Hwabyung-Syndrom ist ein vor allem in Korea verbreitetes Krankheitsbild (Prävalenz von 4 % Prozent in der koreanischen Bevölkerung) mit dem Hauptsymptom eines chronischen, meist unterdrückten Ärgers, der von körper-

### **—— Insgesamt weisen viele der Studien kleine Stichprobengrößen auf. Trotzdem geben sie erste Hinweise, dass Krankheitsbilder mit hohem Arousal und somatischen Symptomen auf die Techniken ansprechen. ———**

lichen Symptomen wie Hitzegefühl, Druck in der Herzgegend etc. begleitet wird. Die größte Veränderung zeigte sich in der EFT-Gruppe bei den körperlichen Symptomen mit  $p = 0,001$ , gefolgt von dem Symptom Ärger (Suh et al., 2015).

Leider sind die Stichprobengrößen der Studien von Bougea et al. (2013), Babamahmoodi et al. (2015) und Suh et al. (2015) als klein zu bewerten, auch fehlen bei Bougea et al. (2013) und Babamahmoodi et al. (2015) aktive Kontrollgruppen. Insgesamt liefern diese Studien somit allein erste Hinweise, dass körperliche Symptome somatischer wie auch psychischer Erkrankungen durch die Behandlung mit Klopftechniken reduziert werden können.

## **Diskussion**

Wie sind die Ergebnisse dieser Studien zu bewerten und zu erklären? Was ist wirklich dran am Klopfen? Insgesamt weisen viele der Studien zu kleine Stichprobengrößen auf, um verlässliche Aussagen treffen zu können. Trotzdem geben die Studien erste Hinweise, dass Krankheitsbilder mit hohem Arousal und somatischen Symptomen auf die Techniken ansprechen. Auch weisen die Ergebnisse zur Behandlung der PTBS so große Effekte auf, dass sie trotz der teils geringen Stichprobengröße gemeinsam für eine Wirksamkeit der Klopftechniken sprechen.

Eine mögliche Erklärung für diesen Erfolg liefert ein Blick auf die Symptome der PTBS. Das Krankheitsbild der PTBS

ist meist von einer starken physiologischen Dysregulation begleitet, die wiederum mit einer Vielzahl an Krankheiten assoziiert ist: Eine Studie des kanadischen Gesundheitsamts mit mehr als 30.000 Personen aus dem Jahr 2007 zeigte beispielsweise, dass Patienten mit PTBS viermal so häufig an einer chronic obstructive pulmonary disease (COPD) erkranken, dreimal so häufig an Migräne leiden, mehr als doppelt so häufig von Rückenschmerzen berichten und mehr als doppelt so häufig an Arthritis erkranken. Eine mögliche Ursache ist die dauerhaft erhöhte Vigilanz, das sogenannte Hyperarousal (Sareen et al., 2007). Die PTBS ist per definitionem charakterisiert durch das regelmäßige, unfreiwillige Erinnern traumatischer Erfahrungen, zum Teil in der Form von Flashbacks oder Alpträumen. Dabei rufen die Erinnerungen körperliche Reaktionen hervor, die denen ähneln, die während des Traumas ausgelöst wurden: Der Körper reagiert, als ob das Trauma erneut stattfinden würde. Beispielsweise zeigte sich in einer Studie von Hopper, Frewen, van der Kolk und Lanius (2007), dass bei Patienten, denen ihre eigene Traumageschichte während einer funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) vorgelesen wurde, das Brodmann Areal 19 aktiviert wird. Dies ist ein Bereich im visuellen Cortex, der normalerweise aktiviert wird, wenn visuelle Signale das erste Mal das

Gehirn erreichen. Auch zeigten sie reaktive Blutdruck- und Pulsveränderungen, als ob sie gerade die Geschichte erneut erlebten (Hopper et al., 2007; van der Kolk, 2015).

Durch diese dauerhafte Hypervigilanz werden zudem harmlose Alltagssituationen schneller als Gefahr eingeordnet, was wiederum zu einem höheren Arousal führt. In der Langzeitstudie mit Veteranen von Johnson et al. aus dem Jahr 2004 zeigte sich der Parameter des Hyperarousals mit den Jahren sogar leicht zunehmend (Johnson et al., 2004). Eine mögliche Wirkhypothese für den Erfolg der Studien von Church et al. mit Veteranen ist, dass die Kombination aus kognitiver Umstrukturierung, Exposition und beruhigender körperlicher Stimulation nicht nur psychische Symptome, sondern ebenfalls die Symptome des Hyperarousals adressiert. Denn dieser Parameter zeigte sich in den Studien als rückläufig, ebenso wie Schmerzen, Schlafstörungen und die Symptome des traumatic brain injury. Auch die Kortisolstudie (Church, Yount et al., 2012), die Studie zur Genexpression (Church, Yount et al., 2016) und die zu den pulmonalen Symptomen (Babamahmoodi et al., 2015) passen zu dieser Hypothese. Unter Umständen erleichtert ein beruhigender, rhythmischer Stimulus die Exposition mit traumatischem Material, indem er den Patienten in der Gegenwart verankert und eine Dissoziation und konsekutive Retraumatisierung durch die Exposition verhindert.

Über die Frage, über welche Wirkmechanismen die Klopftechniken ihre Wirkung entfalten, wird kontrovers diskutiert. Die Vertreter der ersten Klopftechniken, wie TFT oder EFT, gehen davon aus, dass durch die Stimulation der Akupunktur-

punkte eine beruhigende Wirkung erzielt wird. Sie beziehen sich auf Akupunkturstudien mittels fMRT. Diese konnten zeigen, dass durch das Setzen von Akupunkturnadeln unabhängig von der Lokalisation des Punktes Areale des limbischen Systems, beispielsweise die Amygdala, herabreguliert wurden (Fang et al., 2009; Hui et al., 2000; Hui, Marina, Liu, Rosen & Kwong, 2010).

Ebenso wird diskutiert, dass Klopftechniken eine ähnliche Wirkung wie die vor allem in der Traumatherapie eingesetzte Methode EMDR herbeiführen, in der während der Exposition horizontale Augenbewegungen (oder auch bilaterale Klopfbewegungen) durchgeführt werden, bis das traumatische Ereignis weniger oder keine psychologischen und physiologischen Symptome hervorruft (Tesarz et al., 2014; Chen et al., 2014). Die Vertreter von EMDR berufen sich als Wirkhypothese auf eine durch die bilaterale Stimulation hervorgerufene Integration von Traumaerinnerungen. Jedoch ist diese Hypothese bis dato nicht wissenschaftlich verifiziert. Eine ähnliche Wirkung beider Techniken über die bifokale Stimulation bei einem gleichzeitigen Fokus auf einen neutralen, sensorischen Stimulus und das traumatische Ereignis ist ebenso möglich (Aalberse & Geßner-van Kersbergen, 2012). Da der Aufbau einer EMDR-Sitzung – ein Wechsel aus dem Aufbau positiver Kognition und Exposition bei gleichzeitiger sensorischer Stimulation – dem Aufbau der Klopftechniken stark ähnelt, gewinnt diese Wirkhypothese vor allem im europäischen Raum immer mehr Anhänger. Warum gerade die Haut als Organ geeignet ist, neutrale, beruhigende Informationen zu übermitteln, zeigt die sensorische Grundlagenforschung. Diese konnte zeigen, dass durch eine Stimulation freier Nervenendigungen, den CT-Afferenzen, direkt Bereiche des limbischen Systems stimuliert werden können, auch die Freisetzung von Oxytocin kann durch die Stimulation dieser Afferenzen erfolgen (Morrison, Loken & Olausson, 2010). Auch die Haptikforschung bestätigt die emotionsregulierende Wirkung von Selbstberührung: Beispielsweise zeigte eine EEG-Studie von Grunwald, Weiss, Mueller und Rall (2014), dass sich spontane Selbstberührungen, wie wir sie durchschnittlich bis zu 400 bis 800 Mal pro Tag durchführen, emotionsregulierend auswirken: Während unangenehme Geräusche abgespielt wurden, nahmen die spontanen Selbstberührungen des Gesichtes zu. Die EEG-Aufnahmen zeigten außerdem kurz vor den Selbstberührungen das Muster einer emotionalen Dysregulation und Konzentrationsschwierigkeit, nach der Berührung zeigte sich eine Zunahme von Theta- und Gamma-Wellen, welche auf emotionale Ausgeglichenheit und Konzentrationsfähigkeit hinweisen (Grunwald et al., 2014). Die spontanen Selbstberührungen beginnen schon sehr früh: Studien zu spontaner Selbstberührung in Utero zeigen, dass Föten sich besonders häufig im Gesicht berühren, wenn die Mutter gestresst ist und dass diese Berührung zu einer physiologischen Regulation der Föten führt. Forscher gehen davon aus, dass dies eine erste Form der emotionalen Selbstregulation der Föten ist, die sich unter anderem durch einen Rückgang der Herzfrequenz der Föten ausdrückt (de Vries & Fong, 2006; Reissland, Francis, Kumarendran & Mason, 2015).

Es ist zu wünschen, dass neurowissenschaftliche und neurophysiologische Studien der nächsten Jahre die Wirkmechanismen des Klopfens weiter erforschen und die Formulierung einer wissenschaftlich fundierten Wirkhypothese ermöglichen. Erste Forschungen erfolgen momentan in der Neuro radiologie der Medizinischen Hochschule Hannover. Hier werden neuronale Wirkmechanismen des Klopfens und der Methode PEP u. a. mittels fMRT erforscht; diese Forschung befindet sich zurzeit jedoch noch in der Auswertungsphase.

## 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Bohne, M. (2013). Bitte klopfen! Anleitung zur emotionalen Selbsthilfe. Heidelberg: Carl-Auer.

Bohne, M. (Hrsg.). (2016). Klopfen mit PEP. Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie in Therapie und Coaching. Heidelberg: Carl-Auer.

Church, D., Hawk, C., Brooks, A. J., Toukolehto, O., Wren, M., Dinter, I. et al. (2013). Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional freedom techniques: a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (2), 153-160.

Church, D., Yount, G. & Brooks, A. J. (2012). The effect of emotional freedom techniques on stress biochemistry: a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200 (10), 891-896.

Clond, M. (2016). Emotional Freedom Techniques for Anxiety: A Systematic Review With Meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204 (5), 388-395.

Grunwald, M., Weiss, T., Mueller, S. & Rall, L. (2014). EEG changes caused by spontaneous facial self-touch may represent emotion regulating processes and working memory maintenance. *Brain Research*, 1557, 111-126.

Hui, K. K., Liu, J., Makris, N., Gollub, R. L., Chen, A. J., Moore, C. I. et al. (2000). Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects. *Human Brain Mapping*, 9 (1), 13-25.

Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y. & Stevens S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 898-907.

Sebastian, B. & Nelms, J. (2017). The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Explore*, 13 (1), 16-25.

van der Kolk, B. (2015). *The Body Keeps the Score. Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. London: Penguin Books.



**Antonia Pfeiffer**

Medizinische Hochschule Hannover  
Institut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
[antonia-pfeiffer@outlook.de](mailto:antonia-pfeiffer@outlook.de)

Antonia Pfeiffer studiert Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, absolviert dort momentan ihr praktisches Jahr und forscht seit 2014 im Rahmen ihrer Doktorarbeit über neuronale Wirkmechanismen der Klopftechniken. Sie ist außerdem in der Methode PEP ausgebildet.

# Neurogenes Zittern als neuer Baustein in der Traumabehandlung?

Praktische Erfahrungen und theoretische Erläuterungen

Susanne Winkler

**Zusammenfassung:** Die Spannungsregulation und Stressreduktion, vor allem bei traumatisierten Patienten,<sup>1</sup> aber nicht nur bei diesen, stellt für uns Psychotherapeuten immer wieder eine Herausforderung dar. Das neurogene Zittern ist ein angeborener Mechanismus der organismischen Spannungsabfuhr. David Berceci hat mit den Trauma and Tension Releasing Exercises (TRE) eine Technik entwickelt, die genau dieses neurogene Zittern zur Spannungsregulation und Stressreduktion nutzt. Es wird erklärt, warum und wie diese Technik wirkt und warum es von großem Nutzen sein kann, psychotherapeutischen Behandlungsmethoden diesen Behandlungsbaustein an die Seite zu stellen, der neurophysiologisch fundiert ist.

Wer hat nicht schon Erfahrung mit dem Zittern gemacht, nach übergroßer Anstrengung, nach einem Schock oder großer Erschütterung, bei großer Aufregung oder Angst oder Erschöpfung! Wer mit Trauma- oder Angstpatienten arbeitet, hat wahrscheinlich ebenfalls häufiger Berichte von „Zitteranfällen“ gehört oder diese in der psychotherapeutischen Situation miterlebt. Die Erfahrung des spontanen Zitterns ist uns vertraut, wenn auch oft irritierend. So sind wir in unserer Kultur bemüht, alles unter Kontrolle zu halten, gilt das Zittern doch als Zeichen der Schwäche, das zu unterdrücken oder zu beruhigen ist, z. B. im Falle eines Unfalls mit einer sog. Beruhigungsspritze.

Das Zittern hat – völlig zu Unrecht – einen schlechten Ruf. Viele von uns wissen vermutlich von den Berichten über die Kriegszitterer, zigtausende Soldaten, die im Ersten Weltkrieg

Einzig die Vertreter der Psychoanalyse, allen voran Freud und seine Kollegen Ferenczi, Abraham, Simmel und Jones, nahmen vehement dagegen Stellung (Freud, Ferenczi, Abraham, Simmel & Jones, 1919; siehe auch Freud, 1920). Auf dem fünften psychoanalytischen Kongress in Budapest, übrigens vor genau 100 Jahren im September 1918, sprachen sie von der Kriegsneurose, einer traumatischen Neurose, an der die Soldaten erkrankt seien, deren Symptome psychogener, also unbewusster Herkunft seien, diese Menschen mithin behandlungsbedürftig, aber auch -fähig seien. Freud sprach von einem Ich-Konflikt, also einem Konflikt innerhalb des Ichs (im Gegensatz zum Konflikt zwischen Es und Ich) (Freud, 1919, S. 5). Und Simmel verstand bereits, dass die Kriegsneurosen „eingeschaltete Sicherungen [sind], die den Soldaten vor der Psychose bewahren sollen“ (Simmel, 1919, S. 45) und berichtete, dass sich die Zittersymptomatik mithilfe der „kathartischen Methode“, Hypnose und Traumdeutung als reversibel

erwiesen hätte. In diesen Genuss aber kamen wohl die wenigstens Soldaten angesichts der „Zitterepidemie“ dieses nach heutiger Begrifflichkeit „psychogenen Tremors“ (Deuschl, Raethjen & Köster, 1998).

## — Das Zittern hat – völlig zu Unrecht – einen schlechten Ruf. —

aus den Schützengräben an der Westfront im Zustand eines Granatschocks nach Hause kamen, gelähmt oder unkontrolliert zitternd, ohne dass die hinzugezogene Ärzteschaft darauf hätte Einfluss nehmen können – schließlich wusste man ja auch noch nichts über die Auswirkungen von Trauma auf die Strukturen des Gehirns und die hormonellen Veränderungen im Körper. Stattdessen entwertete man sie damals als haltlose Affektmenschen, als Querulierer und unterstellte diesen schwer traumatisierten Männern, sie simulierten eine Krankheit, entweder zur Erzwingung von Rentenansprüchen oder um nicht wieder an die Front zurückgeschickt werden zu kön-

nen. Das Phänomen der Kriegszitterer – der totale Kontrollverlust seitens der Opfer, die damit einhergehende Hilflosigkeit des größeren Anteils der Helfer und die Scham auf beiden Seiten – ist, so nehme ich an, aber in das kollektive Gedächtnis unserer Gesellschaft, vermutlich aber in jedem Fall in das kollektive Gedächtnis unserer Profession eingraviert. Und so mögen dies die Gründe sein, dass obgleich „all-

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

gemein anerkannt ist, dass Körperzittern bei einer Reihe *psychischer* [Hervorh. der Autorin] Erkrankungen auftritt, [...] Bedeutung, Ätiologie und potenzieller therapeutischer Wert dieses Zitterns angesichts der Anzahl berichteter Fälle wenig Beachtung gefunden [haben]" (*Berceli, 2010a, S. 151*).<sup>2</sup> So haben wir zunächst gelernt, dass das Zittern ein Teil des Problems sei, dass es aber vor allem ein wichtiger Teil der Lösung sein kann, und warum dies so ist, davon berichtet dieser Artikel.

Es ist das Verdienst des Kieler Neurologen Deuschl, einer der führenden Wissenschaftler auf dem Gebiet der internationalen Tremorforschung, die vielfältigen Erscheinungsformen des Tremors kategorisiert und erforscht zu haben. Tremor wird definiert „durch eine unwillkürliche, rhythmische, oszillierende (annähernd amplitudengleiche) Bewegung mindestens einer funktionellen Region“ (Deuschl et al., 1998, S. 255). Obwohl Tremor ein schwierig zu klassifizierendes und meist noch schwieriger zu behandelndes Symptom darstelle, „ist nicht jede Art von Tremor krankhaft und der physiologische Tremor des Gesunden sogar ein unvermeidbares Begleitsymptom jeder muskulären Aktivität. Tatsächlich gibt es experimentelle Hinweise, dass der physiologische Tremor des Gesunden bei der Bewegungssteuerung nützlich eingesetzt wird. [...] Damit könnte der physiologische Tremor einen Bewegungsvorteil und nicht einen Nachteil bedeuten“ (Deuschl et al., 1998, S. 255).

Das hier in Rede stehende neurogene Zittern entspricht dem Begriff des physiologischen oder verstärkten physiologischen Tremors am ehesten. „Neurogenes Zittern wird als eine ursprüngliche somatische Erfahrung definiert, die in den natürlichen Abläufen des prozeduralen Gedächtnisses des Gehirns ihren Ursprung hat (Scaer, 2005). Sie sind ein natürlicher Teil der genetischen Ausstattung des menschlichen Organismus. Diese genetisch fundierte Entladung [...] hat eher einen physiologischen als einen psychologischen Ursprung“ (*Berceli, 2010a, S. 151*). Das Zittern wird vom Zentralnervensystem veranlasst und gesteuert.

Berceli, ein US-amerikanischer Körperpsychotherapeut, Theologe, Clinical Social Worker und promoviert in Social Work Research (PhD), lebte, studierte und arbeitete über längere Zeit im Nahen Osten sowie in Teilen Afrikas. Er erlebte unter anderem in den 1980er Jahren den Libanonkrieg hautnah. Neben vielen persönlichen Erfahrungen an sich selbst und mit anderen traumatisierten Menschen machte er u. a. zwei für die Entwicklung seiner Technik Trauma and Tension Releasing Exercises (TRE), die das neurogene Zittern nutzt, entscheidende Beobachtungen.

In den Bombenkellern erlebte er, dass sich unter den Detonationen von Bomben alle Menschen (unabhängig von Religion, Nationalität und Hautfarbe) in gleicher Weise und reflexhaft in eine fötale Haltung zusammenkugelten und die weiche Vorderseite damit schützten. Diese Beobachtung veranlasste ihn später zur Erforschung der Funktion des Psoas, desjenigen

Muskels, der dem Körper u. a. ein sich zusammenziehendes Bewegungsmuster erlaubt, das von den Knien über den Psoas durch den ganzen Körper bis hin zu den Kaumuskeln verläuft. Der Psoas ist ein sehr großer Muskel, der an der Vorderseite der Wirbelsäule am Übergang von der Brust- zur Lendenwirbelsäule ansetzt und diese mit dem Becken und den Beinen verbindet. Die zweite Beobachtung machte er, als er zwei kleine Kinder während eines Angriffs auf den Knien hielt, die haltlos zitterten, während er selbst und die anderen Erwachsenen ihr Zittern unterdrückten, um die Kinder nicht noch weiter zu ängstigen. Er nahm wahr, dass die Kinder, die gezittert hatten, sich sehr viel schneller von dem traumatischen Ereignis erholten als er selbst und die Erwachsenen, die erstarrt waren und sich kaum daraus lösen konnten (*Berceli, 2010a*). Das weckte seine Neugier und er begann, da er schließlich selbst traumatisiert in die Vereinigten Staaten zurückkehrte, seine Recherche über das Zittern, die ihn schließlich mit der Schule der Bioenergetischen Analyse (Lowen, 1978; Lowen & Lowen, 1979) bekannt machte. Lowen, der Begründer dieses körperpsychotherapeutischen Ansatzes, nutzte das Vibrieren und Zittern therapeutisch von Anbeginn an in den 1950er Jahren zur Lösung von Blockierungen, Zuständen der Erstarrung und fehlender Energie. Bercelis Suche nach Auswegen führte ihn darüber hinaus auch zu den neuen Erkenntnissen der Traumaforschung und der Neurowissenschaften.

## „Das Trauma ist seinem Wesen nach nonverbal“ (Levine)

So sagt es Levine in seinem Vorwort zu *Scaer (2014)*. Die dysregulierten Arousalzustände, mit denen traumatisierte Menschen oft kämpfen, seien mit der Redekur häufig nicht erreichbar. Scaer wird nicht müde darin, zu betonen, dass ein Trauma im prozeduralen Gedächtnis gespeichert wird, in dem alles, was die sensorischen Systeme während des traumatischen Ereignisses wahrnehmen, abgelegt ist (Scaer, 2017, S. 142).

Aus diesem Grunde entwickelte man unterschiedliche Wege, um den Körper nicht nur in die Behandlung miteinzubeziehen, sondern mehr noch, ihn zum Ausgangspunkt der Behandlung zu machen. Beispielhaft seien hier *Ogden, Kekuni und Pain (2010)*, die den sensumotorischen psychotherapeutischen Ansatz formulierten, und *Levine (2011)*, der das Somatic Experience entwickelte, genannt.

## TRE – Eine Selbsthilfemethode

Berceli ging es im Gegensatz dazu darum, kein neues Therapieverfahren zu begründen, sondern – ganz pragmatisch und unabhängig von der Verfügbarkeit eines Psychotherapeuten – traumatisierten Menschen ein Selbsthilfeinstrument an die

<sup>2</sup> Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

Hand zu geben, das auch geeignet ist, in Situationen von Ohnmacht und Abhängigkeit die Autonomie einer Person wieder zu stärken und ihr zu helfen, traumabedingte Spannungszustände selbst zu lösen. Das beobachten auch Psychotherapeuten, die ihren Patienten TRE beibrachten: Das Wieder- oder Neuerleben von Selbstwirksamkeit stabilisiert und die Zuversicht, Übererregungssymptomen nicht mehr ohnmächtig ausgeliefert zu sein, wächst ebenso wie das Selbstvertrauen, dem Körper helfen zu können, sich von Spannungen zu lösen und zu heilen. Besonders angesichts des epidemischen Ausmaßes von Traumatisierungen durch Krieg, Terror und Gewalt war es ihm ein Anliegen, größere Bevölkerungsgruppen zu erreichen. So entwickelte er mit den TRE eine kleine Übungsserie, die das Zittern induziert und sich wohl von allen gängigen Entspannungsverfahren darin unterscheidet, dass sie die unwillkürliche Muskulatur aktiviert. TRE lässt sich als Baustein auch in andere Behandlungskonzepte (u. a. zur Behandlung von Traumata) integrieren, kann eine Therapie entscheidend unterstützen (Steckel, 2015) und ist sowohl anwendbar auf Gruppen, die aufgrund äußerer Ereignisse unter PTBS leiden als auch auf Personen, die mit Symptomen einer Entwicklungsraumatisierung aus der Kindheit in die psychotherapeutische Praxis kommen. „Der Körper reagiert auf alle Traumata in ähnlicher Art und Weise, gleich ob es sich um ein Trauma handelt, das auf langanhaltende Entwicklungsprobleme zurückgeht, oder um die Wirkung einzelner lebens-

### Die neuen Erkenntnisse in den Neurowissenschaften legen nahe, dass eine Erholung von Traumata ohne Einbeziehung des Körpers schwierig ist.

bedrohlicher Ereignisse“ (Berceli, 2010a, S. 153). So reagiert der Körper nicht nur bei einem Bombenangriff reflektorisch mit dem Zusammenkugeln der Vorderseite, sondern auch in Form von kleinen, fast unmerklichen Bewegungen der gleichen Art bei Episoden des angstvollen Schreckens im Alltag. Ist z. B. ein Kind einer anhaltenden Bedrohungssituation im Elternhaus (gleich ob durch Gewalt oder durch Vernachlässigung) ausgesetzt, so kontrahiert sich sein Psoas instinktiv unwillkürlich und dauerhaft, wodurch sich diese Spannungssituation chronifiziert. Löst sich diese Dauerspannung nicht auf, entsteht ein anhaltendes Hyperarousal, ein Zustand der Alarmbereitschaft oder sogar der Erstarrung, der dem Gehirn mitteilt, dass die Gefahr weiterhin besteht, auch wenn sich im Außen die Situation gerade als harmlos darstellt.

„Eine wirkliche Veränderung kann nur stattfinden, wenn der Körper lernt, dass eine Gefahr vorüber ist“ (van der Kolk)

Die enormen Fortschritte in den Neurowissenschaften haben uns völlig neue Erkenntnisse über die Verarbeitungsprozesse traumatischer Erfahrungen im Gehirn beschert. Sie legen na-

he, dass eine Erholung von Traumata ohne Einbeziehung des Körpers schwierig ist. So konstatiert van der Kolk, dass „Traumata [...] zu einer völligen Neuorganisation im Geist und Gehirn [führen]. Sie verändern nicht nur, wie wir denken und womit wir uns befassen, sondern auch unsere Denkfähigkeit selbst. Wir haben festgestellt, dass es durchaus sinnvoll ist, Traumatisierten zu helfen, ihre Erlebnisse in Worte zu fassen, dass allein dies aber in der Regel nicht ausreicht. Die Fähigkeit, eine Geschichte zu erzählen, verändert nicht zwingend die automatischen physischen und hormonellen Reaktionen eines weiterhin hypervigilanten Körpers, der in der Erwartung verharrt, zu jedem beliebigen Zeitpunkt angegriffen oder verletzt werden zu können. Eine wirkliche Veränderung kann nur stattfinden, wenn der Körper lernt, dass eine Gefahr vorüber ist und er wieder in der gegenwärtigen Realität lebt“ (van der Kolk, 2016, S. 32).

Unter den vielen verschiedenen Faktoren, die bei übermäßigem Stress und Trauma auf der Ebene des Körpers zusammenwirken, möchte ich daher im Folgenden den Fokus auf die Selbstregulation und Steuerung der unterschiedlichen Arousalzustände legen. Im Normalzustand befindet man sich in einem relativen Gleichgewicht einer ausgeglichenen Balance zwischen parasympathischer und sympathischer Aktivität unseres Autonomen Nervensystems (ANS), in einem Bereich, der auch Toleranzfenster genannt wird. Traumatisierte Menschen jedoch erleben häufig Hyperarousal oder/und Hypoarousal und pendeln oft zwischen diesen beiden Extremen hin und her. Traumatisierte Menschen erleben im Zustand des Hyperarousals einen so starken Erregungszustand, „dass die Betroffenen Informationen nicht effektiv verarbeiten können und sie

werden von intrusiven Bildern, Affekten und entsprechenden Körperempfindungen geplagt“ (Ogden et al., 2010, S. 66). „Hyperarousal bewirkt, dass Traumatisierte ihren körperlichen Hinweisen zur Warnung vor bevorstehender Bedrohung nicht mehr trauen können und diese dadurch ihre Alarmfunktion verlieren“ (Ogden et al., 2010, S. 75). Demgegenüber leiden Menschen im Zustand des Hypoarousals „unter physischen Erscheinungen, die durch einen generellen Mangel an Emotionen und Empfindungen hervorgerufen werden: Gefühle der Taubheit, Abgestorbenheit oder Leere, der Passivität und manchmal auch der Lähmung“ (Ogden et al., 2010, S. 66). Das Hypoarousal geht einher mit Störungen der Wahrnehmung innerer Körperempfindungen, die Verarbeitung von Emotionen ist eingeschränkt und die kognitive Verarbeitung wird deaktiviert. „Diese als Traumatrigger fungierenden autonomen Reaktionen setzen die Betroffenen der Willkür dysregulierten Arousal aus“ (Ogden et al., 2010, S. 66).

### Die Polyvagaltheorie von Porges

An dieser Stelle ist es für das weitere Verständnis hilfreich, die Polyvagaltheorie von Porges hinzuziehen, auf die sich

sehr viele Traumatherapeuten stützen. Diese Theorie beschreibt eine Hierarchie von Defensivstrategien. Noch bis zur Mitte der 1990er Jahre ging man von einem Gleichgewicht zweier antagonistischer Tendenzen des ANS aus. Porges fand jedoch heraus, dass es drei hierarchisch organisierte Subsysteme gibt, die unsere neurobiologische Antwort auf Reize aus der Umwelt bestimmen. Dabei handelt es sich um 1. den ventral-parasympathischen Ast des Vagusnervs, der für Immobilisation ohne Furcht und das sog. System Soziales Engagement (SSE) steht, das System, das wir mit anderen Säugetieren gemeinsam haben und das für die Aufzucht des Nachwuchses die spezifischen Voraussetzungen erfüllt, 2. das sympathische System, notwendig für die Mobilisation für Kampf und Flucht sowie 3. den dorsal-parasympathischen Zweig des Vagusnervs, für die Immobilisation mit Furcht (Erstarrung oder Kollabieren) zuständig und der phylogenetisch älteste Teil des parasympathischen Nervensystems.

Welchen physiologischen Zustand das ANS initiiert, hängt vom Grad der Sicherheit ab (*van der Kolk, 2016, S. 99*), der wiederum von der Neurozeption registriert wird. Damit meint Porges den Vorgang der Wahrnehmung, ob eine Umgebung oder Person als harmlos oder gefährlich oder gar lebensbedrohlich einzuschätzen ist. Diese Wahrnehmung „findet in den primitiven Bereichen des Gehirns statt, ohne dass uns dies bewusst wird“ (*Porges, 2010, S. 30*). Es ist eine Wahrnehmung, die aus den Organen, Geweben und Knochen gespeist wird.

Das System Soziales Engagement ermöglicht eine hohe kommunikative Flexibilität und reguliert Körperbereiche, die bei der sozialen Interaktion genutzt werden. Ist der Komplex des ventralen Vagus aktiv, übermittelt er auch Signale an Herz und Lungen und kann darüber das sympathische und dorsal-parasympathische System hemmen („vagale Bremse“). So springt das sympathische System nur an, wenn es wirklich gebraucht wird. Wenn die Bemühung aber misslingt, innerhalb einer hinreichend sicheren Umgebung Sicherheit und Schutz zu erfahren und man sich in Gefahr befindet, schaltet der Organismus auf die primitivere Art der Überlebenssicherung um: auf Kampf oder Flucht, das sympathische Nervensystem übernimmt das Kommando. Das Alarmzentrum des limbischen Systems ist die Amygdala. Ihre Aufgabe ist es, „herauszufinden, ob ein Input überlebenswichtig ist“ (*van der Kolk, 2016, S. 77*). Bei Gefahreninformationen informiert die Amygdala unter Umgehung des Teils des Gehirns, der eine kognitive Überprüfung vornehmen würde, sofort den Thalamus. Dieser aktiviert die Stresskaskade, an der entscheidend die HPA-Achse beteiligt ist, und die zur Ausschüttung starker Stresshormone wie Adrenalin, Noradrenalin und letztlich Kortisol führt. Damit wird die für die Reaktionen von Flucht und Angriff notwendige Energie bereitgestellt. „Führen intensive physische Reaktionen wie Laufen oder Kämpfen zum Erfolg, wird dadurch nicht nur das Ausmaß der Bedrohung verringert, sondern außerdem werden die aufgrund der Gefahr ausgeschütteten Botenstoffe abgebaut. Und beide genannten Faktoren tragen zur Rückkehr des Arousal-Niveaus in das Toleranzfenster bei“ (*Ogden et al., 2010, S. 71*).

In diesem Fall haben die Muskeln die biochemische Reaktion vollständig entladen (*Berceli in Heinrich-Clauer & Schlippe, 2006*). „Ist die Erholungsfähigkeit jedoch gestört, verbleibt der Körper in einer für die Selbstverteidigung erforderlichen Verfassung, verbunden mit einem Gefühl ständiger Erregung“ (*van der Kolk, 2016, S. 77*).

Wenn weder Kampf noch Flucht mehr möglich sind, gerät ein Mensch in eine lebensbedrohliche Klemme, die Huber die „traumatische Zange“ nennt, „dann bleibt dem Gehirn nichts anderes übrig, um der äußersten Bedrohung, nämlich der Auflösung des Selbst, zu entkommen, als: Freeze und Fragment“ (*Huber, 2005, S. 43*; siehe auch *Simmel, 1919, S. 45*). Es kommt zur letzten Defensivreaktion, der des dorsal Vagus-Komplexes, mit Reaktionen des Erstarrens und des Kollabierens in einen Zustand der Immobilität (u. a. Übelkeit, Verlangsamung des Herzschlages, flacher werdende Atmung, kognitive Probleme, Dissoziation, Depersonalisation), der lebensbedrohlich werden kann. Es werden große Mengen von Endorphinen und Opioiden ausgeschüttet, die den Organismus für Schmerz unempfindlich machen und ihm dabei helfen, die Todesangst zu neutralisieren (*Huber, 2005, S. 43*). Ein dramatisches Beispiel hierfür schildert Levine vom Afrikaforscher Livingstone, der den Angriff eines Löwen überlebte, und während dieses Angriffs tatsächlich weder Angst noch Schmerz empfand (*Levine, 2011, S. 75*).

## „Ein Trauma ist im Grunde eine Art Gefangenschaft“ (Scaer)

Dieses Bild findet *Scaer (2014, S. 85)*. Wenn also die biochemischen Reaktionen nicht durch Kampf und Flucht entladen bzw. Freeze-Zustände nicht aufgelöst werden können, kann eine nicht zu stoppende neurobiologische Rückkopplungsschleife entstehen, die die Person in einer Art psychophysischer Gefangenschaft hält. „Solange das Gehirn nicht das Signal vom Zentralnervensystem erhält, dass die Gefahr vorbei ist, wird der Körper weiterhin das bioneuronale Muster von Schutz und Verteidigung aufrechterhalten und wiederholen. Der Schlüssel zu einer erfolgreichen Erholung vom Trauma ist, die natürlichen Lösungsmechanismen des Körpers zu aktivieren, die dem Körper bedeuten, in einen Zustand der Ruhe und Wiederherstellung zurückzukehren“ (*Berceli in Heinrich-Clauer & Schlippe, 2006, S. 216*; siehe auch *Berceli 2018, S. 30*; *Scaer, 2017, S. 139ff*; *Levine, 2011, S. 80*; *Ogden et al., 2010, S. 139*).

## Empirie und Forschung

Berceli arbeitete unter anderem sehr viel mit Veteranen, die schwer gestresst oder traumatisiert aus Afghanistan oder dem Irak nach Hause zurückkamen. Kaum waren sie in Sicherheit, entwickelten sie unkontrollierbare Aggressionen innerhalb ihrer Familien. Berceli brachte ihnen die Trauma and Tension Releasing Exercises bei und machte die Erfahrung,

dass die Veteranen sich zunehmend wieder besser regulieren konnten, die Aggressionen deutlich abnahmen und gefährdete Ehen sich wieder konsolidierten. Seine erfolgreichen Erfahrungen der Stressreduktion u. a. bei Veteranen führten schließlich zu der Finanzierung der unten genannten Studie. Auf Einladung von Regierungen oder Institutionen vor Ort reiste er u. a. nach den verheerenden Erdbeben in der Provinz Sichuan 2009 nach China, nach der Reaktorkatastrophe 2011 nach Fukushima, Japan, nach dem Amoklauf 2011 nach Oslo, Norwegen, sowie zu den Flüchtlingslagern an der türkisch-syrischen Grenze, um dort Schulungen von Trauma-Fach- und Laienhelfern vorzunehmen. Schulungsmaterial in arabischer Sprache liegt inzwischen vor.

Die empirischen Erfahrungen mit der Anwendung von TRE hat Berceli in einem Buch zusammengefasst, in dem er Praktiker aus zwölf Ländern zu Wort kommen lässt und das ein breites Spektrum in der Anwendung von TRE reflektiert (Berceli, 2015). Herausgreifen möchte ich ein Beispiel aus Kopenhagen, wo in Zusammenarbeit mit der dänischen Multiple Sklerose-Gesellschaft mit den TRE und ab August 2018 an einer evaluierenden Studie gearbeitet wird. Nissen beschreibt anhand von Kasuistiken positive Effekte unter dem Einsatz

### Die Forschung zur sehr jungen Technik der Trauma and Tension Releasing Exercises steckt noch in den Anfängen.

von TRE in der Verarbeitung des Schocks angesichts dieser Diagnose und im Umgang mit der Krankheit wie u. a. die Abnahme von Angst, Depression und Stress und eine Verbesserung der Körperwahrnehmung und Akzeptanz der Erkrankung (Nissen, 2015). Außerdem liegen Filme vor, die zeigen, wie gehandicapte Menschen durch TRE ihre Vitalität wieder gewinnen.

Die Forschung zu dieser sehr jungen Technik steckt noch in den Anfängen. Eine größer angelegte Studie läuft zurzeit in Phoenix, USA, mit an PTBS erkrankten Veteranen aus dem Irak- und Afghanistankrieg. Noch unter Obama wurde 2015 ein zweijähriges Forschungsprojekt vom US-Army Medical Research And Material Comand (USAMRMC) bewilligt, bei dem die Effektivität des neurogenen Zitterns hervorgerufen durch TRE als beigeordnete Behandlung (adjunctive treatment) von PTBS und Stress klinisch untersucht werden soll. Eine erste europäische Studie unternahmen Nibel und Herold (2017). Deren anfängliche Befragung von TRE-praktizierenden Personen und eine zweite Befragung nach sechs bis neun Monaten (Selbstauskünfte, n = 78) erbrachten z. B. bemerkenswerte Verbesserungen des körperlichen und seelischen Befindens (gelassener, zuversichtlicher, besseres Körpergefühl, besserer Schlaf) und u. a. weniger Schmerzen, weniger Beruhigungsmittel und eine geringere Inanspruchnahme von Physiotherapie. Ihre empirischen Untersuchungen über die Auswirkungen und Effekte der Anwendung von TRE bei ver-

schiedenen Nutzergruppen (u. a. ukrainische Soldaten, die Reha-Patienten waren, sowie Militärpsychologen) werden beide Autoren im kommenden Jahr vorstellen (Nibel & Herold, 2019).

Für die klinisch tätigen Psychotherapeuten ist es von großem Interesse, zu wissen, ob die TRE z. B. dazu beitragen können, in einer Therapie zu einer rascheren Grundberuhigung zu gelangen, ob Therapiemotivation und Selbstwirksamkeit sich erhöhen, ob die oft gestörte Erholungsfähigkeit durch Verbesserung des Schlafes eher erreicht wird oder die Vitalisierung niedergedrückter Patienten damit in Gang kommen kann und sich psychosomatische Symptome bessern. Wie bewähren sich die TRE im Vergleich zu anderen Entspannungsmethoden wie progressiver Muskelentspannung, autogenem Training, Achtsamkeitstraining oder Yoga? Verbessern sich physiologische Parameter wie der Kortisolspiegel, Blutdruck oder die Herzratenvariabilität als Stressindikatoren unter der Praktizierung von TRE? Sind dysfunktionale Bemühungen, den Stress abzubauen und sich darüber zu „beruhigen“, wie z. B. durch exzessiven Sport, durch vermehrtes Rauchen und durch anderes Suchtverhalten durch den Einsatz von TRE beeinflussbar? Können TRE einen Beitrag leisten beim Abbau der Sym-

ptome von PTBS, wie z. B. der Häufigkeit von Flashbacks, dem Ausmaß von Hypervigilanz oder von Konstriktion? Eine qualitative wie auch quantitative Forschung, die wegen des standardisierten Sets von Übungen auch relativ un-

kompliziert machbar wäre und die Antworten geben könnte auf diese Fragen, wäre von Wichtigkeit. Immerhin sind die TRE eine sprach- und kulturunabhängige Technik, die für ein breites Spektrum von stress- und traumainduzierter Symptomatik als Hilfsinstrument infrage kommt. Und, dies soll nicht unerwähnt bleiben, sie könnte sich als eine erstaunlich kostengünstige Ergänzung zum bereits vorhandenen Behandlungsinstrumentarium erweisen.

Über die Wirksamkeit der Technik TRE gibt es schlüssige Hypothesen, die es außerdem zu verifizieren gälte: Berceli vermutet, dass die positiven Resultate auf die Deaktivierung der HPA-Achse zurückzuführen sind (Berceli, 2010a, S. 150), womit das Gehirn die Botschaft erhält, dass die Gefahr vorbei ist und die Kortisolproduktion aufhört. Scaer geht davon aus, dass „die Löschung („discharge“) der Erstarrung [...] der Abschluss des Selbstverteidigungsaktes [ist] und [...] die prozedurale Erinnerung an das erlebte Trauma [löscht]“ (Scaer, 2017, S. 182). Und ähnlich zu Scaer nimmt Porges an, dass TRE wirkt, weil innerhalb eines sicheren Kontextes eine Entladung von Reaktionen wie Fliehen, Kämpfen oder Einfrieren erzeugt wird, was an sich inkompatibel sei. Weil das System Soziales Engagement (Sicherheit) aber hierarchisch den anderen Defensivsystemen übergeordnet ist, setzt es sich durch und sorgt für das Gefühl „die Gefahr ist vorbei“, also für Entspannung (Porges, zitiert nach Berceli, 2010b).

## Die Trauma and Tension Releasing Exercises

Mit den Trauma and Tension Releasing Exercises ist eine einfache Serie sieben kleiner Übungen gemeint, die der Anatomie des Psoas folgend aufeinander aufgebaut sind und die bestimmte Muskelgruppen (Muskulatur der Waden, Oberschenkel, Adduktoren, des Beckens, des Psoas sowie des unteren und oberen Rückens bis zu den Schultern) durch bestimmte Positionen und eine gewisse isometrische Spannung dehnen, anspannen und durch wiederholtes Ausführen der Bewegung ermüden, d. h. darüber in Stress versetzen und dadurch in kontrollierter Weise ein mildes neurogenes Zittern hervorrufen. Die ersten sechs Übungen finden im Stehen statt, die letzte im Liegen, wobei das Zittern in den beiden letzten Übungen und vor allem dann im Liegen in der Ruhe einsetzt. Ziel dieser Übungen ist es, neurogenes Zittern hervorzurufen, um Muster tiefer chronischer Spannung zu lösen. Das Zittern setzt sich nach einigem Üben über die Beine ins Becken bis in den Nacken und die Muskulatur des Kiefers fort. Vor allem wird darüber der Psoas als tief in der Mitte des Körpers liegender Muskel und damit die wichtigste Muskelgruppe erreicht, die die Schockreaktion auf muskulärer Ebene organisiert und bei Chronifizierung seiner Verspanntheit vielfach für Rückenbeschwerden sorgt (Berceli, 2018, hier sind auch die Übungen detailliert zu finden). Über die Faszien kann schließlich der ganze Körper vom Zittern erfasst werden. Eine Stopptechnik (das Durchdrücken der Kniegelenke im Stehen und das Ausstrecken der Beine im Liegen), die immer gemeinsam mit den Übungen gelehrt wird, stellt sicher, das Zittern jederzeit unterbrechen zu können, wann immer dies gewünscht ist, was dem Praktizierenden Sicherheit und Kontrolle, das Ziel der Selbstregulation, ermöglicht. Die Übungen können nicht nur im Einzelsetting, sondern auch in der Gruppe durchgeführt werden. Patienten berichten nach den Übungen von einem Gefühl des Friedens, des ganz Im-Hier-und-Jetzt-Seins, von bisher nicht gekannter Ruhe und Entspannung. Das neurogene Zittern bietet gewissermaßen den Rückweg in das System Soziales Engagement (SSE) an, den man bisher nicht hatte finden können.

Die Anwendung der Übungen ist einfach, die Vermittlung der Anwendung ist unaufwendig, aber unverzichtbar zu erlernen. Die Technik der TRE ist als Baustein innerhalb einer ambulanten Therapie (Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie) ebenso wie als Gruppenangebot in einem stationären Setting z. B. in einer psychosomatischen Klinik gut vorstellbar. Sie wendet sich u. a. an Menschen mit der Schwierigkeit, ihre Übererregungszustände zu regulieren (z. B. bei Angst- und Panikstörungen), aber auch an solche, die es mit Hypoarousal aus dem depressiven Spektrum, mit dem Eingefrorensein zu tun haben. Menschen mit einer Trau-

mafolgestörung, die ja häufig mit der Selbst- und Spannungsregulation große Schwierigkeiten haben, können gut davon profitieren. Die TRE-Arbeit mit komplex traumatisierten Patienten sollte durch traumatherapeutisch ausgebildete Psychotherapeuten geschehen. Bei Patienten mit einer dissoziativen Identitätsstörung ist unbedingt vorher psychotherapeutische Vorarbeit zu leisten. Hier wäre dann mit großer Vorsicht, äußerst langsamem Tempo und kleinschrittiger Dosierung der Zitterreaktion vorzugehen, denn jegliche Körperempfindung ist evtl. mit der Terrorerfahrung verbunden und löst wahrscheinlich den sog. Kindling-Effekt (Scaer, 2014, S. 90) aus. Damit diese Patientengruppe davon profitieren kann, muss die Anwendungstechnik hier evtl. noch verfeinert, noch modifiziert werden.

Sehr gut eignen sich die Übungen als Instrument der präventiven Psychohygiene für belastete Psychotherapeuten, die viel mit traumatisierten Menschen zu tun haben und in Gefahr stehen, in eine sekundäre Traumatisierung zu geraten und an „compassion fatigue“ zu erkranken. Huber verweist in

— Die Technik der Trauma and Tension Releasing Exercises wendet sich u. a. an Menschen mit der Schwierigkeit, ihre Übererregungszustände zu regulieren, aber auch an solche, die es mit Hypoarousal aus dem depressiven Spektrum zu tun haben. —

einem eigenen Kapitel auf diese Gefahr und die Notwendigkeit, Übertragungsphänomene dieser Art im Auge zu behalten (Huber, 2004, S. 275ff.; siehe auch Levine, 2011, S. 178; Heinrich-Clauer, 2008, S. 161-178).

Ich selbst biete meinen Patienten TRE an, weil sie relativ rasch zu einem besseren Gefühl der Selbstwirksamkeit verhelfen, ein lebendigeres Körpergefühl vermitteln und die Patienten sich selbst neu und positiv erfahren lassen. Immer erkläre ich die dahinterstehende Theorie. Hier zwei Beispiele, eines mit einer deutlichen Symptomatik von Übererregung, das zweite mit einer eher depressiven Symptomatik, einem sog. „Burnout-Syndrom“ und einer Fibromyalgie.

### Beispiele

Der erste Patient kam wegen ständiger Panikattacken zu mir und berichtete mir von vier schrecklichen traumatischen Schicksalsschlägen innerhalb kürzester Zeit. Er war tief geschockt, schaltete auf „Autopilot“ und war weitgehend von seinem emotionalen Erleben dissoziiert und manchmal wie erstarrt. Dies half ihm immerhin, wichtige Entscheidungen zu treffen, umzuziehen, seine Arbeit zu regeln und seinen kleinen Sohn von den Eltern betreuen zu lassen – alles mit Erfolg. Als er sich dann aber in Sicherheit wusste und sich entspannen konnte, entwickelte er heftige Panikattacken, was für ihn un-

erwartet kam und völlig unverständlich war. Verständlich wird dies aber, wenn man sich vergegenwärtigt, dass er aus der Erstarrung kommend auf dem Rückweg zu einem hinreichend sicheren Ort (der sein SSE aktivieren sollte) nun erst einmal in die Zone des sympathischen Hyperarousals geriet, mit der Folge von Panikaffekten, die er in keiner Weise zu regulieren vermochte (siehe auch *Levine, 2011, S. 141*). Ich erklärte ihm die traumaphysiologischen Zusammenhänge und brachte ihm die TRE-Übungen bei. Sobald sich Panik ankündigte, begab er sich nun ohne zu zögern in diese Übungen, um nach wenigen Monaten erstaunt festzustellen, dass die Panikattacken fast vollständig verschwunden waren und er wieder mehr in sein Gleichgewicht kam. Auf einem geringeren Erregungslevel waren nun Einsichts- und Verarbeitungsprozesse seiner Geschichte möglich und eigene Anteile beschaubar.

Als zweites Beispiel sei das einer Patientin genannt, die in ihrer Kindheit durch häusliche Gewalt schwer traumatisiert wurde und mit einer sog. Burnout- und Stresssymptomatik (massive Schlafstörungen, hohe Reizbarkeit, Gedächtnisausfälle, schwere Erschöpfung etc.) die Psychotherapie aufsuchte. Erfolgreich im Beruf trug sie viel Verantwortung, forderte von sich das Maximale an Einsatz ab und arbeitete wegen fehlender Selbstwahrnehmung bis zur Erschöpfung. Psychodynamisch handelte es sich um eine parentifizierte Patientin, die durch ihren Höchsteinsatz doch noch die Anerkennung der elterlichen Objekte erwerben wollte, und in der Vorstellung arbeitete, das Schlimmste zu verhindern. Bereits mit Anfang 50 musste sie frühberentet werden. Sie entwickelte eine Fibromyalgie, doch es gelang ihr nicht, den Rat ihres Rheumatologen, sie solle sich doch mal entspannen, zu befolgen und für sich eine wirksame Möglichkeit hierfür zu finden. Die Spannungsabfuhr über das neurogene Zittern wurde für sie zu einer zentralen Erfahrung. Weder ihre Schlafstörungen noch ihre Schmerzsymptomatik hatte sie bisher wirklich nachhaltig beeinflussen können. Sie nutzte für sich die Zitterübungen meistens nachts und berichtete, dass ihre Schlafstörungen deutlich nachließen und sich sogar ihre Schmerzsymptomatik verbesserte.

## Fazit

Mit der Technik der Trauma and Tension Releasing Exercises wurde ein sprach- und kulturunabhängiger Behandlungsbau- stein entwickelt, der helfen kann, die Selbstregulation bei Trauma und sehr großem Stress deutlich zu verbessern. Damit können psychotherapeutische Prozesse in der Verarbeitung von Trauma entscheidend unterstützt werden, indem sie helfen, dysregulierte Arousalzustände zu beeinflussen, die häufig die emotionalen und kognitiven Verarbeitungsprozesse blockieren. Als Selbsthilfemittel können sie das Gefühl von Selbstwirksamkeit von Patienten und deren Zuversicht, Übererregungszuständen nicht länger hilflos ausgeliefert zu sein, stärken und damit die Autonomieentwicklung fördern. Leicht erlernbar lassen sich die Übungen in ambulante Psy-

chotherapien wie in stationären Settings als psychoedukatives Angebot integrieren. Evaluierende Forschung ist notwendig und wird in Angriff genommen; sie könnte ganz neue Einsichten in den Traumaheilungsprozess erschließen.

## 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

- Berceli, D. (2010a). Neurogenes Zittern. Eine körperorientierte Behandlungsmethode für Traumata in großen Bevölkerungsgruppen. *Trauma & Gewalt*, 4 (2), 148-157.
- Berceli, D. (Hrsg.). (2015). *Shake it off naturally. Reduce stress, anxiety, and tension with (TRE)*. o. O.: Herausgeber.
- Berceli, D. (2018). Körperübungen für die Traumaheilung und zur Stressreduktion im Alltag (8. Aufl.). Papeburg: Norddeutsches Institut für Bioenergetische Analyse e. V.
- Heinrich-Clauer, V. (2008). Therapeuten als Resonanzkörper: Welche Saiten geraten in Schwingung? In V. Heinrich-Clauer (Hrsg.), *Handbuch der Bioenergetischen Analyse* (S. 161-178). Gießen: Psychosozial.
- Heinrich-Clauer, V. & Schlippe, A. von (2006). „... dem Körper zu erlauben, sich laufend selbst zu heilen“. David Berceli im Gespräch mit Vita Heinrich-Clauer und Arist von Schlippe. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (2), 215-219.
- Huber, M. (2004). *Wege der Traumabehandlung – Trauma und Traumabehandlung Teil 2*. (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Levine, P. A. (2011). *Sprache ohne Worte*. München: Kösel.
- Nibel, H. & Herold, A. (2019, im Druck). Körperorientiertes Coaching für ressourcenschonendes Auflösen chronischer Stressreaktionen. In J. Heller (Hrsg.), *Resilienz für die VUCA-Welt. Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln*. Wiesbaden: Springer.
- Nissen, M. (2015). Using TRE with People with Multiple Sclerosis (MS) in the Danish Multiple Sclerosis Society. In D. Berceli (Hrsg.), *Shake it off naturally. Reduce stress, anxiety, and tension with (TRE)* (S. 102-120). o. O.: Herausgeber.
- Ogden, P., Kekuni, M. & Pain, C. (2010). *Trauma und Körper*. Paderborn: Junfermann.
- Scaer, R. (2014). *Das Trauma-Spektrum. Verborgene Wunden und die Kraft der Resilienz*. Lichtenau: G. P. Probst.
- Steckel, H. (2015). TRE and Psychotherapy. TRE: In, With and Beyond Psychotherapy. In D. Berceli (Hrsg.), *Shake it off naturally. Reduce stress, anxiety, and tension with (TRE)* (S. 148-161). o. O.: Herausgeber.
- van der Kolk, B. (2016). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann* (2. Aufl.). Lichtenau: G. P. Probst.



### Dipl.-Psych. Susanne Winkler

Beseler Allee 30  
24105 Kiel  
[susanne\\_winkler@t-online.de](mailto:susanne_winkler@t-online.de)

Susanne Winkler ist Psychologische Psychotherapeutin (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) und in eigener Praxis in Kiel niedergelassen. Sie ist Traumatherapeutin (EMDR), Bioenergetische Analytikerin, Dozentin am Norddeutschen Institut für Bioenergetische Analyse (NIBA) und zertifizierende int. Trainerin für TRE.

# Hintergrund und Kommentar

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

### Redaktionelle Vorbemerkung:

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

viele von Ihnen haben vom Ergebnis der Begutachtung der Humanistischen Psychotherapie (HPT) durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) in den Psychotherapeutenkammern, über die Verbände oder durch Beiträge in der Fachpresse erfahren. Am 19.01.2018 veröffentlichte der WBP sein Gutachten, in dem er feststellte, dass die HPT nicht als Verfahren einzustufen sei und auch für die einzelnen Ansätze der HPT keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz vorliege, um sie als wissenschaftlich anerkannte Verfahren einzustufen. Infolgedessen konnten weder die HPT als Verfahren noch die einzelnen Ansätze der HPT für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- oder Jugendlichenpsychotherapeuten durch den WBP empfohlen werden. Das Gutachten hat in der Fachöffentlichkeit eine Kontroverse um den gesamten Prozess der Begutachtung und Bewertung der Forschungslage durch den WBP ausgelöst und viele Fragen aufgeworfen.

Der Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals sieht sich – wie in Ausgabe 2/2018 angekündigt – in der Pflicht, Sie über die sachlichen Hintergründe der Begutachtung sowie die Kritik daran zu informieren.

Als einen ersten Einstieg finden Sie in dieser Ausgabe eine einführende Information zum WBP als Institution und zum Verfahren der Begutachtung der HPT durch den WBP. Darüber hinaus veröffentlichen wir eine kritische Kommentierung des Begutachtungsverfahrens und -ergebnisses durch Herrn Professor Kriz, den federführenden Autor des Antrags der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT).

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Anne Springer (Berlin), Heiner Vogel (Bayern) und Heike Winter (Hessen)  
für den Redaktionsbeirat

### Einführende Informationen zum Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und zur Begutachtung der Humanistischen Psychotherapie

Dietrich Munz

### Was ist der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie und wie arbeitet er?

Die Ausübung von Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten (PP)<sup>1</sup> und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ist nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) eine „mittels *wissenschaftlich anerkannter* psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ (§ 1 Abs. 3 PsychThG, Hervorh. des Autors). Diese Wissenschaftlichkeitsklausel findet sich im PsychThG sowohl im Hinblick auf die Ausübung von Psychotherapie als auch auf die staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten und die Frage, welche Psychotherapieverfahren dort Gegenstand der vertieften Ausbildung sind. Konkret legt das Gesetz hierzu Folgendes

fest: Ist die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für die Entscheidung einer Behörde, so soll diese „in Zweifelsfällen ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens eines *wissenschaftlichen Beirates* treffen, der gemeinsam von der auf Bundesebene zuständigen Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der Ärztlichen Psychotherapeuten in der Bundesärztekammer gebildet wird.“ (§ 11 PsychThG, Hervorh. des Autors). Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts handelt es sich bei den Gutachten des Beirats um antizipierte generelle Sachverständigengutachten (BVerwG, Urteil vom 30.04.2009 – 3 C 4.08, Rdnr. 25). Das Bundesverwaltungsgericht weist in seinem Urteil vom 30. April 2009 darauf hin, dass der Gesetzgeber den Wissenschaftlichen Beirat gerade deshalb geschaffen und mit einer besonderen fachlichen Legitimation ausgestattet habe, um die Anerkennungspraxis der Landesbehörden zu strukturieren und zu vereinheitlichen.

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

## Aufgaben des WBP

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat erstens 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. Zweitens beschäftigt sich der WBP mit Anfragen von Fachverbänden in Bezug auf die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden. Drittens greift der WBP eigeninitiativ wissenschaftliche Fragestellungen der Psychotherapieforschung auf und setzt Impulse für eine Förderung der Psychotherapie- und Versorgungsforschung. Hierbei sind insbesondere die Stellungnahme des WBP zur finanziellen Förderung der Psychotherapie-Evaluationsforschung in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 2000 und der Entwurf eines Forschungskonzepts für das Förderprojekt „Psychotherapie“ für das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zu nennen, die in einem Programm des BMBF zur Förderung von Forschungsverbänden zur Psychotherapie mündeten.

Darüber hinaus sieht es der Beirat als seine Aufgabe an, „im Rahmen seiner wissenschaftlichen Stellungnahmen zu einer die Berufsgruppen übergreifenden Einheitlichkeit beizutragen, so dass seine Arbeit für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleichermaßen von Bedeutung ist. Damit kommt dem Wissenschaftlichen Beirat auch eine wichtige Funktion in der Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Versorgung zu“ (§ 1 Geschäftsordnung des WBP).<sup>2</sup>

## Zusammensetzung des WBP

Zur Einrichtung des in § 11 PsychThG vorgesehenen Wissenschaftlichen Beirats wurden zwischen Bundesärztekammer (BÄK) und Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) im Oktober 2003 in einer Vereinbarung über den WBP insbesondere die Aufgaben des WBP, die fachliche Unabhängigkeit des Gremiums, die Zusammensetzung und Amtszeit, der alternierende Vorsitz, die Prinzipien der methodischen Transparenz, die Regelungskompetenz für die Geschäftsordnung und die Rechte der Beauftragten der Vorstände der entsendenden Kammern geregelt.

Der WBP ist danach paritätisch aus sechs Vertretern der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie sechs ärztlichen Vertretern aus den Bereichen „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie“ zusammengesetzt. Sie werden, jeweils mit persönlichen Stellvertretern, von den entsendenden Kammern benannt. Darüber hinaus ist festgelegt, dass mindestens ein Mitglied und dessen Stellvertreter aus der Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychiater und mindestens ein Mitglied und dessen Stellvertreter aus der Gruppe der Kinder- und Jugend-

lichenpsychotherapeuten stammen. In der gemeinsamen Vereinbarung ist darüber hinaus festgelegt, dass es sich um wissenschaftlich ausgewiesene Persönlichkeiten mit praktischer Erfahrung in psychotherapeutischer Patientenbehandlung handeln soll. Der Vorstand der BPtK beruft daher die Mitglieder des WBP und deren Stellvertreter aufseiten der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unter besonderer Berücksichtigung dieser beiden Kriterien als wissenschaftlich ausgewiesene Experten und gerade nicht als Vertreter eines bestimmten Psychotherapieverfahrens. Wie bereits das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 30. April 2009 vor dem Hintergrund der damaligen Besetzung des WBP betonte, soll diese plurale Zusammensetzung die Einseitigkeit zugunsten bestimmter Interessengruppen oder Therapierichtungen verhindern und eine höhere Richtigkeitsgewähr bieten (BVerwG, Urteil vom 30.04.2009 – 3 C 4.08, Rdnr. 25).

Eine Amtsperiode des WBP beträgt fünf Jahre, die aktuelle vierte Amtsperiode läuft noch bis Ende 2018. Die Geschäftsstelle ist abwechselnd jeweils für eine Amtsperiode bei der BÄK und der BPtK angesiedelt. Die alternierenden Vorsitzenden in dieser Amtsperiode sind Prof. Dr. Günter Esser (für die Seite der BPtK) und Prof. Dr. Gereon Heuft (für die Seite der BÄK), die Liste der weiteren Mitglieder findet sich ebenso wie viele weitere Informationen auf der Homepage des WBP unter [www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de).

## Das Methodenpapier des WBP: Kriterien für die wissenschaftliche Anerkennung

Die Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden legt der WBP in seinem Methodenpapier dar.<sup>3</sup>

### Terminologie im Methodenpapier

Das Methodenpapier unterscheidet zwischen Psychotherapieverfahren, Psychotherapiemethoden und Psychotherapientechniken. Gegenstand der Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung sind laut Methodenpapier nur Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden.

Nach dem Methodenpapier des WBP setzt die Einordnung eines psychotherapeutischen Ansatzes als **Psychotherapieverfahren** voraus, dass

- „es von seinen Vertretern selber als ein Psychotherapieverfahren verstanden wird“,
- „die theoretischen Erklärungen der Störungen und Methoden einheitlich bzw. auf der Basis gemeinsamer Grundannahmen erfolgen“,

<sup>2</sup> Die Geschäftsordnung des WBP ist verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.2.31>.

<sup>3</sup> Das Methodenpapier des WBP in seiner aktuell gültigen Version 2.8 von 2010 ist verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>.

- „begründete Kriterien für die Indikationsstellung sowie Konzepte zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung formuliert sind“,
- „das Psychotherapieverfahren bzw. die Methoden des Psychotherapieverfahrens zur Behandlung von Störungen eines breiten Spektrums von Anwendungsbereichen der Psychotherapie eingesetzt werden“ und
- „das Psychotherapieverfahren in dieser Breite in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung gelehrt wird“ (Methodenpapier des WBP, 2010, S. 15).

Ein psychotherapeutischer Ansatz wird dann als eigenständige **Psychotherapiemethode** eingestuft, wenn

- „er von seinen Vertretern selber als eine Psychotherapiemethode verstanden wird“,
- „seine Beschreibung (jeweils) neben Angaben zur Vorgehensweise auch Angaben zu den zu erzielenden Effekten und den Indikationskriterien umfasst“,
- „eine theoretische Erklärung der Entstehung und der Aufrechterhaltung der behandelbaren Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung durch diese Psychotherapiemethode formuliert sind“,
- „die für die Psychotherapiemethode spezifischen Faktoren relevant und von denen anderer Psychotherapiemethoden und Psychotherapieverfahren verschieden sind“ und
- „die Psychotherapiemethode nicht bereits als Methode eines vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie beurteilten Psychotherapieverfahrens berücksichtigt wurde“ (Methodenpapier des WBP, 2010, S. 15f.).

Eine **psychotherapeutische Technik** ist eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren erreicht werden sollen, z. B. im Bereich des psychodynamischen Verfahrens die Übertragungsdeutung zur Bewusstmachung aktualisierter unbewusster Beziehungsmuster oder in der Verhaltenstherapie die Reizkonfrontation in vivo (Methodenpapier des WBP, 2010, S. 5).

### Kriterien zur Anerkennung als Psychotherapieverfahren oder -methode

Im Jahr 1999 veröffentlichte der WBP im Deutschen Ärzteblatt einen „Leitfaden für die Erstellung von Gutachten-Anträgen zu Psychotherapieverfahren“. Die Kriterien für die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren wurden dann erstmals mit den Anwendungsbereichen von Psychotherapie bei Erwachsenen im Januar 2000 im Deutschen Ärzteblatt festgelegt. Dabei verzichtete der WBP in seiner ersten Amtsperiode (1999 bis 2003) darauf, in seinen Gutachten im Einzelnen diejenigen Studien zu dokumentieren, die als Wirksamkeitsbeleg anerkannt wurden und für nicht anerkannte Studien die Ablehnungsgründe zu benen-

nen. Im Jahr 2004 wurden die Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie vom WBP weiter konkretisiert. Mit den Gutachten zu EMDR und zur Interpersonellen Psychotherapie (IPT) vom Juli 2006 wurden erstmals auch Übersichten über die geprüften Studien publiziert, aus denen die anerkannten Studien sowie die Ablehnungsgründe bei nicht anerkannten Studien hervorgingen. Am 8. Mai 2008 wurden die alten Kriterien für die Anerkennung von Psychotherapieverfahren durch ein neues Methodenpapier des WBP abgelöst. Darin wurde u. a. festgelegt, dass sich die Begutachtungen nicht nur auf von den Fachgesellschaften eingereichte Studienpublikationen beschränken, sondern dass der WBP im Benehmen mit den Antragstellern eine eigene systematische Literaturrecherche durchführt, um eine vollständige Evidenzgrundlage für die Bewertung von Psychotherapieverfahren und -methoden zu generieren. Die aktuell gültige Version 2.8 des Methodenpapiers wurde in der Sitzung des WBP am 20. September 2010 beschlossen.

Ausgangspunkt für die Begutachtung von Psychotherapieverfahren und -methoden nach diesem Methodenpapier ist die grundsätzliche Überlegung, dass die wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens dann festzustellen ist, „wenn es sich *aus wissenschaftlicher Sicht* um ein Psychotherapieverfahren handelt, dessen *Durchführung in der Praxis zur Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert führt*“ (Methodenpapier des WBP, 2010, S. 5). Das Methodenpapier legt im Detail fest, wie dieser allgemeine Grundsatz geprüft wird, d. h. es bestimmt einerseits die Kriterien der Prüfung, andererseits die Vorgehensweise.

Zunächst werden folgende **Kriterien** formuliert (Methodenpapier des WBP, 2010, S. 6f.):

- Der Einsatz der Intervention erfolgt bei Personen, die unter Störungen mit Krankheitswert leiden und der beobachtete Effekt stellt eine Heilung oder Linderung dieser Störung dar.
- Der therapeutische Effekt ist intersubjektiv feststellbar und replizierbar.
- Der erzielte Effekt muss mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die psychotherapeutische Intervention zurückführbar sein (interne Validität).
- Die untersuchte psychotherapeutische Intervention ist in der Praxis unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens effektiv durchführbar (externe Validität).

Sodann werden im Methodenpapier 18 **Anwendungsbereiche** der Psychotherapie (Bereiche von Diagnosegruppen) definiert, für die separat die wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode geprüft wird. Hierbei wird zusätzlich zwischen der Anwendung der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen bzw. bei Erwachsenen unterschieden. Der Beirat trägt damit dem Problem der eingeschränkten Generalisierbarkeit

von Wirksamkeitsnachweisen von einem Anwendungsbereich auf einen anderen bzw. von der Wirksamkeit der Behandlung von Erwachsenen auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen Rechnung.

Die wissenschaftliche Anerkennung für einen Anwendungsbereich setzt voraus, dass in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit in der Behandlung von Störungen aus diesem Anwendungsbereich nachgewiesen wird und mindestens eine der Studien eine Katamnese-Untersuchung einschließt, mit der ein Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachgewiesen wird.

Die vertiefte Ausbildung in einem Psychotherapieverfahren soll den künftigen Psychotherapeuten zur Behandlung von Patienten mit möglichst allen psychischen Störungen von Krankheitswert befähigen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist. Deshalb wurde für den Nachweis der Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens für ein breites Erkrankungsspektrum das sog. **Schwellenkriterium** eingeführt: Für Psychotherapieverfahren zur Behandlung Erwachsener<sup>4</sup> wird gefordert, dass die Wirksamkeit des Verfahrens mindestens für die Anwendungsbereiche affektive Störungen und Angststörungen sowie zusätzlich für mindestens einen der Anwendungsbereiche somatoforme Störungen, Abhängigkeit und Missbrauch oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder für mindestens zwei der restlichen zehn Anwendungsbereiche durch empirische Studien belegt ist, die den festgelegten Mindeststandards genügen. Hierdurch wird zugleich vermieden, dass vor dem Hintergrund fehlender Studien ein entsprechend breit belegtes Psychotherapieverfahren nur bei jenen psychischen Erkrankungen eingesetzt werden kann, für die eine wissenschaftliche Anerkennung des Verfahrens festgestellt werden konnte.

Bei der Festlegung des Schwellenkriteriums hat der Beirat insbesondere die psychotherapeutische Versorgungsrelevanz der Anwendungsbereiche berücksichtigt. Epidemiologisch und in der Gesundheitsversorgung besonders häufig auftretende Indikationsbereiche der Psychotherapie, aber auch solche, die häufig mit besonders schweren Beeinträchtigungen verbunden sind, erhielten hierbei ein besonderes Gewicht. Diese Überlegung, dass als Vertiefungsgebiet nur solche wissenschaftlich anerkannten Verfahren zugelassen werden, die für bestimmte häufig auftretende Indikationsbereiche nachweislich wirksam sind, wurde vom Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 30. April 2009 ausdrücklich bestätigt (BVerwG, Urteil vom 30.04.2009 – 3 C 4.08, Rdnr. 27). Dieses Schwellenkriterium hat auch der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Kriterien für die Anerkennung von neuen Psychotherapieverfahren und -methoden in § 19 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie aufgegriffen. Dabei wurde zugleich die wissenschaftliche Anerkennung eines neuen Psychotherapieverfahrens bzw. einer neuen Psychotherapiemethode durch den WBP als eine der Voraussetzungen für die sozialrechtliche Zulassung definiert, von der nur in Ausnahmefällen abgesehen werden kann.

## Prozess der Begutachtung

Der Prozess der Begutachtung eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode zur Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung umfasst die folgenden Schritte:

- Formulierung der Fragestellung,
- Einstufung als Psychotherapieverfahren oder Psychotherapiemethode,
- Zusammenstellung der Studien,
- Beurteilung der einzelnen wissenschaftlichen Studien,
- Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren oder Psychotherapiemethoden für die jeweiligen Anwendungsbereiche der Psychotherapie,
- Empfehlungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie für die ärztliche Weiterbildung.

## Wie verlief die Begutachtung der Humanistischen Psychotherapie durch den Wissenschaftlichen Beirat und was war das Ergebnis?

Mit einem Schreiben vom 10. November 2011 stellte die Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) zunächst einen Antrag auf Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie (HPT) als Verfahrensbegriff. Dieses Vorgehen wurde vom WBP insbesondere mit der Begründung abgelehnt, dass nach dem Methodenpapier eine von einem Antrag auf Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens gesonderte Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Verfahrensbegriffs in der Aufgabenstellung nicht vorgesehen sei. Daraufhin stellte die AGHPT am 12. Oktober 2012 einen Antrag an den WBP auf Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens HPT.

## Besonderheiten des Antrags zur HPT

Im Antrag zur HPT wurden insgesamt zehn psychotherapeutische Ansätze zusammengefasst, die sich größtenteils selbst als Psychotherapieverfahren verstanden und deren Fachgesellschaften eigenständige Curricula für die Qualifikation in diesen Verfahren und Ansätzen entwickelt und implementiert haben. Hierzu gehören: Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Emotionsfokussierte (Einzel-)Therapie und Emotionsfokussierte Paartherapie, Psychodrama, Logothe-

<sup>4</sup> Für die Empfehlung für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurde ein eigenes Schwellenkriterium in Bezug auf die Anwendungsbereiche definiert. Dieses berücksichtigt neben den affektiven Störungen und den Angststörungen insbesondere auch den Anwendungsbereich der Hyperkinetischen Störungen (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91; F94.2-F94.9).

rapie, Existenzanalyse, Körperpsychotherapie, Pessu Boyden System Psychomotor, Integrative Therapie und Transaktionsanalyse.

Für zwei dieser Ansätze hatte der WBP bereits in seiner ersten Amtsperiode die wissenschaftliche Anerkennung als Psychotherapieverfahren geprüft:

- Die Gesprächspsychotherapie war bereits 2002 als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren vom WBP für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten empfohlen worden, nachdem im Nachgang zu einem ersten Gutachten aus dem Jahr 1999 ein Nachantrag zur wissenschaftlichen Anerkennung in einem weiteren Anwendungsbereich geführt hatte. Entsprechend existieren staatlich anerkannte Ausbildungsstätten ebenso wie von den Landespsychotherapeutenkammern anerkannte Weiterbildungsstätten für die Zusatzweiterbildung in Gesprächspsychotherapie.
- Auch Psychodrama war bereits im Jahr 1999 vom WBP begutachtet worden mit dem Ergebnis, dass in keinem Anwendungsbereich die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden konnte.

Darüber hinaus war für die Gestalttherapie im Jahr 2010 bereits ein eigener Antrag zur Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung als Psychotherapieverfahren gestellt worden. Dieser wurde dann nach Eingang des Antrags zur Prüfung der HPT von den Antragstellern zunächst zurückgestellt. Im Mai 2015 stellte der Deutsche Dachverband Gestalttherapie für approbierte Psychotherapeuten e. V. (DDGAP) einen Antrag auf Wiederaufnahme der Begutachtung der Gestalttherapie als eigenständiges Verfahren.

## Ergebnis der Begutachtung der HPT

Das am 19. Januar 2018 veröffentlichte Gutachten des WBP zur HPT beschäftigt sich zunächst mit der Frage, ob die HPT als Psychotherapieverfahren gelten kann. In seinem Gutachten kommt der WBP zu dem Schluss, dass es sich bei der HPT um eine übergeordnete psychotherapeutische Grundorientierung handele, die im internationalen Schrifttum repräsentiert sei.

Die abschließende Beurteilung entsprechend den zuvor dargestellten Kriterien des Methodenpapiers erlaube es jedoch nicht, von der HPT als Psychotherapieverfahren im Sinne des Methodenpapiers des WBP zu sprechen. Gründe dafür seien insbesondere die fehlende systematische sowie differenzierte Vermittlung der zehn Ansätze in einer gemeinsamen Aus-, Fort- oder Weiterbildung und eine fehlende differenzielle Indikationsstellung, d. h. Konzepte zur Frage, wann welche der psychotherapeutischen Ansätze im Verlauf einer Behandlung einzusetzen sind (beispielsweise der Wechsel von einem gesprächspsychotherapeutischen Setting zum Einsatz eines körperpsychotherapeutischen Settings).

Weiterhin hat der WBP alle eingereichten und über die Literaturrecherchen identifizierten Studien zunächst einem mehrstufigen Screeningprozess unterzogen. Für alle positiv gescreenten Studien, bei denen im nächsten Schritt eine Volltextbewertung durchgeführt wurde, erfolgte eine Zuordnung zu dem jeweils untersuchten therapeutischen Ansatz und zu einem der 18 Anwendungsbereiche der Psychotherapie. Da der WBP vor dem Hintergrund der im Methodenpapier definierten Kriterien die HPT nicht als ein Psychotherapieverfahren eingeordnet hat und die therapeutischen Ansätze in älteren Gutachten zum Teil bereits als Psychotherapieverfahren eingestuft worden waren, wurden die empirischen Wirksamkeitsnachweise auf Studienebene für die einzelnen psychotherapeutischen Ansätze differenziert dokumentiert.

Im Gutachten kommt der WBP für die Psychotherapie bei Erwachsenen zu dem Ergebnis, dass für die folgenden psychotherapeutischen Ansätze und für die folgenden Anwendungsbereiche auf der Basis der aktuell verfügbaren Studien die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden könne:<sup>5</sup>

Gesprächspsychotherapie in den Anwendungsbereichen:

- Affektive Störungen (F3; einschließlich F94.1 und F53),
- Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43),
- Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen (F54).

Für die übrigen psychotherapeutischen Ansätze – mit Ausnahme der Gestalttherapie (siehe eigenes Gutachten) – habe der WBP in keinem Anwendungsbereich der Psychotherapie auf der Basis der aktuell verfügbaren Studien die wissenschaftliche Anerkennung feststellen können.

Bei Kindern und Jugendlichen habe der WBP auf der Basis der aktuell verfügbaren Studien für keinen der psychotherapeutischen Ansätze in einem der Anwendungsbereiche der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung feststellen können.

Die HPT im Sinne des Antrages der AGHPT könne daher – so die Schlussfolgerung des WBP – weder als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten noch als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden, da die Kriterien für die Feststellung eines Verfahrens im Sinne des Methodenpapiers des WBP nicht ausreichend erfüllt seien.

<sup>5</sup> Die Emotionsfokussierte Therapie wurde hierbei, wie schon bei den früheren Gutachten des WBP, der Gesprächspsychotherapie zugerechnet. Nach dem Gutachten zur Gestalttherapie kann sie aber zugleich auch als Methode der Gestalttherapie zugeordnet werden.

Darüber hinaus wäre aber auch das Schwellenkriterium gemäß Abschnitt III.1 (Empfehlungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten) bzw. Abschnitt III.2 (Empfehlungen für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) des Methodenpapiers nicht erfüllt worden. Für die Empfehlung für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten wäre insbesondere eine wissenschaftliche Anerkennung für die beiden Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“ und „Angststörungen“ zwingend erforderlich. Dies ist jedoch für den Anwendungsbereich der Angststörungen nach den Bewertungen des WBP nicht der Fall. Dies gilt sowohl für jeden der psychotherapeutischen Ansätze allein als auch über die Gesamtheit der psychotherapeutischen Ansätze hinweg.

Vor diesem Hintergrund kommt der Beirat in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, dass die Gesprächspsychotherapie nicht mehr als Verfahren für die vertiefte Ausbildung entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden kann. Anhand der vorliegenden Studien könne zwar die wissenschaftliche Anerkennung für die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“, „Anpassungs- und Belastungsstörungen“ und „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen“ festgestellt werden, jedoch werde mangels wissenschaftlicher Anerkennung im Anwendungsbereich Angststörungen die erste Mindestvorgabe für die Empfehlung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung gemäß Abschnitt III.1 des Methodenpapiers (d. h. die wissenschaftliche Anerkennung für die beiden Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“ und „Angststörungen“) nicht erfüllt.

Dieses im Vergleich zu den Gutachten von 1999 und 2002 abweichende Ergebnis erklärt sich insbesondere durch die Weiterentwicklung des Methodenpapiers gegenüber den Bewertungskriterien aus dem Jahr 2000. So werden mit dem Methodenpapier insbesondere die Anforderungen an die Bewertung der Studienqualität und die Kriterien für die wissenschaftliche Anerkennung in einem Anwendungsbereich nunmehr genauer definiert.

## Ergebnis der Begutachtung der Gestalttherapie

Im Juli 2018 hat der WBP sein Gutachten zur Gestalttherapie veröffentlicht. Darin stellt der Beirat fest, dass die Gestalttherapie die fünf oben dargestellten Kriterien für ein Psychotherapieverfahren erfüllt. Der Beirat stellt darüber hinaus die wissenschaftliche Anerkennung der Gestalttherapie im Bereich der affektiven Störungen bei Erwachsenen fest. Da der Beirat jedoch für keinen weiteren Anwendungsbereich eine wissenschaftliche Anerkennung festgestellt hat, wird das Schwellenkriterium gemäß Abschnitt III.1 (Empfehlungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten) bzw. Abschnitt III.2 (Empfehlungen für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) des Methodenpapiers nicht erfüllt. Daher kommt der WBP zu dem Schluss, dass die Gestalttherapie nach dem Gutachten nicht als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren gelten und auch nicht für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten empfohlen werden kann.

## Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie – Und wie geht es nun weiter?

Jürgen Kriz<sup>1</sup>

Ausgehend von der Kontroverse um das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zur Humanistischen Psychotherapie werden in diesem Beitrag grundsätzliche Aspekte und Fragen aufgeworfen, wie es nun weitergehen soll. Es wird die Position vertreten, dass es eines offenen Diskurses darüber bedarf, wieso der aktuelle WBP mit seinen Kriterien und deren Auslegungen nicht der internationalen Bedeutsamkeit der Humanistischen Psychotherapie und ihrer in zahlreichen Metaanalysen nachgewiesenen Wirksamkeit gerecht werden kann. Was bedeutet es, dass die Wissenschaftler<sup>2</sup> vieler anderer Länder (in Europa, den USA etc.) und deren Gesundheitsbehörden in Verantwortung für ein patientengerechtes Psychotherapieangebot – ebenso wie hierzulande frühere WBP-Entscheidungen und Expertengremien – zu einer völlig anderen Einschätzung der Humanistischen Psychotherapie kommen? Und was folgt daraus?

### Zum aktuellen Stand

Leserinnen und Lesern des Psychotherapeutenjournals dürfte aufgrund zahlreicher Publikationen seitens der Bundes- und der Landespsychotherapeutenkammern,<sup>3</sup> von Verbänden und Fachgruppen,<sup>4</sup> vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP),<sup>5</sup> von der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT)<sup>6</sup> und vielen weiteren im Prozess Beteiligten<sup>7</sup> kaum entgangen sein: Die gutachterliche Bewertung des WBP zur Humanistischen Psychotherapie (HPT) hat eine Kontroverse ausgelöst.

Nach fünfjährigen Beratungen hat der WBP am 19.01.2018 sein Gutachten veröffentlicht, wonach er die Humanistische Psychotherapie nicht als „wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren“ ansieht und sie somit nicht „als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten“ empfiehlt.

Darüber hinaus hat der WBP in seinem Gutachten auch veröffentlicht, die seit dem Jahre 2002 als wissenschaftlich anerkannte Gesprächspsychotherapie (GPT) könne „auch nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung [...] für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden“. Um diese Aussage treffen zu können, hat der WBP ohne Auftrag und entgegen dem Antrag der AGHPT die HPT in ihre einzelnen Methoden zerlegt und einzeln geprüft. Und er hat dabei gegen die Verfahrensregeln seines eigenen Methodenpapiers verstoßen. Darüber hinaus hat er 26 – d. h. fast alle – positiven Bewertungen des WBP aus 2002 revidiert und letztlich auch konträr zu einer von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) eingesetzten Expertenkommission entschieden (näheres später).

Während BPTK und Bundesärztekammer (BÄK) zeitgleich mit der Veröffentlichung des WBP-Gutachtens in einer „Internen Hintergrundinformation“ die Sicht des WBP erläuterten, wiesen am 26.02.2018 über 40 Professorinnen und Professoren deutscher Universitäten und Hochschulen in einem „offenen Brief an den WBP“<sup>8</sup> die Bewertung des WBP als „tendenziös und mangelhaft“ zurück; dieser habe „zentrale Regeln wissenschaftlichen Arbeitens missachtet und verletzt“.

Diese Kontroverse ist in jeder Hinsicht unerfreulich. Sie entspricht keineswegs der überwiegend kooperativen und wertschätzenden Atmosphäre, in welcher große Teile der psychotherapeutischen Profession in Praxen, Kliniken und bei diversen Trägern konkret zusammenarbeiten. Immerhin befinden sich unter den o. a. 40 Professorinnen und Professoren, welche das Vorgehen des WBP scharf kritisieren, auch solche, die an ihren Universitäten Verhaltenstherapie oder Psychodynamische Psychotherapie oder Systemische Therapie vertreten. Zudem sprachen sich auf dem 3. AGHPT-Kongress im September 2017 auf dem Podium „Perspektiven der Humanistischen Psychotherapie“ sowohl Vertreter verhaltenstherapeutischer als auch psychodynamischer Verbände deutlich gegen die Einseitigkeit des Methodenpapiers des WBP aus.

Die Kontroverse wird auch der Bedeutung der Ansätze Humanistischer Psychotherapie nicht gerecht – weder in Deutschland, wie dies aus aktuellem Anlass z. B. von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e. V. (DATPPP) betont wird,<sup>9</sup> noch international, wo z. B. Ende 2012 in Psychotherapy ein ganzes Heft mit 14 Beiträgen von acht Autoren dem Thema „The Renewal of Humanism in Psychotherapy“ gewidmet

1 Jürgen Kriz ist federführender Autor des Antragstextes der AGHPT an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Er ist finanziell mit keinem Aus- oder Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie assoziiert.

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

3 Neben den Homepages der Bundespsychotherapeutenkammer und vieler Landespsychotherapeutenkammern u. a. im Psychotherapeutenjournal 1/2018 auf S. 52 seitens der BPTK, auf S. 71/72 seitens der Psychotherapeutenkammer Hessen.

4 Unter anderem von der Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V. (GwG): <https://www.gwg-ev.org/presse/massive-kritik-am-gutachten-zur-humanistischen-psychotherapie>, vom Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp): [http://aghpt.de/texte/bvvp\\_20180207\\_positionspapier\\_mit\\_logoblatt.pdf](http://aghpt.de/texte/bvvp_20180207_positionspapier_mit_logoblatt.pdf), von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft e. V. (SG): [http://aghpt.de/texte/Stellungnahme\\_DGSF-SG\\_zu\\_HPT.pdf](http://aghpt.de/texte/Stellungnahme_DGSF-SG_zu_HPT.pdf) oder von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e. V. (DATPPP): <http://aghpt.de/texte/DATPPP.pdf>.

5 Das Gutachten des WBP zur wissenschaftlichen Anerkennung der HPT ist verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Gutachten-HPT.pdf>.

6 Verfügbar unter: [http://aghpt.de/texte/AGHPT-Stellungnahme\\_WBP-17.2.18.pdf](http://aghpt.de/texte/AGHPT-Stellungnahme_WBP-17.2.18.pdf) und <http://aghpt.de/texte/AGHPT-Stellungnahme.pdf>.

7 Zum Beispiel ein Text des Autors, verfügbar unter: [http://aghpt.de/texte/Kriz\\_GwG\\_mb\\_GPB\\_2018-1\\_Kriz.pdf](http://aghpt.de/texte/Kriz_GwG_mb_GPB_2018-1_Kriz.pdf).

8 Verfügbar unter: [http://aghpt.de/texte/GwG\\_offener\\_Brief\\_WBP\\_2018-02-19.pdf](http://aghpt.de/texte/GwG_offener_Brief_WBP_2018-02-19.pdf).

9 Verfügbar unter: <http://aghpt.de/texte/DATPPP.pdf>.

war. Diese Zeitschrift ist immerhin das offizielle Organ der Division 29 (Society for the Advancement of Psychotherapy) der APA (American Psychological Association). Und zu den Autoren zählen neben den bekannten Psychotherapieforschern Elkins und Wampold auch der Psychodynamiker Stolorow oder der Verhaltenstherapeut Hayes, der mit seinem Ansatz ACT (acceptance and commitment therapy) auch viele Anhänger in der deutschen Verhaltenstherapie hat.

Die Kontroverse ist zudem auch dem Ansehen von Wissenschaft in der deutschen Psychotherapie nicht zuträglich. So kann zwar auch in der Wissenschaft eine einmal begutachtete und anerkannte Leistung wieder überprüft und ggf. aberkannt werden – beispielsweise ein Doktorgrad aufgrund einer Dissertation. Dies geschieht aber nur dann, wenn begründete Hinweise auf Täuschungen, Plagiate, Fälschungen oder ähnliche Verfehlungen vorliegen. Im Falle der Gesprächspsychotherapie wurden aber keine Unredlichkeiten in den Wirksamkeitsstudien entdeckt. Die Daten oder das Design der Studien wurden nicht gefälscht. Das, was 2002 als Wirksamkeitsbelege vom WBP beurteilt wurde, hat sich somit nicht geändert. Das einzige, was sich geändert hat, sind die Kriterien, die eine kleine Gruppe Wissenschaftler zur Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung ausgearbeitet hat. Weder das Methodenpapier noch gar dessen spezifische Interpretationen und konkrete Umsetzung ergeben sich aber zwingend aus irgendwelchen Gesetzen oder internationalen Konsenspapieren über „richtige“ oder „wahre“ Forschung. Wenn somit zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkanntheit die 2002 von anderen Wissenschaftlern bereits festgestellte wissenschaftliche Anerkanntheit nun 2018 ohne Auftrag oder Verdacht auf schwerwiegende Verfehlungen wieder infrage gestellt wird, so bekommen diese Vorgänge einen Grad an Beliebigkeit, der nicht im Einklang mit der Seriosität wissenschaftlichen Vorgehens steht.

Es dürfte gleichwohl nicht im Interesse der Leserinnen und Leser sein, die in dieser Kontroverse erhobenen Vorwürfe gegen den WBP hier im Detail nochmals vorzutragen. Die AGHPT hat von Anbeginn alle Dokumente ins Internet gestellt mit dem Hinweis: „Wir halten Transparenz nicht nur für ein wichtiges Moment von Psychotherapie, sondern in Übereinstimmung mit wissenschaftstheoretischen Standardwerken auch für ein wesentliches Kennzeichen von Wissenschaft“.<sup>10</sup> Wer sich selbst ein Bild machen will, findet dort alle Dokumente. Besonders wichtig sind dabei:

- a) Text des (Vor-)Antrages vom 10.11.2011, der begründet, warum die HPT als ein Verfahren anzusehen ist<sup>11</sup>
- b) Text des (Haupt-)Antrages vom 12.10.2012 mit der Auflistung der Studien<sup>12</sup>
- c) Antworten der AGHPT vom 10.06.2014 auf die Rückfragen des WBP vom 17.02.2014<sup>13</sup>
- d) Offener Brief des „Wiss. Beirates der AGHPT“ vom 05.12.2014 an den WBP<sup>14</sup>

- e) Vorläufige Version der Studienbewertungen (des WBP) vom 11.09.2017<sup>15</sup>
- f) Stellungnahme der AGHPT zu dieser „vorläufigen Studienbewertung“ vom 16.10.2017<sup>16</sup>
- g) Gutachten des WBP<sup>17</sup>
- h) Stellungnahme der AGHPT<sup>18</sup>

Statt einer Auflistung der besonders in f) und h) vorgetragenen Kritikpunkte soll es im Folgenden eher darum gehen, was das Bewertungsverfahren des WBP für die Psychotherapielandschaft in Deutschland bedeutet und was daraus für die Zukunft zu folgern ist. Denn es geht nicht darum, die Mitglieder des WBP als Personen infrage zu stellen oder gar anzuprangern. Vielmehr handelt es sich um ein „Systemversagen“, welches die Konstruktion WBP aufgrund mangelhafter Präzision der gesetzlichen Vorgaben von Anfang an dahingehend gefährdet hat, dass die erforderliche wissenschaftliche Neutralität für sachgerechte Bewertungen schwer möglich erscheint.

## Wie „funktioniert“ eigentlich Wissenschaft?

Eine Unzahl an kognitions- und wahrnehmungspsychologischen, sozialpsychologischen und gruppenspezifischen Befunden zeigt, dass unsere kognitiven Prozesse erheblichen Einflüssen unterliegen. Dabei üben aufgrund der evolutionären Entwicklung des „Social Brains“ Effekte von Gruppenkohärenz und Abgrenzung zu „Außenstehenden“ besonders starke Wirkungen aus. Auch Wissenschaftler und Gutachter unterliegen in ihren Rollen prinzipiell solchen Einflüssen. Eine umfangreiche Literatur belegt dies (z. B. *Asch, 1973; Lück, Bungard & Miller, 2005; Gilovich, Keltner, Chen & Nisbett, 2006*) – allgemein zu Forschungsartefakten oder speziell in der Psychotherapieforschung u. a. zu Allegiance (dass auch Wissenschaftler aufgrund der Zugehörigkeit zu einem bestimmten psychotherapeutischen Ansatz die vielen Entscheidungen im Verlauf einer Studie zugunsten eben dieses Ansatzes verzerren, siehe *Munder, Brüttsch, Leonhart, Gerger & Barth, 2013*). Daher werden in der Wissenschaft Vorkehrungen getroffen, wie trotz solcher verzerrender Einflüsse

10 Verfügbar unter: <http://aghpt.de/antraege-an-den-wissenschaftlichen-beirat-psychotherapie-wbp/>.

11 Verfügbar unter: [http://aghpt.de/texte/Antrag%20der%20AGHPT%20an%20den%20WBP\\_2011-11-10.pdf](http://aghpt.de/texte/Antrag%20der%20AGHPT%20an%20den%20WBP_2011-11-10.pdf).

12 Verfügbar unter: [http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp\\_\(1\)\\_antragstext\\_2012-10-12.pdf](http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_(1)_antragstext_2012-10-12.pdf).

13 Verfügbar unter: [http://aghpt.de/texte/2014\\_rueckfragen/2014\\_antworten\\_auf\\_rueckfragen.pdf](http://aghpt.de/texte/2014_rueckfragen/2014_antworten_auf_rueckfragen.pdf).

14 Verfügbar unter: [http://aghpt.de/texte/2014-12-05\\_offener\\_Brief\\_an\\_WBP.pdf](http://aghpt.de/texte/2014-12-05_offener_Brief_an_WBP.pdf).

15 Verfügbar unter: [http://aghpt.de/texte/WBP-Studienbewertung-SKM\\_36817091914450-2.pdf](http://aghpt.de/texte/WBP-Studienbewertung-SKM_36817091914450-2.pdf).

16 Verfügbar unter: <http://aghpt.de/texte/AGHPT-Stellungnahme-an-WBP--2017-10-16.pdf>.

17 Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Gutachten-HPT.pdf>.

18 Verfügbar unter: <http://aghpt.de/texte/AGHPT-Stellungnahme.pdf>.

eine artefaktärmere, intersubjektive Sicht möglich wird. Nach Überzeugung der meisten Wissenschaftstheoretiker sind daher Transparenz und Diskursivität ganz zentrale Merkmale von Wissenschaft.

Im Gegensatz zu Alltagsideologien und Konfessionen zeichnet sich Wissenschaft somit insbesondere dadurch aus, dass die stillschweigenden Vorannahmen und damit die methodologischen und methodischen Voraussetzungen reflektiert, diskutiert und dokumentiert werden. Wissenschaftler verstehen sich nicht als Verkünder von Wahrheiten, welchen dann zu folgen wäre. Vielmehr verstehen sie sich als Lieferanten von Argumenten, Perspektiven und Differenzierungen für die notwendig zu führenden Diskurse.

Nun verläuft die Erstellung von Gutachten durch ein Wissenschaftlergremium wie den WBP sicher nicht nach denselben Regeln wie genuine Forschung. Aber zentrale Regeln der Wissenschaft wie Transparenz und Reflexion der eigenen Voraussetzungen sind unabdingbar. Entscheidungen sind grundsätzlich zu begründen – das gilt ganz besonders dann, wenn sie in deutlicher Abweichung von expliziten Strömungen in der scientific community stattfinden und/oder wenn bekannt wird, dass einzelne Entscheidungen oder Vorgehensweisen Kritik anderer Wissenschaftler oder relevanter Gruppen (z. B. im Falle des WBP: auch von größeren Psychotherapeutengruppen) hervorrufen.

## Das „Systemversagen“ WBP

Wenn man diese Grundregeln wissenschaftlichen Arbeitens auch nur hinreichend akzeptiert, kann ein WBP, der angemessen arbeiten soll, dies nicht abgeschottet von den Diskursen in der scientific community tun. Selbstverständlich bedarf es für eine unbehelligte Arbeit Vertraulichkeit. Diese hat sich allerdings auf Informationen über Personen und persönliche Belange zu beschränken. Allgemeine Fachfragen, die ohnedies Gegenstand der Wissenschaft sind, dürfen nicht mit dem Hinweis auf „Vertraulichkeit“ dem Diskurs entzogen werden. Es ist nicht einzusehen, warum ein WBP nicht – wie z. B. jedes Hochschulgremium – zwischen einem vertraulichen und einem öffentlichen Teil unterscheiden könnte.

Damit der Diskurs und die Anbindung an eine scientific community funktionieren kann, muss auch intern eine entsprechende Pluralität gewahrt sein. Sonst besteht die Gefahr, dass allzu schnell nur bestimmte Perspektiven und Methoden unreflektiert und vorab zugelassen und andere ausgeschlossen werden. Konkret bedeutet das für einen WBP, dass alle vier psychotherapeutischen Grundorientierungen darin vertreten sein müssen. Dass dies nicht realisiert wurde, war von Anbeginn (1999) einer der Kritikpunkte. Mit Ausnahme der Periode von 2004 bis 2008 waren ausschließlich Vertreter der Richtlinienverfahren im WBP stimmberechtigt. Bei der Begutachtung der HPT durch den aktuellen WBP wirkte sich die Ausgrenzung anderer besonders gravierend aus, weil kein

einziges Mitglied (auch keines ohne Stimmrecht) in diesem Verfahren ausgewiesen war.

Die Gefahr von möglichen Interessenkollisionen ist wohl kaum auszuschließen. Es ist daher schwer zu begreifen, warum nicht die entsendenden Bundeskammern dem Vorwurf der Einseitigkeit und Parteilichkeit durch eine bessere Repräsentanz der vier Grundorientierungen begegnet sind – und warum die Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) seit fast zwei Jahrzehnten nicht ihre Bundeskammer in die Pflicht genommen und zumindest diese Quelle der Kritik beseitigt haben.

Eine weitere unnötige Schwachstelle im System, welche eine angemessen neutrale und fachgerechte Bewertung erschwerte, war im Falle der HPT eine Auslegung von „Vertraulichkeit“, die eine sachgerechte Kommunikation mit den Antragstellern verhinderte. Es wurden zwar Gelegenheiten zu *Stellungnahmen* seitens der AGHPT geboten. Ob und wie diese gelesen oder gar verarbeitet wurden, darüber wurde jeder Diskurs verweigert. Zum Beispiel wurde der Brief des wissenschaftlichen Beirats der AGHPT vom Dezember 2014 mit kritischen Hinweisen und essentiellen Fragen an den WBP nie beantwortet – und im Gutachten ist nicht erkennbar, dass die Einwände in irgendeiner Form berücksichtigt worden wären. Die AGHPT wurde 2015 zwar zu einer WBP-Sitzung eingeladen. Doch statt eines Diskurses auf Augenhöhe fand aus Sicht der teilnehmenden AGHPT-Vertreter eher eine Befragung statt. Eine Einsicht ins Protokoll zur Prüfung möglicher Missverständnisse wurde ebenfalls verweigert.

Ohne strukturelle Vorgaben hinsichtlich einer paritätischen Besetzung mit den vier Grundorientierungen und Anbindung an öffentliche Diskurse zur Sicherung der Transparenz von Vorgängen kann ein Gremium wie der WBP seine Aufgabe einer sach- und fachgerechten Bewertung m. E. nicht erfüllen – selbst bei bestem Willen der einzelnen Mitglieder. Es erscheint unrealistisch, dass zeitlich voll ausgelastete, ehrenamtlich arbeitende Gutachter, die – wie ich selbst weiß – aus Kapazitätsgründen nicht einmal manche der unmittelbaren eigenen Anliegen realisieren können, sich in ein ihnen „fremdes“ Verfahren mit andersartiger Logik und Vorgehensweisen, komplexen theoretischen Grundlagen und paradigmatischen Konzepten so einarbeiten, dass sie auf die Expertise der Vertreter eines anderen Ansatzes verzichten könnten. Es ist somit immer zumindest die Gefahr eines „Bias“ gegeben, vor allem nach Schwächen zu suchen, statt eine neutrale Betrachtung des Für und Wider vorzunehmen.

Das lässt sich operationalisieren: Bei der Begutachtung der Systemischen Therapie<sup>19</sup> wurden die Studien so aufgeteilt, dass jede Studie von je zwei WBP-Mitgliedern bewertet wurde. Dies ergibt drei Möglichkeiten: a) beide bewerten die Studie negativ, b) einer bewertet die Studie positiv, der andere aber negativ, c) beide bewerten die Studie positiv. Es

<sup>19</sup> Zu dieser Zeit war der Autor Mitglied des WBP (2004-2008).

ist sinnvoll, dass im Falle b) eine intensivere Diskussion im ganzen WBP erforderlich ist, was auch geschah. Im Fall a) aber wurde faktisch nie nachgefragt und/oder die Bewertung problematisiert. Im Fall c) aber wurden typischerweise lange Debatten darüber angeführt, ob es nicht eigentlich doch Schwächen und Ablehnungsgründe bei dieser Studie gebe. Denn jeder noch so detaillierte Kriterienkatalog lässt Auslegungsspielräume offen. Bekanntlich wurde die Systemische Therapie letztlich zwar vom WBP als „wissenschaftlich anerkannt“ bewertet. Im Gegensatz zur Humanistischen Psychotherapie saßen aber im WBP zwei Mitglieder, die in diesem Verfahren fachkundig waren und ggf. Irrtümer ausräumen konnten.

Der Bias des WBP bei der Bewertung der HPT wird u. a. auch daran deutlich, dass zahlreiche Studien, welche der WBP noch 2002 bei der Prüfung der GPT als Nachweise der „wissenschaftlichen Anerkennung“ von Wirksamkeit bewertet hatte, nun plötzlich abgelehnt wurden. Der WBP führt als Grund dafür die methodische Weiterentwicklung an (z. B. *Heuft & Esser, 2018, S. A476*). Viele dieser Studien wurden aber mit dem Vermerk „keine Humanistische Psychotherapie“ abgelehnt. Welche *methodische* Weiterentwicklung dazu führen könnte, dass Studien in GPT nicht mehr „humanistisch“ sind, konnte bisher nicht in Erfahrung gebracht werden.

Das Systemversagen wird besonders deutlich, wenn man den Verweis von *Heuft und Esser (2018, S. A474)* auf die Begründung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) als Maßstab für die zu erbringende Systemleistung nimmt:

*„Der Gesetzentwurf definiert, was Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Gesetzes ist. Er enthält keine Aufzählung der zulässigen psychotherapeutischen Verfahren. Weiterentwicklungen in diesem Bereich sollen nicht ausgeschlossen werden. Gerade im Rahmen der beruflichen Definition psychotherapeutischer Tätigkeiten ist es nicht angezeigt, Verfahren auszugrenzen. Ihre wissenschaftliche Anerkennung bleibt indes Voraussetzung für die anerkannte Ausübung von Psychotherapie, um zu verhindern, dass die Befugnis zur Ausübung von Psychotherapie missbraucht wird.“ (BT-Drs. 13/8035, S. 14 Nr. 9, Hevorh. des Autors)*

Seit 1999 sind nun 18 Jahre vergangen. Aus dem früheren Angebot von vier psychotherapeutischen Grundorientierungen, von denen zwei gleich zu Beginn ohne jede Prüfung übernommen wurden, sind die beiden anderen nach wie vor faktisch ausgegrenzt, sodass sie Patienten in deutschen Praxen nicht (mehr) zur Verfügung stehen. Im Bereich der universitären Lehre sind faktisch weitgehend sogar drei von vier Paradigmen ausgegrenzt. Dass die Systemische Therapie vermutlich „bald“ vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sozialrechtlich zugelassen wird, kann dieses Systemversagen höchstens etwas abmildern. Denn der G-BA hat noch nicht einmal damit begonnen, zu der vor zehn (!) Jahren vom WBP als wissenschaftlich anerkannten, dringend benötigten,

wirksamen und nützlichen Systemischen Therapie für die Arbeit mit Störungen bei Kindern und Jugendlichen das Prüfverfahren überhaupt einzuleiten.

Wir – als Psychotherapeuten, als Wissenschaftler wie auch als „Player“ in den gesundheitspolitischen Dynamiken – müssen uns daher die Frage stellen, welche Psychotherapie nach welchen Regeln wir in Deutschland eigentlich wollen. Es sind Fragen, die ohnedies angesichts der Reform des PsychThG verdeckt oder offen eine Rolle spielen.

## Welchen Weg wollen wir weiter beschreiten?

Damit sich die jüngeren Leserinnen und Leser selbst ein Bild davon machen und beurteilen können, inwieweit der Weg, auf dem die Psychotherapie in Deutschland in den beiden letzten Jahrzehnten formal (!) fortgeschritten ist, einen auch aus ihrer Sicht wünschenswerten „Fortschritt“ bedeutet, sollen wenige Essentials dieses Weges im Hinblick auf die Bedeutung des aktuellen WBP-Gutachtens, aber auch anstehender Reformdebatten hervorgehoben werden.

Bis in die späten 1990er Jahre – vor dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) 1999 – gab es formal neben den „Richtlinienverfahren“ – a) analytische Psychotherapie, b) tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und c) Verhaltenstherapie – ein breites Spektrum an Ansätzen, die neben ihrem Einsatz in Kliniken auch in psychotherapeutischen Praxen im sog. „Erstattungsverfahren“ zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingesetzt wurden. Da die Systemische Therapie in Deutschland erst noch im Aufbau war, handelte es sich hier ganz überwiegend um Ansätze der Humanistischen Psychotherapie – allen voran die Gesprächspsychotherapie (GPT). Diese war seit den späten 1960er Jahren neben der „Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie“ vor allem an Universitäten sehr gut vertreten: 1995 wurden an drei Vierteln der Psychologischen Institute der BRD Lehr- und Ausbildungsprogramme, an zwei Dritteln Forschungsprogramme durchgeführt (*Frohburg, 2007, S. 77*). Heute ist der Anteil faktisch auf Null reduziert. Weit über 10.000 Patienten wurden mit GPT zu Lasten der GKV und zum Nutzen der Patienten behandelt (wie aus den sorgfältigen Evaluationen jedes einzelnen Falles zur Anerkennung als „Gesprächspsychotherapeut“ hervorgeht).

Zum Verhältnis der GPT zur gesamten Humanistischen Psychotherapie ist zu sagen, dass sowohl die Richtlinienverfahren als auch die GPT in der Realität der Ausbildung und Anwendung deutlich umfangreicher und integrativer waren, als man es aus offiziellen Papieren der Psychotherapierichtlinien oder dem Namen „Gesprächspsychotherapie“ schließen würde. Schon vor dem PsychThG hatten sich die Verhaltenstherapie ebenso wie die Analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zum Nutzen der Patienten und mit dem Fortschritt der Disziplin um viele neuere

Konzepte erweitert. Ebenso hatte sich auch die GPT nicht nur um Focusing oder Emotionsfokussierte Therapie (EFT) erweitert, sondern sehr viele Gesprächspsychotherapeuten durchliefen auch Ausbildungen vor allem in Gestalttherapie und Integrativer Therapie, Psychodrama, Körpertherapie(n), Transaktionsanalyse, zunehmend aber auch Logotherapie/ Existenzanalyse. Es galt vor allem die Devise „learning from many masters“.

Beispielsweise war es in „meinem“ Bereich an der Universität Osnabrück so, dass Studierende im klinischen Zweig vielsemestrige Ausbildungen, die einen großen Teil der Ausbildung zum Psychotherapeuten im Rahmen des Studiums (und somit kostenlos!) umfassten, durchliefen, wobei sie neben mehrsemestrigen Pflichtveranstaltungen, die einen Überblick über alle genannten Ansätze der Psychotherapie boten, weitere drei- bis fünfsemestrige Wahlveranstaltungen in einem der vier Zweige wählen konnten: Psychodynamische Psychotherapie (PD), Verhaltenstherapie (VT), Systemische Therapie und HPT (die neben GPT im engeren Sinne bereits Gestalttherapie, EFT und Focusing, Bioenergetik und weitere Konzepte umfasste). Diese Pluralität der Angebote fand in enger Kooperation mit zahlreichen psychotherapeutischen Praxen sowie Abteilungen des ursprünglich mit 1.400 (!) Betten ausgestatteten Niedersächsischen Landeskrankenhauses für Psychiatrie (in dessen Gebäudeteilen auch das Universitätsinstitut angesiedelt war) statt.

Diese Kurzdarstellung soll nicht der nostalgischen Beschwörung eines aus Sicht des Autors noch immer (nahezu) idealem Modell von Psychotherapie(grund)ausbildung dienen. Sondern sie soll einerseits die aktuell erneute Diskussion auch um Möglichkeiten verstärkter integrativer Universitätsausbildungen befeuern. Andererseits soll sie auch darauf hinweisen, in welchem großem Ausmaß Kooperation sowohl zwischen den vier „Grundorientierungen“ als auch z. B. innerhalb des Spektrums Humanistischer Psychotherapie möglich war, bevor mit dem PsychThG plötzlich Ausbildungen weitestgehend einem „Markt“ überantwortet wurden, der dann auch die marktüblichen Verteilungskämpfe generierte.

Die ehemals große Gemeinsamkeit zeigte sich u. a. darin, dass noch 1998 eine gemeinsame Resolution von 80 Universitätsprofessorinnen und -professoren in klinischer Psychologie und Psychotherapie<sup>20</sup> forderte, die Humanistische Psychotherapie – damals in Form der GPT – ins System der GKV aufzunehmen. Das waren über 90 % aller universitären Fachvertreter, die überwiegend als eigenes Verfahren Verhaltenstherapie, Analytische Psychotherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vertraten. Nach der Feststellung der „wissenschaftlichen Anerkennung“ der GPT durch den WBP im Jahre 2002 erwirkten zudem sämtliche zwölf Landespsychotherapeutenkammern Resolutionsbeschlüsse, die GPT „unverzüglich“ als Richtlinienpsychotherapie anzuerkennen. Und noch 2010 kamen die Mitglieder einer Expertenkommission der BpTK – Strauß (Uni Jena), Hautzinger (Uni Tübingen), Freyberger (Uni Greifswald), Eckert (Uni

Hamburg) und Richter (Uniklinikum Hamburg) – bezüglich der Studien zur GPT zu folgendem Ergebnis: „Somit erfüllt die Gesprächspsychotherapie alle Voraussetzungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien, um als neues Psychotherapieverfahren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden“ (Strauß, Hautzinger, Freyberger, Eckert & Richter, 2010, S. 160).

In seinem Gutachten von 2018 lehnt der WBP nicht nur den Antrag der AGHPT ab, sondern er äußert sich – ohne Auftrag, antragswidrig und unter Verletzung der im eigenen Methodenpapier festgelegten Regeln<sup>21</sup> – über die GPT dahingehend, dass auch diese nicht „wissenschaftlich anerkannt“ sei, weil nach seinen neuen Kriterien eine Studie fehle (wobei 26 von 27 Studien, die der WBP 2002 bei der Begutachtung der GPT als Wirksamkeitsstudien anerkannt hatte, vom WBP 2018 verworfen wurden). Die mehrfach schriftlich gestellte Frage, was den WBP dazu veranlasst habe, die seit 2002 längst als „wissenschaftlich anerkannt“ bewertete GPT erneut zu bewerten – und dann noch auf diese Weise – blieb bisher unbeantwortet.

Allerdings wurde diese WBP-Aussage zur GPT umgehend den Länderbehörden mitgeteilt, welche für die Zulassung zur Approbationsausbildung zuständig sind. Und in der neuen BpTK-Patientenbroschüre „Wege zur Psychotherapie“ vom März 2018 wurde jeder Hinweis auf die Gesprächspsychotherapie im Gegensatz zur Auflage von 2013 bereits eliminiert. GPT ist dort bereits schlicht nicht existent. Ob hier Berufsinteressen der in GPT approbierten Kammermitglieder verletzt werden, mögen die Leserinnen und Leser selbst beurteilen.

Die grundlegendere Frage ist: Wollen wir eine deutsche Psychotherapielandschaft, in welcher im Gegensatz zu vielen europäischen Ländern und den USA das Paradigma der Humanistischen Psychologie und Psychotherapie marginalisiert oder gar ganz eliminiert ist? Welche Fehler und Mängel vermag der WBP gegenüber den Wissenschaftlern anderer Länder und den Gesundheitsbehörden dort vorzuweisen, wenn diese ihren Patienten HPT nicht vorenthalten? Andersherum: Welche Gründe gibt es, seit 18 Jahren zwei von vier Grundorientierungen weitestgehend aus deutschen psychotherapeutischen Praxen sowie Aus- und Weiterbildungen fernzuhalten?

## Welche Bewertungslogik von Psychotherapie wollen wir?

Es herrscht Einigkeit darüber, dass ein wichtiger und wesentlicher Aspekt der „wissenschaftlichen Anerkennung“ der Nachweis der Wirksamkeit mit den gängigen Methoden der

<sup>20</sup> Verfügbar unter: <http://www.jkriz.de/erkl-80-profs.htm>.

<sup>21</sup> Im Methodenpapier des WBP, 2010, S. 16 ist explizit geregelt, dass der WBP das Begutachtungsverfahren dann abzubrechen hat, wenn „ein psychotherapeutischer Ansatz abweichend vom Antragsteller vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nicht als Psychotherapieverfahren eingestuft“ wird.

Wissenschaft ist. Doch wer bestimmt, was diese gängigen Methoden sind? Die Richtlinienvertreter im WBP haben ihre Sicht 2007 in einem Methodenpapier festgeschrieben.<sup>22</sup>

Es handelt sich dabei um eine sehr enge Auslegung der Wirksamkeitsforschung und ihre faktische Eingrenzung auf RCT-Designs, die von Anbeginn nicht nur von Praktikern und Praktikerverbänden, sondern auch von vielen Wissenschaftlern und Wissenschaftlergruppen kritisiert wurde.<sup>23</sup> Im „Minderheitenvotum“<sup>24</sup> zum Methodenpapier 2007 wurde deutlich gemacht, dass dieses für die wissenschaftliche Diskussion eine gute Grundlage darstelle, wie Psychotherapiestudien – sofern sie im Paradigma einer quantitativen experimentellen Wirkungsforschung angelegt sind – beurteilt werden können.

Als Professor, der 25 Jahre (auch) einen Lehrstuhl in Forschungsmethodik vertreten und bis zur Emeritierung (auch) nationale und internationale Forscher und Forschergruppen vor allem in quantitativer Forschungsmethodik beraten hat, weiß ich durchaus die großen Vorteile experimenteller Forschungsdesigns zu schätzen: Wo es gelingt, die Fragestellungen auf klare experimentelle Designs zu präzisieren und zuzuschneiden, ist dieser Ansatz fraglos die Forschungsmethodik der Wahl. Aber längst nicht alle Fragen, besonders wenn sie den Bereich der Grundlagenforschung verlassen und sich der Komplexität der Praxis mit den nichtlinearen Vernetzungen der Wirkgefüge stellen, lassen sich sinnvoll und methodisch angemessen zuschneiden. Gerade für die komplexe Frage der Wirksamkeit von Psychotherapie liefert die durch die vom Methodenpapier des WBP vorgenommene Begrenzung auf bestimmte Designs bestenfalls Teilantworten. In vielen Fällen sind die erforderlichen formalen Voraussetzungen für eine solche Methodik so wenig erfüllt, dass dies die Frage aufwirft, ob die Ergebnisse nicht eher methodische Artefakte als fundierte Fakten darstellen.

Vor allem aber bildet das Methodenpapier keineswegs das Spektrum ab, das als „gängige Methoden in der Wissenschaft“ zur Verfügung steht. Von der internationalen scientific community sind über die RCT-Forschung hinaus jedenfalls viele Methoden zur Erbringung wissenschaftlicher Belege für die Diskurse zur Wirksamkeit einschlägig und akzeptiert (von mehreren Dutzend eigenen Beiträgen – mit Literatur – zu dieser Problematik sei zumindest auf *Kriz, 2007, 2010, 2014, 2015* verwiesen).

Ein immer noch konservativer, aber fraglos auch in der internationalen Psychotherapieforschung akzeptierter Standard, der weit über die Beschränkungen des Methodenpapiers hinausgeht, sind die Evidenzklassen der Evidenzbasierten Medizin (EbM). Dieses Bewertungssystem sieht immerhin zumindest insgesamt vier (teilweise untergliederte) Klassen vor. Wenn im Zusammenhang mit der Wirksamkeitsprüfung von Psychotherapie durch den WBP (und G-BA) oft von „Evidenzbasierung“ gesprochen wird, steht dies nicht im Einklang mit dem, was die Gruppe um David Sackett als EbM eingeführt hat. Bereits 1996 haben *Sackett, Rosenberg, Gray,*

*Haynes und Richardson* sogar eindringlich davor gewarnt, lediglich RCT-Studien irrtümlich oder missbräuchlich als EbM auszugeben.

Auch in der aktuellen Begutachtung des AGHPT-Antrags durch den WBP wurden zahlreiche der vorgelegten Studien ausgeschlossen, wenn sie nicht die Evidenzklasse Ib erfüllten (d. h. Ausschluss wegen des Kriteriums B8 des Methodenpapiers: „keine randomisierte oder parallelisierte Zuweisung“). Wenn darunter sogar Studien sind, die z. B. Teil einer universitären Habilitationsschrift sind oder z. B. mit internationalen Forschungspreisen ausgezeichnet wurden, mag die Frage erlaubt sein, ob die Kriterien des Methodenpapiers nicht am Gegenstand vorbei messen. Besonders auch, wenn man andersherum bedenkt, dass z. B. eine Studie, die vermeintlich die Überlegenheit der VT zeigt, vom WBP als „methodisch adäquat“ eingestuft wurde. Diese ist zwar tatsächlich randomisiert, ansonsten aber methodisch und inhaltlich schlicht mangelhaft, weil Psychotherapien von 18 Stunden VT mit drei Stunden HPT verglichen wurden.<sup>25</sup>

## An welchen Modellvorstellungen wollen wir die Bewertung orientieren?

In der Praxis sind Patienten, Psychotherapeuten und Kostenträger daran interessiert, zu erfahren, ob eine bestimmte Vorgehensweise hilft, unter welchen Bedingungen und Einschränkungen dies gilt usw. Kurz: es geht ihnen um *inhaltliche* Fragen. Eine völlig andere Problemstellung ist, wie sauber und formal überzeugend die wissenschaftliche Beweismethodik für solche Wirksamkeitsnachweise durchgeführt wurde. Zwar hängt beides zusammen, ist jedoch nicht identisch und sollte auch nicht miteinander vermengt werden.

Wie weit der Blick auf formale Aspekte sich vom inhaltlichen Sachverstand entfernen kann, belegt aktuell eine mindestens problematische Forderung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)<sup>26</sup> nach „doppelter Verblindung“ (weder Patient noch Untersucher wissen, wer welches Medikament oder ein Placebo bekommt). Diese wurde von der Forschung für Pharmaprodukte vom IQWiG auf Psychotherapiestudien verallgemeinert. Bei der Bewertung von Studien zur Systemischen Therapie wurde die Behauptung aufgestellt, dass „doppelte Verblindung“

22 Die aktuelle Version 2.8 von 2010 weist nur geringe Veränderungen auf, sie ist verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>.

23 Schon 1999 u. a. durch die Neue Gesellschaft für Psychologie (NGfP), siehe: <http://www.jkriz.de/ngfp.htm>.

24 Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Minderheitenvotum26.pdf>.

25 Die drei in diesem Absatz genannten Studien sind in der eingangs angegebenen Quelle f) (Stellungnahme der AGHPT vom 16.10.2017) genauer aufgeführt.

26 Siehe IQWiG-Bericht „Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren“, verfügbar unter: <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentose-verfahren/n14-02-systemische-therapie-bei-erwachsenen-als-psychotherapieverfahren.6247.html>.

das „Verzerrungspotential“ grundsätzlich senke (Kriz, 2018). Wie problematisch es ist, die „Qualitätsmerkmale“ eines Untersuchungsbereiches einem anderen überzustülpen wird hier sofort einsichtig. So stellt bei der Untersuchung von fallenden Körpern gewöhnlich die Luftreibung ein erhebliches „Verzerrungspotential“ dar, weshalb man die Experimente möglichst in luftleeren Zylindern durchführt. Allerdings ist diese „verzerrungsfreie“ Methodik wenig geeignet, um Fallschirme zu untersuchen. Denn das Wesentliche an der Wirkung eines Fallschirms würde damit methodisch ausgeschlossen. Doppelverblindung in der Psychotherapieforschung hätte daher nicht ein geringeres „Verzerrungspotential“ zur Folge, sondern wäre selbst eine große Verzerrung der wesentlichen Wirkweisen von Psychotherapie. Das Wissen der Psychotherapeuten darüber, was sie tun, oder die therapeutische Beziehung wegen eines „Verzerrungspotentials“ ausschalten zu wollen, wäre methodisch schlicht falsch.

Unter der Frage nach einer adäquaten Methodik ist nun der auch im Antrag der AGHPT (siehe oben Punkt b) erläuterte Unterschied zwischen der Durchführung von Programmen und der Entfaltung von Prinzipien relevant. Man kann nämlich zeigen (Kriz, 2015), dass RCT-Designs sich in der Psychotherapieforschung besonders dann eignen, wenn vornehmlich manualisierte Programme angewendet werden: Hier sind Ausgangszustände, operationalisiertes Vorgehen und klare Zielvariable typisch. Dies gilt primär für die Verhaltenstherapie. Für ein psychotherapeutisches Vorgehen, das wesentlich in der prozessspezifischen Entfaltung von Prinzipien begründet ist – wie dies bei der Humanistischen Psychotherapie der Fall ist – sprengt die große Variabilität der Detail-„Ursachen“ (Interventionen) die erforderliche massenstatistische Homogenität für ein experimentelles Design. Man muss sich dann, um externen, theorieinadäquaten Forderungen von „Wissenschaftlichkeit“ zu genügen (wie es die Humanistische Psychotherapie teilweise getan hat), in das Prokrustesbett der RCT-Forschung legen und Wesentliches der Komplexität reduzieren.

Die Forderung, Wirksamkeit vor allem oder gar allein mit RCT-Designs zu belegen, läuft dort dann auf methodische Artefakte hinaus. Auf dem Wege der Untersuchungsmethodik wird eine bestimmte psychotherapeutische Präferenz, nämlich für die Verhaltenstherapie, einem anderen Psychotherapieansatz übergestülpt. Dies betrifft neben der Humanistischen Psychotherapie mindestens auch Teile der Psychodynamischen und der Systemischen Therapie. Denn die Qualität einer Übertragung lässt sich genauso wenig nach dem linearen Modell applizieren wie die therapeutische Beziehung. Sie sind auch nicht Störfaktoren, sondern – wie die Luft im o. a. Fallschirmbeispiel – wesentliches Agens in dem jeweiligen Paradigma. Insofern steht das Methodenpapier des WBP auch den in ihren Lehrbüchern dargestellten Theorien der Psychodynamiker diametral entgegen.

Die Bewertung der Wirksamkeit sollte daher bei den vier Grundorientierungen unterschiedliche Untersuchungsmethoden

in Rechnung stellen. Dies läuft zumindest wiederum auf die Forderung hinaus, das Konzept der EbM wirklich ernst zu nehmen und auch Studien mit anderen Evidenzgraden in die Erwägungen zur Wirksamkeit miteinzubeziehen.

Wünschenswert wäre auch, dass die Modellvorstellungen, die der Bewertung von Psychotherapie zugrunde gelegt werden, möglichst realistisch sind und die realen Möglichkeiten der Praxis miteinbeziehen. So kann man fraglos die Idealvorstellung haben, dass Psychotherapieverfahren einmal so weit theoretisch ausformuliert sind, dass beim Einsatz unterschiedlicher Methoden eines Verfahrens genau abgeleitet werden kann, wann man bei welchem Patienten in welcher aktuellen Situation ggf. die Methode wechselt. Wir müssen aber eingestehen, dass wir diese Frage gegenwärtig nicht hinreichend beantworten können. Das ist bedauerlich.

Parteilich erscheint es dem Autor freilich, wenn Vertreter der Richtlinienverfahren Antworten, die sie in Bezug auf ihr eigenes Verfahren schuldig bleiben müssen, lediglich von dem zu prüfenden Verfahren verlangen. So wird im WBP-Gutachten und weiteren Verlautbarungen der HPT vorgeworfen, dass diese nicht expliziere, wie beispielsweise der „Wechsel von einem gesprächs- zu einem körperpsychotherapeutischen Setting“ zu begründen sei. Doch bereits 2014 hat die AGHPT beim WBP um Aufklärung gebeten, wie z. B. in der VT ein Wechsel von „massierter Reizkonfrontation in vivo/in sensu“ zu „Achtsamkeitsübungen“ zu „Neurofeedback“ begründet wird oder aufgrund welcher Behandlungstheorie in der Psychodynamischen Psychotherapie z. B. von der Psychoanalyse nach Jung zum „Mentalisation Based Treatment“ und zur „kognitiv-psychodynamischen Psychotherapie nach M. Horowitz“ übergegangen wird. Auch dies blieb unbeantwortet – und es gibt vermutlich keine zufriedenstellende Antwort. Zumindest dem Autor scheint aber die Verbindung von gesprächs- und körperpsychotherapeutischem Vorgehen weit näher zu liegen als die genannten Beispiele aus der Richtlinien-entherapie. Denn GPT basiert auf einem organismischen Modell, bei dem Symbolisierung aktualisiert wird und die daher auf Fühlen und Achtsamkeit beruht, während Körperpsychotherapie ohne eine verstehende Symbolisierung der Vorgänge ebenfalls nicht auskommt.

Der Antrag der AGHPT war in der Hoffnung auf Rechtssicherheit bezüglich bisheriger Beschlüsse des WBP auf Strukturgleichheit mit den Richtlinienverfahren ausgerichtet, so wie sich diese insbesondere 2009 gegenüber dem G-BA selbst dargestellt hatten (BPtK 2009a, 2009b). Daher wurden der PD mit ihren dort aufgeführten 21 Methoden und der VT mit ihren dort über 50 Methoden/Techniken die HPT mit 10 Methoden sorgfältig gegenübergestellt. Die HPT ist weder national noch international theoretisch uneinheitlicher und/oder in ihren Methoden heterogener als die VT und PD. Zumal die VT nach eigenem Verständnis und auch in der Definition des WBP von 2004 „keine abgeschlossene und homogene theoretische Grundlegung“ aufweist und bei der Literatur zur PD vor allem die Unterschiede zwischen freudscher, adleriani-

scher, jungscher Psychoanalyse bzw. die Kontroversen zwischen Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie ins Auge fallen. Wenn nun die antragswidrige Zerlegung der HPT in einzelne Methoden als Grund dienen soll, der HPT den Status eines „Verfahrens“ streitig zu machen, so würden bei einer gleichen Vorgehensweise auch die Richtlinienverfahren in Misskredit gebracht werden. So etwas fügt der Psychotherapie insgesamt unangemessen Schaden zu – wenn auch nur in Deutschland: Denn dass die terminologisch nebulöse Frage, ob es sich um ein „Verfahren“ oder eine „Grundorientierung“ handelt, damit verbunden wird, ob national ein ganzes Paradigma Bestand hat oder ausgelöscht wird, ist in allen anderen Nationen schlicht undenkbar.

Es ist m. E. dringend erforderlich, dass über essentielle Fragen der Psychotherapiebewertung in der breiten Fachöffentlichkeit ein Diskurs einsetzt.

## Fazit

Als Folgerung aus diesen Ausführungen ergeben sich Forderungen, die teilweise auch schon von etlichen anderen Gruppen und Verbänden erhoben worden sind:

- Der WBP sollte möglichst bald so neu besetzt werden, dass alle vier Grundorientierungen darin mit Stimme vertreten sind.
- Dieser neue WBP sollte sich möglichst bald mit den vortragenen Mängeln an den Studienbewertungen zur HPT auseinandersetzen und seine Entscheidungen begründen. Ebenso sollte überprüft werden, ob es *wissenschaftliche* Gründe gibt, angesichts der sehr großen Heterogenität der Richtlinienverfahren der HPT den Status eines Verfahrens in Deutschland abzuspüren.
- Der neue WBP sollte, um von vornherein einen Verdacht von Parteilichkeit und tendenziösem Vorgehen zu vermeiden, seine Zwischenentscheidungen transparent machen und begründen. Und er sollte sich dem Diskurs über Fachfragen nicht entziehen. Alle Personalien sind selbstverständlich vertraulich zu behandeln.
- Der neue WBP sollte eine Revision des Methodenpapiers vornehmen. Ziel sollte es sein, die Pluralität von Forschungsmethoden in der scientific community zu berücksichtigen und sich kurzfristig zumindest an den Kriterien der EbM zu orientieren. Längerfristig sollten auch neuere

Forschungsansätze zur Einzelfallforschung etc. berücksichtigt werden, vor allem wenn Studien mit entsprechenden Designs zu bewerten sind.

- Es ist zu überlegen, ob nicht zumindest ein Methodiker und Wissenschaftstheoretiker Platz im WBP haben sollte.

## Literatur

- Asch, S. E. (1973). Änderung und Verzerrung von Urteilen durch Gruppendruck. In M. Irlé (Hrsg.), *Texte aus der experimentellen Sozialpsychologie* (S. 57-73). Neuwied: Luchterhand.
- BPTK. (2009a). Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gem. §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie. „Psychoanalytisch begründete Verfahren“. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009. Verfügbar unter: [https://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Themen/ambulante\\_Versorgung/20091110\\_stn\\_bptk\\_pt-richtlinie\\_pp.pdf](https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/ambulante_Versorgung/20091110_stn_bptk_pt-richtlinie_pp.pdf).
- BPTK. (2009b). Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie, Verhaltenstherapie. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009. Verfügbar unter: [https://www.bptk.de/uploads/media/20091113\\_stn\\_bptk\\_richtlinienverfahren\\_vt\\_091110\\_g-ba\\_pr%C3%BCft\\_richtlinienpsychth.pdf](https://www.bptk.de/uploads/media/20091113_stn_bptk_richtlinienverfahren_vt_091110_g-ba_pr%C3%BCft_richtlinienpsychth.pdf).
- Frohburg, I. (2007). Gesprächspsychotherapie – ein wissenschaftliches Verfahren? In I. Frohburg (Hrsg.), *Zwölf Beiträge zum sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie* (S. 73-96). Köln: GwG-Verlag.
- Gilovich, T., Keltner, D., Chen, S. & Nisbett, R. E. (2006). *Social Psychology* (4. th ed.). New York: Norton.
- Heuft, G. & Esser, G. (2018). Humanistische Psychotherapie: Hochwertige Wirksamkeitsbelege notwendig. Kommentar zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 115 (11), A474-A478.
- Kriz, J. (2007). Wie lässt sich die Wirksamkeit von Verfahren X wissenschaftlich begründen? Versuch der Präzisierung einer methodologischen Hintergrunds-Kontroverse. *Psychotherapeutenjournal*, 6 (3), 258-261.
- Kriz, J. (2010). Was leistet das Psychologiestudium und was fehlt ihm im Hinblick auf eine psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit? *Psychotherapeutenjournal*, 9 (2), 130-140.
- Kriz, J. (2014). Wie evident ist Evidenzbasierung? Über ein gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung. In S. Sulz (Hrsg.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (S. 154-185). München: CIP-Medien.
- Kriz, J. (2015). Psychotherapieforschung – und ihre Beschränkung durch einen schulenspezifischen Bias. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 3 (2), 101-113.
- Kriz, J. (2018). Der Mensch als Störgröße. *Familiendynamik*, 43 (1), 160-161.
- Lück, H. E., Bungard, W. & Miller, R. (2005). *Forschungsartefakte und nicht-reaktive Messverfahren*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Munder, T., Brüttsch, O., Leonhart, R., Gerger, H. & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clinical psychology review*, 33 (4), 501-511.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British medical journal*, 312, 71-72.
- Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H. J., Eckert, J. & Richter, R. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 9 (2), 160-168.

# Buchrezension

## Deuten in der Psychotherapie

Kuttenkeuler, D. & Schäfer, G. (Hrsg.). (2016). *Deutungsprozesse im Wandel. Beiträge zum aktuellen Verständnis der Deutung in der Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 261 Seiten, 29,90 €

Deutung gilt für die psychoanalytische Arbeitsweise als zentrales Konzept. Es hat sich im Verlauf der nun über 100-jährigen psychoanalytischen Behandlungserfahrungen beständig weiterentwickelt. Die Autoren<sup>1</sup> des Buches greifen dies auf und zeigen, auf welche Weise sprachliche und nichtsprachliche Interventionen für die Patienten Räume des Fühlens und Denkens neu erschließen oder verhindern können. Der psychoanalytische Diskurs dazu dürfte auch für Psychotherapeuten anderer Schulen von Interesse sein.

Zuerst lesen sollte man den hinten im Buch platzierten Beitrag von Heiner Binding, „Deutungswege in der Kunst“, da er deutlich macht, warum überhaupt gedeutet werden muss. Wie bei den Werken der modernen Kunst liegt auch in den Erzählungen von Patienten der Sinn nicht offen zu Tage, bedarf also der Deutung. Dies kann auch frustrieren: So verweile ein Museumsbesucher durchschnittlich nur zehn Sekunden vor einem Bild. Um länger zu bleiben, bedürfe es einer Irritation, die „staunen“ lässt. Binding bezieht sich hier auf Wilfred Bion, der es als „negative Fähigkeiten“ des Analytikers beschrieben hat, sich keiner vorschnellen Sinnsuche hinzugeben, sondern abwarten und sich emotional berühren lassen zu können. Die genaue Betrachtung des Kunstwerkes unter Beachtung der eigenen Gefühle sowie der Gefühle und Gedanken anderer weise den Weg zur Deutung. Dabei gebe es stets verschiedene Wege und jede Deutung sollte zudem „auch offene Stellen zulassen“. Gustav Bovensiepen führt dies in seinem analog auf klinisches Material bezogenen

Beitrag „Das Unsichtbare sichtbar machen“ weiter aus.

Es bietet sich an, als nächsten Beitrag „Zur Geschichte der Deutung“ zu lesen, in dem Dorothea Kuttenkeuler anschaulich nachzeichnet, wie die heutigen psychoanalytischen Deutungskonzepte entstanden sind. Wie heute Psychoanalytiker deuten, die sich der „intersubjektiven“ Schule verpflichtet fühlen, welche das Behandlungsgeschehen als einen gemeinsamen Abstimmungsprozess zwischen Psychotherapeut und Patient konzeptionalisiert, zeigen Beiträge von Klaus-Dieter Weber und Christian Maier. Harm Stehr wendet sich gegen eine Sicht, die das Behandlungsgeschehen einseitig vom Patienten her ausdeutet, während der Psychotherapeut ein scheinbar objektiver Beobachter bleiben könne. Nicola Sahhar führt Störungen zwischen Analytiker und Analysand auf Störungen der Mutter-Kind-Interaktionen zurück, die er an videografiertem Material aufzeigt. Ein gemeinsamer Beitrag von Franz Herberth und Ute Moini-Afchari beschreibt den intersubjektiven Prozess einer Ausbildungssupervision.

Susann Heenen-Wolff warnt in ihrem Beitrag „Über die Gründe, zu deuten, und jene, es nicht zu tun“ vor einer allzu großen intersubjektiven Konsensorientierung. Entscheidend sei nicht, ob eine Deutung inhaltlich zutrefte, sondern ob sie veränderungsrelevant sei. Besonders das „empathische Eingehen auf den Patienten“ führe häufig zu einer vorschnellen Einigung, worin das Problem des Patienten bestehe, und damit „am unbewussten Konflikt vorbei“. Anhand einer Fallvignette beschreibt sie, wie abwartendes Zuhören beim Patienten zwar eine „minimale Destabilisierung“ evoziere, die aber zu deutbaren „Ideenketten“ führe. Das abwartende Zuhören des Analytikers habe eine „unbewusste Äquivalenz der frühen Mut-

ter“, eng verbunden mit der „Fähigkeit, in Gegenwart der Mutter allein zu sein“.

Der Beitrag von Georg Schäfer „Wie hört man mit dem ‚dritten Ohr‘?“ bezieht den Deutungsdiskurs auf die psychoanalytische Ausbildung und könnte insofern auch wie ein Fazit des Buches gelesen werden. Schäfer konstatiert das Fehlen einer „umfassenden Didaktik für die psychoanalytische Ausbildung“. In diese Lücke treten implizite Modelle von der inneren Arbeitsweise des Psychoanalytikers. Zentral ist für Schäfer hier das Modell des „Hörens mit dem dritten Ohr“ von Theodor Reik. Zur Entwicklung eines eigenen Arbeitsmodells gehöre es, sich immer wieder selbst zu hinterfragen sowie Toleranz für Widersprüche und Paradoxien zu entwickeln. Die kasuistische Evaluation der persönlichen Arbeitsmodelle von Ausbildungsteilnehmern sieht Schäfer als gestalthaften Abgleich der Wahrnehmung der Kandidaten mit denen ihrer Ausbilder. Die psychoanalytischen Institute und Fachgesellschaften fungierten dabei als „Denkstilkollektive“, die diesen Prozessen eine Gesamtrahmung gäben.

Auch wenn die Beiträge des Buches den Deutungsdiskurs in unterschiedlicher Tiefe ausleuchten und die intersubjektive Perspektive über andere mögliche Sichtweisen dominiert, ist der vorliegende Band ein sehr lesenswertes und höchst anregendes Buch, das auch dabei hilft, die eigenen Deutungskonzepte zu reflektieren.

Dr. Rupert Martin,  
Köln

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

# Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

## Gesetzesänderungen für eine Fachweiterbildung – BPtK-Symposium zur Reform des Psychotherapeutengesetzes

Der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung wachse stetig. Daher sei es richtig, die Psychotherapeutenausbildung zu modernisieren und an die Anforderungen und den Bedarf in der Versorgung anzupassen. Das erklärte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 26. Juni 2018 in einer Videobotschaft auf einem Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zur Reform des Psychotherapeutengesetzes. Er wolle die Reform daher möglichst früh in der Legislaturperiode abschließen und dafür könne das Symposium einen wichtigen Input liefern.

### Nach der Reform: Ein Approbationsstudium mit Fachweiterbildung

Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPtK, erinnerte an den Kern der Reform, durch ein Studium mit anschließender

Approbation und Fachweiterbildung die prekäre finanzielle und rechtliche Situation der Ausbildungsteilnehmer endlich zu beenden, den bundeseinheitlichen Berufszugang wiederherzustellen und die Qualifizierung noch besser an die Anforderungen der Versorgung anzupassen. Nach Vorarbeiten zum Studium und einem klaren Votum der Regierungskoalition und der Gesundheitsministerkonferenz liege der Fokus des Symposiums auf den gesetzlichen Voraussetzungen für die Weiterbildung. Ohne Weiterbildung gebe es nach der Reform keine Psychotherapeuten mit Fachkunde nach dem Sozialrecht mehr.

### Studium zum akademischen Heilberuf

Dr. Nikolaus Melcop, Vizepräsident der BPtK, erläuterte zentrale Änderungen des Psychotherapeutengesetzes, auf

die sich die Profession in einem breiten Konsensverfahren verständigt habe. Psychotherapeuten müssten als akademischer Heilberuf mit der Approbation über ausreichende wissenschaftliche und heilkundliche Kompetenzen verfügen. Weil ein reformiertes Gesetz nicht so rasch wieder geändert werde, müsse es durch eine Erprobungsklausel flexibel genug sein, um auf künftige Anforderungen in der Versorgung reagieren zu können. Zugleich wolle man auch künftig gemeinsame Gremien mit den Ärzten, um trotz unterschiedlicher Berufszugänge die Einheit der Psychotherapie zu erhalten. Dr. Andrea Benecke, BPtK-Vorstandsmitglied, appellierte, dass im Studium ausreichend klinische Kompetenz für die Approbation vermittelt werden müsse. Absolventen müssten psychische Erkrankungen diagnostizieren können, aber vor allem ihre Grenzen kennen auch in Bezug auf



Dr. Dietrich Munz



Wolfgang Schreck



Dr. Andrea Benecke



Peter Lehndorfer

die Anwendung von Psychotherapieverfahren, die sie erst in der Weiterbildung vertieft erlernen. Für ausreichende Praxiserfahrung werde ein Praxissemester gefordert. Zudem müsse sichergestellt werden, dass die Absolventen mit der Approbation selbstständig wissenschaftlich arbeiten können.

In der anschließenden Diskussion ging es insbesondere um den Stellenwert der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren im Studium und im Psychotherapeutengesetz. Einerseits müsse die Breite der Verfahren in der Versorgung erhalten bleiben. Andererseits müssten Psychotherapeuten wie Ärzte zur psychotherapeutischen Heilkunde für die Erforschung innovativer Strategien und zu Heilversuchen befugt sein. Erörtert wurde auch die

Bezeichnung Psychotherapeut für die künftigen Berufsangehörigen, die nach Einschätzung von Vertretern aus der Ärzteschaft ärztliche Psychotherapeuten ausschließe.

### Besondere Anforderungen der Weiterbildung

Nach der Approbation erwerben Psychotherapeuten in einer hauptberuflichen und sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung die Fachkunde für die Gebiete „Erwachsene“ oder „Kinder und Jugendliche“ und die Anwendung eines Psychotherapieverfahrens. Zur Abdeckung der unterschiedlichen Anforderungen seien mindestens zwei Jahre in der ambulanten und in der stationären Versorgung Pflicht, erläuterte Peter Lehndorfer, Vizepräsident der



Dr. Nikolaus Melcop

BPtK. Für das Versorgungsangebot der Psychotherapie-Richtlinie könne qualitätsgesichert nur ein Weiterbildungsinstitut mit Ambulanz qualifizieren. Dort würde die Patientenbehandlung koordiniert mit der erforderlichen Supervision und Theorievermittlung sowie der Selbsterfahrung für das zu erlernende Psychotherapieverfahren. Auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sei Psychotherapie unerlässlich, begründete Dr. Munz die stationäre Pflichtphase. Nur zusammen mit der Tätigkeit im Krankenhaus lernten Psychotherapeuten die ganze Breite und Schwere psychischer Erkrankungen kennen, bei denen eine ambulante Behandlung nötig sei. BPtK-Vorstandsmitglied Wolfgang Schreck stellte die Überlegungen zu einer fakultativen Weiterbildung in institutionellen Bereichen wie der Jugendhilfe, Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie und Suchthilfe vor. Menschen, die in diesen Bereichen betreut würden, seien besonders häufig psychisch krank und bräuchten spezifische psychotherapeutische Angebote.

### Gesetzliche Lösung zur Finanzierung der Weiterbildung möglich

Der Sozialrechtler Dr. Rainer Hess präsentierte die zentralen Ergebnisse seines Rechtsgutachtens zu den bundes- und landesrechtlichen Regelungen für eine bedarfs- und fachgerechte Weiterbildung von Psychotherapeuten. Wenn der Gesetzgeber diese Strukturreform wolle, in der eine ambulante Weiterbildung aus fachlicher Sicht zwingend notwendig sei, müsse er sicherstellen,



Dr. Rainer Hess



Dirk Heidenblut, MdB

dass es auch nach der Reform genügend Psychotherapeuten mit sozialrechtlicher Fachkunde gebe. Bei den Hausärzten habe er wegen der verbindlichen ambulanten Weiterbildung mit § 75a SGB V deshalb eine Förderung geregelt. Zur Deckung des Nachwuchsbedarfs bei weitergebildeten Psychotherapeuten müssten Institutsambulanzen durch Änderung der §§ 117 und 120 SGB V weiterhin ermächtigt sein, Versorgungsleistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Aus dieser Vergütung könnte ein Einkommen der Bildungsassistenten refinanziert werden, nicht jedoch die Kosten für die zusätzlichen Leistungen der Institute. Dafür sei eine zusätzliche Förderung wie bei den Kompetenzzentren in der Weiterbildung Allgemeinmedizin gerechtfertigt. Auch lege die in § 75a SGB V geregelte Weiterbildungsförderung der Fachärzte eine ergänzende Förderung von Weiterbildungsstellen in weniger gut versorgten Regionen nahe. Landesgesetzliche Regelungen der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten und die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen zur Finanzierung von Weiterbildungsinstituten und Weiterbildungsstellen



Sylvia Gabelmann, MdB

müssten bereits zu Beginn der ersten Weiterbildungsgänge in Kraft sein. Dafür müssten sich die Länder auf eine obligatorische ambulante Phase und die Funktion von Instituten in einem Weiterbildungsverbund verständigen und sich sicher sein können, dass deren Finanzierung sozialversicherungsrechtlich geregelt ist. Fazit von Dr. Hess: Niemand könne mehr sagen, dass das Weiterbildungskonzept der Profession nicht ginge. Man könne höchstens sagen, dass man es nicht wolle.

### Unterstützung aus dem Bundestag

Abgeordnete aus Regierungs- und Oppositionsparteien erklärten, dass eine Reform die besonderen Anforderungen an die Weiterbildung von Psychotherapeuten berücksichtigen müsse. Die ambulante Weiterbildung sei unverzichtbar, stellte Dirk Heidenblut (MdB, SPD) fest und der von Dr. Hess vorgezeichnete Weg machbar. Maria Klein-Schmeink (MdB, Bündnis 90/Die Grünen) stimmte zu und ergänzte, das Problem müsse genauso gelöst werden wie bei den Hausärzten. Deshalb sei eine Finanzierung über die gesetz-



Maria Klein-Schmeink, MdB

liche Krankenversicherung gerechtfertigt. Auch für Sylvia Gabelmann (MdB, Die Linke) war eine ambulante Weiterbildung wegen der Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung selbstverständlich. Auf die Forderung aus dem Plenum, dass wegen der vermutlich langen Übergangszeiten bis zum Wirksamwerden des Gesetzes eine Lösung für die Psychotherapeuten in Ausbildung gefunden werden müsse, die unter den geltenden prekären Bedingungen ausgebildet werden, sagten alle drei Parlamentarier zu, sich für eine Übergangslösung im Vorgriff auf eine reformierte Ausbildung einzusetzen. Die Zeit sei reif für die Reform. Heidenblut war zuversichtlich, dass es auch für die Berufsbezeichnung eine Lösung geben werde. Gabelmann unterstrich die dringende Notwendigkeit der Reform auch aus ihrer Erfahrung als Apothekerin, weil zu viele psychisch kranke Menschen nur mit Psychopharmaka behandelt würden. Klein-Schmeink betonte, dass es eine Mammutaufgabe sei, die jetzt bewältigt werden müsse. Aufgrund der Vorarbeiten der Profession gebe es aber praktisch handhabbare Schritte und das Finanzierungsvolumen schrecke sie nicht.

## Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Gestalttherapie

In seinem Gutachten vom 11. Juni 2018 hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der Gestalttherapie in dem Anwendungsbereich der affektiven Störungen bei Erwachsenen festgestellt. Da für die Gestalttherapie darüber hinaus in keinem weiteren Anwendungsbereich ausreichende Belege für ihre Wirksamkeit vorliegen, kann sie insgesamt nicht als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren

gelten. Für eine wissenschaftliche Anerkennung als Psychotherapieverfahren fehlen die erforderlichen Belege der Wirksamkeit unter anderem im Anwendungsbereich der Angst- und Zwangsstörungen und in mindestens einem bzw. zwei weiteren Anwendungsbereichen bei Erwachsenen. Damit kann die Gestalttherapie nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten empfohlen werden. Für die Behandlung von Kin-

dern und Jugendlichen konnte der Beirat in keinem der Anwendungsbereiche ausreichende Belege für ihre Wirksamkeit finden.

Das vollständige Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Gestalttherapie ist unter folgendem Link abrufbar: [http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Gutachten\\_Gestalt\\_BPTK\\_BAeK1.pdf](http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Gutachten_Gestalt_BPTK_BAeK1.pdf).

## Bundespolizei bezahlt psychotherapeutische Behandlung in Privatpraxen

Seit dem 1. Mai 2018 übernimmt die Bundespolizei auch die Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung in privaten Praxen in Höhe des 2,2-fachen Satzes der Gebührenordnung für Ärzte. Dazu haben die BPTK und das Bundesinnenministerium eine Vereinbarung unterzeichnet.

Bundespolizisten haben einen Anspruch auf freie Heilfürsorge, für den die Kassenärztlichen Vereinigungen – wie für gesetzlich Versicherte auch –

den Sicherstellungsauftrag haben. Zur Behandlung können sich Bundespolizisten daher an Praxen mit Kassenzulassung wenden und die Behandlung wird dann über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Daran ändert sich durch die Vereinbarung nichts.

Sie ermöglicht es aber Bundespolizisten kostenfrei auch eine Psychotherapie in Praxen ohne Kassenzulassung in Anspruch zu nehmen. Das Verfahren,

die Anträge und die Bewilligungsschritte für die Behandlung richten sich nach den Vorgaben, wie sie in der gesetzlichen Krankenversicherung gelten und insbesondere in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt sind.

Für die Behandlung von Bundeswehrsoldaten hat die BPTK mit dem Bundesverteidigungsministerium bereits eine vergleichbare Vereinbarung geschlossen.

## Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie – G-BA beauftragt die Entwicklung eines datengestützten QS-Verfahrens

Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung soll ein datengestütztes einrichtungsvergleichendes Qualitätssicherungsverfahren entwickelt werden. Einen entsprechenden Auftrag an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf seiner Sitzung am 17. Mai 2018 beschlossen.

Das IQTIG soll auf Basis eines Qualitätsmodells Instrumente und Indikatoren zur Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität entwickeln, die eine vergleichende Darstellung der Qualität in den Einrichtungen der ambulanten

psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen. Eingegrenzt wird das QS-Verfahren auf erwachsene GKV-Versicherte, die eine Kurz- oder Langzeitpsychotherapie erhalten. Als Datenquellen sollen dabei die Sozialdaten bei den Krankenkassen, Dokumentationen der Leistungserbringer und Patientenbefragungen genutzt werden, die für dieses Verfahren vom IQTIG zu entwickeln sind.

Die Instrumente und Qualitätsindikatoren, die auf den Sozialdaten und auf der Leistungserbringerdokumentation beruhen, sind vom IQTIG bis zum 31. August 2020 zu entwickeln. Der Ab-

schlussbericht mit der zugehörigen Patientenbefragung ist dann bis zum 31. August 2022 abzugeben.

Link: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18\\_IQTIG-Beauftragung\\_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf)

### Geschäftsstelle

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



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in wenigen Wochen wird turnusgemäß nach fünf Jahren die **Wahl zur Vertreterversammlung (VV)** stattfinden. Sie werden vor **Beginn der Wahl am 21. Oktober** nochmals ausführliche Informationen über das Wahlverfahren, d. h. Ihre Stimmabgabe erhalten und können Ihre Stimme auf den Wahllisten abgeben. Die **Wahlzeit endet am 21. November**. Die Wahl wird vom Wahlleiter, Rechtsanwalt Claus Benz, und dessen Stellvertreter, Rechtsanwalt Claus Morlock, durchgeführt. Die Auszählung wird der Wahlausschuss durchführen und kontrollieren.

Die Wahl zur VV ist eine wichtige demokratische Legitimation und Unterstützung für die Selbstverwaltung und Vertretung der Interessen der Psychotherapeuten und unserer Patienten sowie der ehrenamtlich in den Kammergremien mitarbeitenden Kolleginnen und Kollegen.

Deshalb bitten wir Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen: Informieren Sie sich über die Wahllisten und deren Kandidatinnen und Kandidaten und **beteiligen Sie sich an der Wahl!**

Nach der Wahl werden Sie vom Kammerpräsidenten über das Wahlergebnis und die gewählten Vertreterinnen und Vertreter informiert. Nach Ablauf der Wahlwiderspruchsfrist wird Anfang nächsten Jahres die VV zu ihrer konstituierenden Sitzung einberufen und aus ihrer Mitte den neuen Kammervorstand wählen.

Wir möchten uns im Namen der Landespsychotherapeutenkammer bei allen Kandidatinnen und Kandidaten für ihre Bereitschaft bedanken, sich in der Kammer aktiv ehrenamtlich zu engagieren. Danken möchten wir auch allen Mitgliedern, die mit ihrer Stimmabgabe die Kammerarbeit unterstützen.

Wir verbleiben mit den besten Wünschen für einen für Sie alle angenehmen Herbst!

Ihr Kammervorstand

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

## Landespsychotherapeutentag 2018 – Psychotherapie in Institutionen



Eröffnungsvortrag durch Dr. Dietrich Munz



Blick ins Plenum

Unter dem Motto „Psychotherapie in Institutionen – Herausforderungen und Perspektiven“ stand der Landespsychotherapeutentag, der am 29. Juni 2018 in Stuttgart stattfand. Im Vormittagsprogramm referierte Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz u. a. zu 20 Jahren Psychotherapeutengesetz. Am Nachmittag war Gelegenheit, in Workshops zu wichtigen psychotherapeutischen Arbeitsfeldern stationärer und teilstationärer Versorgung aus den Bereichen

Psychiatrie, Psychosomatik, Reha und Jugendhilfe Einblicke in die aktuellen stationären Konzepte und Arbeitsmöglichkeiten zu erhalten.

### Vormittagsprogramm – Plenum

Dr. Munz richtete in seinem Beitrag den Fokus vor allem darauf, was sich für die in Institutionen tätigen angestellten PP und KJP seit dem Psychotherapeutengesetz in ihrer Tätigkeit entwickelt habe. Für die

Zukunft formulierte er Mindestvorgaben für die Personalausstattung, die für die Berufsgruppen, sei es in den Kliniken, in der Reha, in Jugendhilfeeinrichtungen oder Beratungsstellen verankert und eingehalten werden müssten. U. a. ging er dabei auf die Ziele/Forderungen ein, die von der BPtK gegenüber der AG Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik im G-BA formuliert wurden. Mit Blick auf die Reform der Psychotherapeutenausbildung stellte er fest, dass es nun



Moderation: Dieter Schmucker und Ullrich Böttinger

sehr wichtig sei, in den ausbildenden Institutionen neben einer angemessenen Bezahlung einen angemessenen Status während der Weiterbildungszeit zu ermöglichen. Hier seien auch die je nach Fachabteilungen differenziell unterschiedlichen Vertiefungen institutioneller Weiterbildungsgänge mehr in den Blick zu nehmen. Eine fünfjährige Weiterbildung unter Einschluss der stationären sowie der neu vorgesehenen Weiterbildungen in den unterschiedlichen Fachrichtungen der institutionellen Versorgung sei dabei unerlässlich. Ebenso wichtig sei es, in den Institutionen, in denen Psychotherapie durchgeführt werde, aber der Versorgungsauftrag nach wie vor an der Weiterbildung der Ärzte orientiert sei, Anpassungen so vorzunehmen, dass PP/KJP analog der Weiterbildung der Ärzte eine entsprechende berufliche Laufbahn mit Leitungsfunktionen ermöglicht werde. Mit Blick auf die aktuellen tariflichen Entwicklungen empfahl Dr. Munz abschließend den Kollegen, sich stärker im Personalrat und in der Gewerkschaft zu engagieren, um mit ihren Kompetenzen und ihren Anliegen bei den Arbeitgebern sichtbarer und bekannter zu werden. Das Ziel müsse bleiben, mit den Tarifpartnern eine Verankerung der Berufe des PP und KJP in der EG 15 zu erreichen.

Ass. jur. Johann Rautschka-Rücker beleuchtete den Novellierungsbedarf im Berufsfeld angestellter Psychotherapeuten. Grundproblem sei, dass durch das Psychotherapeutengesetz das SGB V mit Fokus auf die ambulante Psychotherapie geändert worden sei. Daraus resultierten eine Reihe von Problemen, die sich bis heute auf den Status, die Leitungsfunktion und die eigenverantwortliche Tätigkeit appro-



Johann Rautschka-Rücker

bierter PP und KJP im Krankenhaus auswirkten. Zudem sei der Versorgungsauftrag der Kliniken orientiert an der Weiterbildungsordnung der Ärzte, woraus sich auch ergebe, dass PsychPV und OPS nicht zwischen PP und KJP einerseits und Psychologen andererseits unterschieden. Die jährlichen Vorschläge der BpTK zum OPS, wie z. B. die Behandlungsleitung durch PP und KJP im OPS 2019 zu berücksichtigen, würden einfach nicht miteinbezogen. Die Landeskrankenhausgesetze seien so unterschiedlich, dass keine generellen Lösungen denkbar seien. Er zeigte die änderungsbedürftigen gesetzlichen Regelungen im Einzelnen auf und wies dabei auch auf einige Ansatzpunkte hin, diese Änderungen durchzusetzen.

Im letzten Hauptvortrag ging Dr. Ulrike Worrigen (Deutsche Rentenversicherung DRV Bund) auf die Rolle der Psychotherapie in der Rehabilitation von Menschen mit körperlichen Erkrankungen ein. Ausgehend von einer häufigen psychischen Komorbidität in den somatischen Indikationen sollten psychologische und psychotherapeutische Interventionen entsprechend der Leitlinien fester Bestandteil der Rehabilitation sein. Allerdings sei sowohl die aktuelle psychotherapeutische Versorgung in den Kliniken (z. B. Einhaltung der Vorgaben für Stellenschlüssel) sowie Ausbildung und Status der PPs bei Mitbehandlung somatischer Erkrankungen optimierungsfähig. Hierzu habe die DRV Fortbildungen entwickelt bzw. Praxisempfehlungen herausgegeben, die von den Kliniken genutzt werden können. Auch seien für die ambulante Nachsorge (u. a. Psy-RENA, krankheitsbezogene Ermächtigungen) zusätzliche Hilfen entstanden. Schließlich kritisierte



Dr. Ulrike Worrigen

Dr. Worrigen die Inhalte der künftigen Aus- und Weiterbildung, in der Psychotherapie in der somatischen Versorgung eine noch zu geringe Rolle einnehme. Künftig sollten mehr Versorgungskompetenzen für die Mitbehandlung somatischer Erkrankungen entstehen.



Dieter Schmucker, Dr. Roland Straub und Dr. Dietrich Munz im Gespräch

## Workshops am Nachmittag

Am Nachmittag fanden insgesamt acht Workshops zu den folgenden Themen statt (in Klammern die Leiter der Workshops):

- WS 1: Stationäre Psychotherapie bei Essstörungen (Dr. Sandra Becker, Tübingen)
- WS 2: Alkoholkonsumstörungen: Psychotherapie in Institution und Praxis (Michael Müller-Mohnssen, Weissenau)
- WS 3: Angestellte Psychotherapeuten im Spannungsfeld zwischen Berufs-, Arbeits- und Sozialrecht (Johann Rautschka-Rücker, Wiesbaden)
- WS 4: Entgeltgruppe 15 für PP und KJP?! (Dr. Raphael Niebler und Dr. Harry de Maddalena, Tübingen)
- WS 5: Psychotherapeuten/innen in der medizinischen Rehabilitation (Dr.

Ulrike Worringen, Berlin, und Dieter Schmucker, Bad Waldsee)

- WS 6: Delinquentes Verhalten – Psychotherapie mit Straftätern/innen im Justizvollzug (Silvia Müller, Hohenasperg)
- WS 7: Psychotherapie in der Jugendhilfe: Psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungs- und Familienberatung (Ullrich Böttinger, Offenburg); Behandlung in der stationären Jugendhilfe (Anja Fritzsche, Offenburg)

- WS 8: Psychotherapie bei Psychosen (Dr. Klaus Hesse, Tübingen, und Achim Dochat, Reutlingen)

Vorstand und PTI-Ausschuss konstatierten eine insgesamt erfolgreiche Veranstaltung, die das breite psychotherapeutische Spektrum der PP und KJP in unterschiedlichen Einrichtungen aufzeigen konnte, gut repräsentiert und vertiefend diskutiert hat. Kammerpräsident Dr. Munz dankte insbesondere dem Vorsitzenden Dieter Schmucker und allen im Ausschuss „Psychothera-

pie in Institutionen“ aktiv Beteiligten für die gelungene, gemeinsam entwickelte inhaltliche Konzeption, Organisation und aktive Beteiligung in den Workshops dieses Angestellten-LP-Tages sowie den weiteren Referenten und den Teilnehmern für die interessanten und spannenden Präsentationen und intensiven Diskussionen. Alle Foliensätze sowie einen ausführlicheren Bericht finden Sie auf [www.lpk-bw.de/news/2018/psychotherapie-in-institutionen-herausforderungen-und-perspektiven](http://www.lpk-bw.de/news/2018/psychotherapie-in-institutionen-herausforderungen-und-perspektiven).

## Fachtag „Psychotherapie-Richtlinie und neue Befugnisse“

Seit mehr als einem Jahr ist die neue Psychotherapie-Richtlinie in Kraft und seit letztem Jahr können Psychotherapeuten Krankentransport, medizinische Rehabilitation sowie Soziotherapie verordnen und Krankenhauseinweisungen veranlassen. Beim mit ca. 80 Teilnehmern gut besuchten Fachtag in Stuttgart referierte Sabine Schäfer, Mitglied im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses, über die ersten Erfahrungen mit der Richtlinie und stellte Ergebnisse aus der aktuellen BPTK-Studie sowie der (noch nicht veröffentlichten) DPtV-Studie zur Umsetzung der Richtlinie vor. Demnach haben die nun vorgeschriebenen Zeiten für die telefonische persönliche Erreichbarkeit der Praxen zwar zu einer verbesserten Erreichbarkeit geführt, neue Behandlungskapazitäten wurden dadurch aber nicht realisiert. Die befragten Kolleginnen und Kollegen halten die Regelung zur telefonischen Erreichbarkeit mehrheitlich für wenig sinnvoll, sehen aber durchaus auch Vorteile für die

Patienten. Die Einführung der Sprechstunden sowie Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe werden jedoch überwiegend als sinnvoll angesehen, auch im Hinblick auf die Patienten. Als erstes Fazit nannte Sabine Schäfer die erhebliche Verkürzung der Wartezeiten für ein Erstgespräch und die Akzeptanz der Sprechstunden als Anlauf- und Koordinierungsstellen. Die neuen Regelungen hätten aber zu keiner wesentlichen Vereinfachung der bürokratischen Abläufe in der Praxis geführt und die Wartezeiten auf einen Therapieplatz seien insbesondere außerhalb der Großstädte noch zu lang. Die Krankenkassen, so Sabine Schäfer, würden versuchen, die Reform gegen die Psychotherapeuten und die Versicherten zu wenden mit dem Verweis darauf, dass nun ja alles gut geregelt sei.

Im zweiten Teil erläuterten Dr. Tina Wessels und Dr. Dietrich Munz die praktische Umsetzung der neuen Befugnisse bzgl. der Möglichkeiten der Verord-



Sabine Schäfer

nung von Krankenhauseinweisungen, Krankentransport, Soziotherapie und medizinischer Rehabilitation. Dabei stellten sie ausführlich die Anforderungen dar, die beachtet werden müssen, wenn man von den neuen Verordnungsmöglichkeiten Gebrauch machen will.

Das Tagungsprogramm ließ ausreichend Zeit zur Diskussion, die von den Teilnehmern intensiv genutzt wurde. (Vortragsfolien unter: [www.lpk-bw.de/news/2018/lpk-fachtag-psychotherapie-richtlinie-und-neue-befugnisse-umsetzungen-in-der-praxis-0](http://www.lpk-bw.de/news/2018/lpk-fachtag-psychotherapie-richtlinie-und-neue-befugnisse-umsetzungen-in-der-praxis-0))

## Landespsychiatrietag in Stuttgart – Psychotherapie von Psychosen

Der „Landespsychiatrietag Baden-Württemberg“ ist die größte psychiatriepolitische Plattform, die von Angehörigen/Betroffenenverbänden sowie Professionellen zusammen mit den großen Verbänden, u. a. der freien Wohlfahrtspflege und Kassen, durchgeführt wird. Sozialminister Manne Lucha eröffnete als Schirmherr mit einem ausführlichen und engagierten Grußwort die ca.

600 Teilnehmer umfassende Tagung, bei der auch wieder mehrere Abgeordnete des Landtags anwesend waren.

Erstmals war die LPK Mitveranstalter, für die Vorstandsmitglied Dr. Roland Straub an den Vorbereitungen aktiv teilnahm. Er moderierte am Nachmittag das Forum 4 „Psychotherapie von Psychosen – geht das überhaupt?“

Das Forum war mit 70 Anmeldungen das am meisten gefragte (von neun). In der Einführung betonte Dr. Straub, wie wichtig für die Kammer der Austausch mit der Liga und der Gemeindepsychiatrie geworden sei, v. a. für eine bessere Versorgung mit Psychotherapie und die bessere Vernetzung der Psychotherapeuten in den Hilfesystemen. Seit 2014 sei entsprechend den Psychothera-

pie-Richtlinien bei der Diagnose einer wahnhaften Störung oder affektiven psychotischen Störung eine ambulante Psychotherapie möglich. Allerdings seien die meisten Psychotherapeuten für die Psychotherapie mit Menschen mit psychotischen Störungen durch die Ausbildung nicht gut vorbereitet. Die LPK engagiere sich deshalb bei Fortbildungen (z. B. LP-Tag, Workshop 8, s. o.).

Als Referenten konnten mit Prof. Stefan Klingberg (Tübingen) und Achim Dochat (Reutlingen) zwei ausgewiesene Experten gewonnen werden. Ausgehend von den neuesten S3-Leitlinienempfehlungen Schizophrenie erläuterte Prof. Klingberg die Inhalte und den Rahmen einer Psychotherapie anhand von Fragen, die von Betroffenen und deren Angehörigen häufig gestellt werden, und u. a. auch durch eine Video-Aufzeichnung einer Therapiesitzung. Achim Dochat ging auf aktuelle Angebote ge-



*Vordere Reihe, dritter von links: Sozialminister Manne Lucha; dritte Reihe, ganz links: Dr. Roland Straub*

meindepsychiatrischer Versorgungsnetze ein und diskutierte die Frage, wie psychotherapeutische Kompetenz besser in diese Versorgungsnetze eingebunden werden könnte. Dies auch unter Bezug auf die seit 1. April 2017 geltende Psychotherapie-Richtlinie.

In der Diskussion kamen viele Fragen an die Vortragenden, aber auch viele Klagen

zur aktuellen Versorgung. Es wurde bedauert, dass Psychotherapie nicht häufiger für psychotisch Kranke ambulant angeboten werde bzw. zur Verfügung stehe. U. a. wurde die Schwierigkeit beklagt, einen ambulanten Therapieplatz zu finden. (Ausführlicher Bericht und weitere Infos unter: <https://www.lpk-bw.de/news/2018/landespsychiatrietag-in-stuttgart-psychotherapie-von-psychosen>)

## „Flucht und Trauma“ – Psychotherapie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen

Der LPK-Fachtag „Flucht und Trauma – Psychotherapie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen“ am 9. Juni 2018 in Stuttgart war mit ca. 100 Teilnehmern so gut besucht, dass die Anmeldung vieler weiterer Interessenten leider abgelehnt werden musste. Die Tagung wurde vom KJP-Ausschuss geplant und moderiert.

Nach der Begrüßung durch Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz stellte Dr. Hans Hopf zunächst einen Bezug her zum Thema „Flüchtlingskinder – damals und heute“ und ging der Frage nach, was aus der Vergangenheit der Kriegsjahre in Europa für die heutige Situation gelernt werden kann. PD Dr. Maggie Schauer gab daran anschließend Einblicke in die Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche, die im Rahmen des Projekts KIDNET



*Fachtag, gut besucht*

am von ihr geleiteten Kompetenzzentrum Psychotraumatologie der Universität Konstanz angeboten wird. Prof. Dr. Dr. Jan Kizilhan (Duale Hochschule Villingen-Schwenningen), der durch seine psychotherapeutische Arbeit mit jesidischen Frauen bundesweit bekannt geworden ist, referierte über „Kulturspezifische Aspekte in der Traumatherapie“. Und schließlich ging Anke Seitz, niedergelassene KJP, auf die Möglichkeiten des „therapeutischen Sandspiels“ bei der Behandlung von geflüchteten und

traumatisierten Kindern und Jugendlichen ein.

Bei diesem zweiten LPK-Fachtag zu diesem Thema sollte der Schwerpunkt der Vorträge auf der konkreten psychotherapeutischen Arbeit liegen und Anregungen geben bzw. Wege aufzeichnen, wie diese häufig traumatisierten Patienten verstanden werden können, wie der Zugang zu ihren seelischen Verletzungen geöffnet und die psychotherapeutische Arbeit möglich wird. Die sehr positive Resonanz der Tagung wird mit Sicherheit weitere Veranstaltungen dieser Art nach sich ziehen. Folien und ein Vortragsmanuskript finden Sie unter: [www.lpk-bw.de/news/2018/fachtag-flucht-und-trauma-psychotherapie-mit-gefluechteten-kindern-und-jugendlichen](http://www.lpk-bw.de/news/2018/fachtag-flucht-und-trauma-psychotherapie-mit-gefluechteten-kindern-und-jugendlichen).

## Sommerfest der Heilberufekammern

Bei perfektem Wetter und im Beisein der wichtigsten Akteure aus der baden-württembergischen Gesundheitspolitik fand Anfang Juli das Sommerfest der Heilberufekammern (HBKn) statt. In der Eröffnungsrede, die turnusgemäß in diesem Jahr von Dr. Ulrich Clever als LÄK-Präsident gehalten wurde, ging es zentral um die Übertragung der Aufgaben als Approbationsbehörde auf die HBKn. Diese Forderung tragen alle HBKn gemeinsam, da es ein richtiges und unverzichtbares Bindeglied darstellen würde, wenn die Kammern diese Aufgabe übertragen bekämen.

Dieses Anliegen hat Minister Lucha aufgegriffen und sich für eine gesetzliche Änderung in diesem Sinne ausgesprochen. Nun liegt es in der Hand des Ministeriums, die Strukturen ent-

sprechend zu ändern. Die HBKn haben in einem gemeinsamen Schreiben ihre Bereitschaft zu Übernahme schriftlich erklärt.

Manfred Lucha, der sich viel Zeit nahm, um mit vielen Gästen an diesem Abend zu sprechen, hob neben seinem politischen Programm auch die gute Zusammenarbeit mit dem Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer hervor: insbesondere das Zusammenwirken mit Dr. Dietrich Munz, Martin Klett und Birgitt Lackus-Reitter zu psychotherapeutischen Fachthemen, aber auch in gesellschaftsrelevanten Gremien innerhalb des Ministeriums und bspw. bei Symposien zur Gesundheitspolitik.

Im persönlichen Gespräch äußerte er Interesse am Austausch zur Reform



*v. l. n. r.: Dr. Torsten Tomppert (LZK), LPK-Vizepräsident Martin Klett, Dr. Ulrich Clever (LÄK), Dr. Ute Maier (KZV), Dr. Norbert Metke (KVBW)*

des Psychotherapeutengesetzes und erforderlicher Regelungen zur Weiterbildung im Heilberufekammergesetz. Zwischenzeitlich hat Präsident Dr. Munz den Minister ausführlich schriftlich über eine entsprechende Novellierung informiert und um ein weiteres Gespräch gebeten.

## Bekanntmachung über die Auslage des Prüfberichtes 2017 sowie des Haushaltsplanes 2019 der LPK BW zur kammeröffentlichen Einsichtnahme

Gemäß §§ 27 Abs. 4, 28 Abs. 3 der Hauptsatzung werden der Prüfbericht über den Jahresabschluss 2017 und der prospektive Haushaltsplan 2019 in der Zeit vom 24. September bis zum 21.

Oktober 2018 für alle Kammermitglieder in der Geschäftsstelle, Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart zur kammeröffentlichen Einsichtnahme ausgelegt. Falls Sie

diese Dokumente einsehen möchten, bitten wir Sie um vorherige Terminabstimmung per Telefon (0711/674470 -0) oder per E-Mail (info@lpk-bw.de).

## Noch einmal: Mitglieder in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung sollten ihr Fortbildungszertifikat so früh wie möglich beantragen!

Mitte 2019 endet für Mitglieder, die in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätig sind, der Zeitraum, bis zu dem das Fortbildungszertifikat der KV Baden-Württemberg vorgelegt werden muss. Beantragen Sie das Fortbildungszertifikat **so früh wie möglich!**

Wenn Sie bereits jetzt bzw. vor Ablauf Ihrer persönlichen Nachweisfrist die erforderlichen 250 Fortbildungspunkte gesammelt haben, können Sie Ihr Zerti-

fikat jederzeit schon vorher beantragen (Antrag/Antragsunterlagen unter <https://www.lpk-bw.de/fortbildung/fortbildungsunterlagen> → „Fortbildungszertifikat und Fortbildungspunktekonto“). Wegen der zu erwartenden Antragsflut und der damit langen Bearbeitungszeit empfehlen wir dringend, sich möglichst frühzeitig abzusichern. Eine fristgerechte Prüfung und Erteilung des Fortbildungszertifikats können wir bei zu später Antragstellung nicht garantieren!

### 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

## Mitglieder-Foren waren gut besucht

Die PTK Bayern hat in den vergangenen Monaten in vier bayerischen Städten Mitglieder-Foren veranstaltet. In Würzburg, Nürnberg, Regensburg und München hatten sich insgesamt 440 Kammermitglieder angemeldet, um sich über aktuelle Themen zu informieren und sich mit dem Vorstand auszutauschen.

Das erste Thema umfasste die Veränderungen für Niedergelassene, Angestellte und Patienten aufgrund der Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie und der Einführung neuer Befugnisse für Niedergelassene (Einweisung ins Krankenhaus sowie die Verordnung von Reha und Soziotherapie). Dafür wurden auch die Ergebnisse der Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie und erste vorläufige Ergebnisse der Kostenerstattungsstudie erläutert.

Einen weiteren Themenkomplex stellte der Bereich Psychotherapie über elektronische Medien dar. Hierbei wurde dargelegt, welche Typen von Angeboten unterschieden werden können (z. B. Programme während und nach der Psychotherapie oder digitale Kommunikationsangebote) und welche Anwendungsbereiche aus Sicht der Kammer sinnvoll erscheinen. Dabei wurde auch klargestellt, was aktuell erlaubt ist, und es wurde besonders auf die Einhaltung des Datenschutzes hingewiesen. Aufgrund der neuen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) hatten die anwesenden Mitglieder hierzu besonders viele und detaillierte Fragen.

Ein ebenfalls brisantes Thema war der Gesetzentwurf für ein Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (Bay-PsychKHG). Nachdem die erste Versi-

on des Gesetzentwurfes viele kritische Punkte aufwies, engagierte sich die PTK Bayern u. a. in einem Aktionsbündnis, um weitreichende Änderungen des Gesetzentwurfes zu bewirken (siehe den folgenden Beitrag).

Den letzten Themenkomplex stellte der aktuelle Stand zur Reform der Psychotherapeutenausbildung dar. Neben Fragen brachten die Mitglieder auch eigene Aspekte und Forderungen ein, wie die Zukunft des Berufsnachwuchses ausgestaltet werden soll.

Über die Informationen des Vorstands hinaus wurden die Foren genutzt, um weitere Themen, die die Mitglieder aktuell beschäftigen, anzusprechen und mit dem Vorstand zu diskutieren. In der Pause und im Anschluss an die Veranstaltungen wurde der regionale Austausch gepflegt.



*Gut gefüllte Säle: Die Mitglieder nutzten die Möglichkeit, sich mit den Vorstandsmitgliedern bei den Mitglieder-Foren in München, Regensburg, Nürnberg (v. l.) und Würzburg (ohne Foto) auszutauschen. (Fotos: Hiller)*

## Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz vom Landtag verabschiedet

Die bayerische Staatsregierung hat ein Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) erarbeitet mit der Intention, Hilfen für psychisch kranke Menschen insbesondere in Krisen zu verbessern und die öffentlich-rechtliche Unterbringung von psychisch kranken Menschen bei Selbst- und Fremdgefährdung neu zu regeln. (Die PTK Bayern berichtete bereits in den PTJ-Ausgaben 4/2017 und 2/2018.)

### Die PTK Bayern engagierte sich intensiv in der Entwicklungsphase des Gesetzes

Bereits 2014 begann das bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege den Prozess, das veraltete Unterbringungsgesetz in ein modernes Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz zu überführen. Dafür richtete das Staatsministerium einen Runden Tisch mit vielen Experten ein, die detaillierte Empfehlungen für das Gesetz erarbeiteten. Die PTK Bayern war ebenfalls an dem Runden Tisch beteiligt. Die Empfehlungen dieser Expertenrunde waren jedoch nur sehr vereinzelt in den im Sommer 2017 vorgelegten Eckpunkten sowie dem späteren Gesetzentwurf enthalten. Stattdessen waren durch das Innen- und das Justizministerium Aspekte eingebracht worden, die zu einer unverhältnismäßigen Gewichtung der Gefahrenabwehr und einer Orientierung am Maßregelvollzug führten. Dieser Gesetzentwurf war mit einer modernen Hilfe für psychisch kranke Menschen nicht vereinbar und löste dementsprechend einen heftigen und anhaltenden Protest aus. Die PTK Bayern schloss sich mit den Direktoren psychiatrischer Kliniken, Pflege-, Wohlfahrts- und Selbsthilfeverbänden sowie dem Bayerischen Bezirkstag und vielen weiteren Beteiligten zu einem Aktionsbündnis zusammen, um sich mit gemeinsamer

Stimme in Stellungnahmen, Landtagsausschüssen, Veranstaltungen und Hintergrundgesprächen für grundlegende Veränderungen des Gesetzentwurfes einzusetzen. Auch die Medien konnten für kritische Artikel gewonnen werden.

### Das verabschiedete BayPsychKHG: Viele Kritikpunkte wurden aufgegriffen

Der vielstimmige und ausdauernde Protest zeigte Wirkung und erreichte, dass die bayerische Staatsregierung im April selbst eine Entschärfung des Gesetzentwurfes ankündigte. Die geäußerte Kritik der Experten wurde dann weitgehend über Änderungsanträge der CSU-Fraktion aufgegriffen. Am 11. Juli wurde das neue Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz schließlich verabschiedet, die einzelnen Teile des Gesetzes treten nach und nach in Kraft.

### Hilfeteil des Gesetzes: Ausbau von Krisendiensten, Stärkung von Selbsthilfe und Psychiatrie-berichterstattung

Seit dem 1. August ist der Hilfeteil des Gesetzes in Kraft, der als wichtigste Neuerung landesweite Krisendienste vorsieht. Die sieben Regierungsbezirke Bayerns sind beauftragt, jeweils eine Leitstelle sowie ein flächendeckendes Netzwerk von Anbietern aufzubauen, die gegebenenfalls auch Krisenhilfe vor Ort leisten. Ziel ist, dies jeden Tag und rund um die Uhr anbieten zu können. Der Hilfeteil umfasst weiterhin die Stärkung der Selbsthilfe sowie die Einführung einer Psychiatrie-berichterstattung. Damit sollen landesweit Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen dokumentiert sowie die Versorgung psychisch Kranker durch Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik dargestellt werden.

### Gesetzesteil zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung

Am 1. Januar 2019 treten die Artikel zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung in Kraft. Die Unterbringung ist laut Gesetz für Menschen vorgesehen, die „auf Grund einer psychischen Störung, insbesondere Erkrankung, sich selbst, Rechtsgüter anderer oder das Allgemeinwohl erheblich gefährden [...] es sei denn, ihre Einsichts- und Steuerungsfähigkeit ist nicht erheblich beeinträchtigt“. Dieser Teil des Gesetzes bringt auch positive Neuerungen: Zum einen sollen sogenannte „Präventionsstellen“ für psychisch kranke Menschen eingerichtet werden, die aufgrund ihrer Erkrankung eher zur Gewaltanwendung neigen. Außerdem sollen die Besuchskommissionen für Einrichtungen mit Unterbringungsauftrag ausgebaut werden. Noch nicht absehbar sind die Auswirkungen der neu zu gründenden Fachaufsichtsbehörde und der Regelung, dass Entlassungen nach einer Unterbringung wegen Fremdgefährdung an die Polizei und die Kreisverwaltungsbehörde zu melden sind. Ebenso muss abgewartet werden, wie sich einzelne Artikel zur Durchführung der Unterbringung in der Praxis bewähren. Auch die Gesetzesbegründung sowie die Ausführungsbestimmungen stehen noch aus.

### Die PTK Bayern wird die Umsetzung des Gesetzes begleiten

Die PTK Bayern wird sich – gemeinsam mit den weiteren Akteuren – auch weiterhin engagieren und die Umsetzung des Gesetzes kontinuierlich begleiten. Sie wird ihre fachliche Expertise einbringen, um eine humane und wissenschaftlich fundierte Behandlung von psychisch kranken Menschen in Krisen zu gewährleisten und weiterzuentwickeln.

## „Grau ist keine Farbe“: Filmprojekt zu Depressionen bei Jugendlichen

Während die Medien von einer Verdoppelung der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen im letzten Jahrzehnt berichten, vermisst die preisgekrönte Filmemachergruppe „MovieJam Studios“ den Fokus auf ihre eigene Altersgruppe bei diesem Thema. Daher befasst sich die Gruppe in ihrem diesjährigen Projekt „Grau ist keine Farbe“ selbst mit dem Thema Depressionen bei Jugendlichen.

In dem Dokudrama soll der Blick speziell auf Kinder und Jugendliche gerichtet und dabei der Frage nachgegangen werden, warum mehr Jugendliche depressiv werden als früher. Anhand von drei jugendlichen Charakteren sollen das Leid, das Ausmaß sowie das

Zustandekommen einer depressiven Erkrankung beleuchtet werden. Zusätzlich gibt es dokumentarische Szenen, in denen auch Experten, Angehörige und Betroffene zu Wort kommen. Peter Lehndorfer, Vizepräsident der PTK Bayern und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, wurde hierfür als Experte interviewt. „MovieJam Studios“ beschreibt ihr Projekt selbst als „eine Suche nach Ursprüngen, ein Aufbereiten des Status Quo und eine lösungsorientierte Analyse für die bisher wenig beachtete jugendliche Depression“.

„MovieJam Studios“ ist eine Gruppe von 15- bis 17-jährigen Schülern, die bereits für vorherige Projekte Auszeichnungen wie den Münchner Jugendfilm-



Peter Lehndorfer im Interview zum Thema Depressionen bei Jugendlichen. (Foto: MovieJam Studios)

preis oder den Tassilokulturpreis der Süddeutschen Zeitung erhalten haben. Das aktuelle Projekt soll Ende des Jahres Premiere haben.

## Kurznachrichten

### Gesetzesänderungen in Bund und Ländern für zukünftige ambulante Weiterbildung

Der Sozialrechtler Dr. Rainer Hess präsentierte auf dem BPtK-Symposium zur Reform des Psychotherapeutengesetzes am 26. Juni die zentralen Ergebnisse seines Rechtsgutachtens zu den notwendigen bundes- und landesrechtlichen Regelungen für die ambulante Weiterbildung von Psychotherapeuten und deren Finanzierung nach der Ausbildungsreform.

Als Konsequenz dieses Rechtsgutachtens ergeben sich nun gesetzliche Regelungsbedarfe auf Bundes- und auf Landesebene. Die PTK Bayern hat zwischenzeitlich Kontakt mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege aufgenommen und eine erste Abstimmung darüber vorgenommen, wie die Umsetzung der Vorschläge von Dr. Hess in der Abstimmung zwischen Landes- und Bundesebene aussehen könnte und inwiefern dafür auch eine Änderung des Heilberufekammergesetzes notwendig sein wird.

### Fortbildung „Berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“

Die PTK Bayern bot am 30. Juni die Fortbildung „Berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ an. Inhalte der Fortbildungsveranstaltung waren die Darstellung und die Diskussion spezifischer berufsrechtlicher Fragen, die sich bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen typischerweise ergeben und auch immer wieder in Anfragen an die Kammer thematisiert werden. Den Teilnehmern wurden die komplexen rechtlichen Vorgaben erläutert, z. B. zur Aufklärung und Einwilligung, zur Schweigepflicht und Dokumentation sowie zur Einsichtnahme in die Patientenakte.

### Treffen der leitenden Psychotherapeuten in Kliniken, der Vertreter der Ausbildungsinstitute und der Hochschullehrer

Im Juni fanden die jährlichen Treffen der leitenden Psychotherapeuten in Kli-

niken, der Vertreter der Ausbildungsinstitute sowie der Hochschullehrer mit der PTK Bayern statt. Bei diesen Treffen wurde jeweils der aktuelle Stand der Reform der Aus- und Weiterbildung dargelegt und diskutiert.

Die leitenden Psychotherapeuten und die Vertreter der Ausbildungsinstitute tauschten sich in einem gemeinsamen Sitzungsteil über die Situation der Ausbildungsteilnehmer Psychotherapie (AtP) an Kliniken aus. Hierfür schilderte auch die Sprecherin der AtP, Mechthild Leidl, die Sicht der Ausbildungsteilnehmer. Die leitenden Psychotherapeuten in Kliniken thematisierten außerdem den Stand der Umsetzung des PsychVVG sowie die aktuellen Entwicklungen der Tarifverhandlungen des öffentlichen Dienstes und der tariflichen Eingruppierung von Psychotherapeuten.

Beim Treffen der Hochschullehrer tauschten sich die Vertreter über die Situation der Zugangsstudiengänge an den Universitäten und Hochschulen in Bayern aus. Zudem wurden die Vertreter ermutigt, über ihre Projekte zur Ver-

sorgungs- und Präventionsforschung zu berichten, da die PTK Bayern hier gerne Unterstützung anbieten würde.

### Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter teilgenommen haben: BPtK Beiratssitzung am 20.06.2018; Bund-Länder-AG Transition am 23.06.2018; Gesprächsrunde der Geschäftsführer der bayerischen Heilberufekammern mit dem Bayerischen Landesdatenschutzbeauftragten am 27.06.2018; AK Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen am 27.06.2018; 3. Treffen der Mitwirkenden in den Gesundheitsregionen plus am 27.06.2018; Gespräch mit MdB Zeulner (Wahlkreis Kulmbach, Berichterstatterin der Unionsfraktion im Bundestag u. a. für die psychotherapeutische Versorgung) am 27.06.2018; Austauschrunde von PTK Bayern und KVB am 28.06.2018; Sitzung der Bund-Länder-AG Qualitätssicherung am 02.07.2018; Auswertungstreffen Befragung zur Kostenerstattung am 03.07.2018; Parlamentarischer Abend des Verbands Freier Berufe am 04.07.2018; Verleihung des Münchner Gesundheitspreises des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München am 05.07.2018; Sommergespräch der Bayerischen Landesärztekammer am 06.07.2018; Sitzung des Landesgesundheitsrates am 09.07.2018; Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales: Münchener Kinderschutzkonferenz am 11.7.2018; Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (vbw): Digitalisierung in der Arbeitswelt am 12.07.2018; 15. BARMER Forum 2018 – Visionen für das Gesundheitswe-

sen am 26.07.2018; Gesprächstermin mit der Staatsministerin für Arbeit und Soziales Schreyer am 06.08.2018.

### Bevorstehende Veranstaltungen in 2018

**Fortbildung für niedergelassene Psychotherapeut/innen zur Therapie von Soldat/innen und Bundespolizist/innen.** Eine Kooperationsveranstaltung der Bundeswehr, der Bundespolizei, der PTK Bayern und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Termin: **27.09.2018** in München.

**Informationsveranstaltung „Selbsthilfe und Psychotherapie“.** Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern, der KVB und der SeKo Bayern. Termin: **11.10.2018** in München.

**Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen: Schmerz-Syndrome und Diabetes.** Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **13.10.2018** in Nürnberg.

**Psychotherapie in der Palliativversorgung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Herausforderungen und Möglichkeiten für Psychotherapeut/innen.** Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **20.10.2018** in München.

**Psychotherapie mit (ehemaligen) Straftäter/innen.** Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern. Termin: **27.10.2018** in München.

**17. Suchtforum: „Grundfragen der medizinischen Verwendung von Cannabis“.** Eine interdisziplinäre Ver-

anstaltung der PTK Bayern, der Bayerischen Landesärztekammer, der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen sowie der Bayerischen Landesapothekerkammer. Termin: **07.11.2018** in Nürnberg.

**Fortbildung für die psychoonkologische Praxis.** Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **09.11.2018 und 10.11.2018** in München.

**Fortbildung zur psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Störungen bei Flüchtlingskindern.** Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und Refugio München. Termin: **10.11.2018** in München.

**Nähere Informationen und Programme zu den Veranstaltungen sowie Anmeldeformulare finden Sie stets zeitnah auf unserer Homepage: [www.ptk-bayern.de](http://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](mailto:info@ptk-bayern.de)  
[www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de)

## Hintergründe und Bedeutung des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie

Zum 12.04.2018 lud der Vorstand in Kooperation mit dem Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung der PTK Berlin anlässlich des Beschlusses des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vom 11.12.2017 zum Antrag auf Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie (HPT) als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren ein.

Nach sechsjähriger Prüfung war der WBP zu dem Schluss gekommen, dass es sich bei der Humanistischen Psychotherapie nicht um ein wissenschaftliches Psychotherapieverfahren entsprechend dem Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats handele.

**Präsident Michael Krenz** erläuterte nach Begrüßung der Vortragenden und der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung kurz die **zweifache Zielsetzung der Kammer**:

1. Information über Aufgaben, Ziele, Funktionen und Rollen der verschiedenen Akteure der BPtK und des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, über den Prüfprozess des Anerkennungsverfahrens und über die Beschlussfassung; Klärung der Bedeutung des WBP-Beschlusses für die Humanistische Psychotherapie.
2. Professionsinterne Diskussion in der Kammer zur Bedeutung und zu möglichen Konsequenzen des Beschlusses des WBP für PP und KJP, insbesondere für die Entwicklung und Zulassung weiterer Psychotherapieverfahren. Auch vor dem Hintergrund der beabsichtigten Novellierung des Psychotherapeutengesetzes sollte eine Überprüfung und ggf. Weiterentwicklung des WBP eingeleitet werden.



*Informations- und Diskussionsveranstaltung zum Gutachten des WBP zur HPT*

### Statements

**Frau Kemper-Bürger** (Geschäftsführerin der PTK Berlin) bezog sich auf § 1, Absatz 3 des Psychotherapeutengesetzes, der ausschließlich die wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren als zentrale Grundlage des beruflichen Handelns der PP und KJP vorgibt. Der WBP trage im Rahmen seiner wissenschaftlichen Bewertungen zu einer – die Berufsgruppen übergreifenden – Einheitlichkeit der Berufsausübung bei und habe damit auch die wichtige Funktion der Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Versorgung. Neben gutachterlicher Beratung von Behörden zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung berate er Ausbildungsstätten bei der staatlichen Anerkennung und befasse sich mit Anfragen psychotherapeutischer Fachverbände sowie in Eigeninitiative mit wissenschaftlichen Fragen der Psychotherapieforschung. Zusätzlich kooperiere er in einer gemeinsamen AG mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

**Herr Dr. Munz** (Präsident der BPtK) beschrieb Aufgaben und Rolle der BPtK als eine der beiden Trägerorganisationen des WBP neben der Bundesärz-

tekammer. Aufgabe sei es, die Unabhängigkeit des WBP zu wahren. Der WBP fungiere dabei als Gutachter zur Bewertung der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken, seine Beschlüsse hätten entsprechend schwerwiegende Konsequenzen. In den WBP berufen würden im Bereich der Psychotherapieforschung ausgewiesene Persönlichkeiten mit praktischer Erfahrung in der psychotherapeutischen Krankenbehandlung. Wissenschaftlich anerkannte Verfahren müssten grundsätzlich in der vertieften Ausbildung eigenständig zur Psychotherapie aller Störungsbilder befähigen, nicht nur indikationsbezogen. Bei der Humanistischen Psychotherapie habe sich darüber hinaus insbesondere die Frage der Indikation gestellt: Welche der vielen Methoden sei in einer bestimmten Behandlungssituation bei welchen Patienten einzusetzen?

**Herr Prof. Dr. Fydrich** (Mitglied des WBP) erläuterte das Vorgehen im Beirat und stellte zunächst dar, dass die Operationalisierung des Verfahrensbegriffs im Methodenpapier des Beirats nicht sehr scharf sei. Dennoch erfülle nach den dort genannten Kriterien in der Gesamtschau die HPT nicht die dort genannten Anforderungen. **Vor allem mangle es der HPT daran, dass es keine differentielle Indikationsregularien für den Einsatz der zehn psychotherapeutischen Ansätze gebe.** Weiterhin wies er darauf hin, dass **viele der eingereichten Studien nicht mit klinischen Stichproben durchgeführt** worden waren. Er erläuterte an einigen Studien, wie der Prozess der Studienbewertung und die letztendliche Beurteilung ablaufe. Er betonte dabei, dass bei allen Bewertungen mit einem höchsten Maß an Sorgfalt vorgegangen wurde.

**Herr Dr. Thielen** (1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT)) kritisierte 1. die Vorgehensweise des WBP, 2. die Nichtanerkennung der HPT als Verfahren und 3. die Bewertung der empirischen Studien. Ad 1. wies er darauf hin, dass der WBP sein eigenes Methodenpapier nicht eingehalten habe, da demnach der **Prüfprozess hätte abgebrochen werden müssen, als der WBP zu dem Ergebnis kam, dass die HPT kein Verfahren sei.** Dies sei aber nicht erfolgt, zudem habe es kein Gutachtenprotokoll gegeben, wie es im Methodenpapier vorgeschrieben sei. Ad 2.: Der WBP habe die HPT – wie international üblich – als vierte psychotherapeutische Grundorientierung anerkannt, jedoch nicht als Verfahren. Und dies, obwohl er selbst festgestellt habe, dass die HPT vier von fünf WBP-Kriterien erfüllt habe. Lediglich für den Ausbildungsbereich wäre die Anerkennung verweigert worden, obwohl die AGHPT ein Ausbildungscurriculum vorgelegt habe. Von einem „neuen Verfahren“ könne man nicht verlangen, dass es bereits langjährig und möglichst einheitlich gelehrt werde, zumal dieser Anspruch auch von Ausbildungsinstituten der Richtlinien-therapie nicht realisiert werde. Ad 3.: **In der aktuellen Prüfung habe der WBP nur eine (!) der 32 Studien anerkannt, die er 2002 der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zugrunde gelegt habe.** Dies sei absolut nicht nachvollziehbar: **Was einmal wissenschaftlich anerkannt wäre, könne nicht einfach wieder aberkannt werden.** Zudem kritisierte er die Zusammensetzung des WBP, in dem kein Vertreter der HPT Mitglied sei und auch kein Vertreter als Sachverständiger geladen worden wäre. Bei der Neubesetzung des WBP 2018 müssten Vertreter aller vier Grundorientierungen gleichberechtigt vertreten sein und auch das Methodenpapier, das einseitig an RCT-Studien orientiert sei, müsse revidiert werden.

Im Begutachtungsprozess habe es an Transparenz seitens des WBP z. B. über Protokolle und an persönlicher Kontaktaufnahme gefehlt. Darüber hinaus wies

Thielen darauf hin, dass es sich unter dem Dach der Humanistischen Psychotherapie um sechs Methoden, nicht um zehn Ansätze handle. Die Forderung nach der begründeten Anwendung stelle sich genauso für die Verhaltenstherapie mit ihren 50 und für die Psychodynamische Psychotherapie mit ihren 21 Methoden.

Therapeutische Ansätze der Humanistischen PT	
Gesprächspsychotherapie	
Gestalttherapie	
Emotionsfokussierte Einzel- & Paartherapie	
Psychodrama	
Logotherapie	
Existenzanalyse	
Körperpsychotherapie	
Passo Boyden System Psychomotor	
Integrative Therapie	
Transaktionsanalyse	

Quelle: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie, 11.12.2017

**Herr Prof. Dr. Kriz** (Uni Osnabrück) sprach vom Systemversagen beim Begutachtungsprozess und plädierte dafür, dass Korrekturverfahren der Wissenschaft eingreifen und wieder ein Diskurs stattfinden solle. Dem an die HPT gerichteten Vorwurf der fehlenden Diagnostik und differentiellen Indikationsstellung entgegnete er, dass es sich beim Bild des komplett rational handelnden Psychotherapeuten um eine „Fata Morgana“ handle. Er plädierte dafür, dass im WBP alle vier Grundorientierungen vertreten sein sollten, und dass die in der pharmakologischen Forschung schon länger geltende Unterscheidung von Evidenzgraden, die 1995 auch von der Division 12 (Clinical Psychology) der American Psychological Association (APA) übernommen wurde, **angewandt werden sollte.** Hier würden neben RCT-Studien auch andere methodische Herangehensweisen als Wirksamkeitsnachweise anerkannt. Abschließend richtete er sich an die versammelte Psychotherapeutenchaft mit der Frage nach ihrer Zukunftsvision für die Psychotherapie und der Forderung nach Vielfalt von Psychotherapieverfahren und -methoden.

**Frau Döring** (Vizepräsidentin der PTK Hessen, Vertreterin der Gesprächs-

psychotherapie) bezeichnete das **Prüfungsergebnis der Gesprächspsychotherapie (GPT) als „Kollateralschaden“ der Bewertung der Humanistischen Psychotherapie.** Sie stellte dar, wie es aus ihrer Sicht dazu kam, dass der WBP die Wissenschaftlichkeit der GPT in Frage stellte. Sie beschrieb zu Beginn ihres Vortrags die Entwicklung der GPT als Psychotherapieverfahren in Deutschland. Bereits 1972 wurde in der Psychiatrie-Enquete der Einbezug der GPT in die Versorgung gefordert. Auch das 1991 im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit erarbeitete „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ (1991) wies auf die Wirksamkeit der GPT als Psychotherapieverfahren hin. Frau Döring warf dem WBP Einseitigkeit vor: Er hätte mangels Expertise Sachverständige berufen sollen (vgl. § 5 der Geschäftsordnung des WBP). **Die erneute Einzelprüfung der GPT sei ohne Prüfauftrag erfolgt. Als Resümee forderte sie den WBP auf, sein Gutachten zurückzuziehen und die Anerkennung der Wissenschaftlichkeit der GPT zu erhalten.**

## Diskussion

In einer intensiven und kontroversen Diskussion wies **Herr Fydrich** auf die Rolle des **WBP als eine wichtige Institution der Psychotherapie im Gesundheitssystem** hin, z. B. für die Qualitätssicherung und adäquate Bezahlung von psychotherapeutischen Leistungen. Der **Patientenschutz verlange, dass man sich an der bestmöglichen Evidenz orientiere**, was sicher auf Kosten der Breite und Verschiedenheit von Verfahren und Methoden gehen könne. Die AGHPT hätte sich absichtlich der bereits wissenschaftlich anerkannten Gesprächspsychotherapie bedient, um eine Anerkennung für alle humanistischen Methoden zu erreichen: „Wir nehmen uns die Gesprächspsychotherapie als Omnibus und es wollen alle einsteigen“. Beim Prüfungsvorgang sei große Sorgfalt auf alle Studien angewandt worden und es seien keine Hilfskräfte involviert worden. Die Entscheidungen über die Einbeziehung von Studien seien jeweils durch zwei Beiratsmit-

glieder erfolgt. Auch er halte die **Eingeschränktheit der Kriterien für Psychotherapieverfahren für problematisch**. Er plädierte dafür, über mögliche Veränderungen/Verbesserungen nachzudenken und äußerte die Bereitschaft, daran kollegial mitzuwirken.

Auch **Herr Munz** äußerte sich zur aktuell schwierigen Situation der Gesprächspsychotherapie, hob aber hervor, dass analog zur Gruppentheorie der Ausgang des Verfahrens durch die AGHPT antizipierbar gewesen wäre: **Wenn es die Humanistische Psychotherapie als Verfahren als Gesamtgruppe verschiedener Psychotherapiemethoden und -ansätze nicht schaffe, die Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung zu erfüllen, könne eine einzelne Subgruppe, hier: die Gesprächspsychotherapie, auch nicht als wissenschaftlich anerkannt gelten** (Gruppentheorie). Problematisch seien die Konsequenzen durch die gewissermaßen Alles-oder-nichts-Regelung im Psychotherapeutengesetz, die berufsrechtlich keine Differenzierung ermögliche. Deshalb gäbe es für die zukünftige Verbesserung zwei Punkte: Erstens würde die geplante Änderung der Legaldefinition im zu novellierenden Psychotherapeutengesetz, nach der der WBP als antizipierter Sachverständigengutachter die Entscheidung prägt, was wissenschaftlich anerkannte PT sei, einen breiteren Prüfprozess von Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren bedeuten. Zweitens gäbe es die Möglichkeit, verfahrensspezifische Weiterbildungsinhalte für PP, KJP und Ärzte einheitlich zu regeln. Zu Letzterem gab es Gegenreden, die diese Zuständigkeit lieber in der Selbstverwaltung der Landespsychotherapeutenkammern sähen. **Herr Munz wies auch auf das Problem hin, dass ein approbierter Psychotherapeut bei**

**Anwendung von Behandlungsverfahren, die nicht wissenschaftlich anerkannt sind, berufsrechtliche Probleme bekommen könne**. Falls zum Beispiel Selbstzahlern bei der Behandlung „etwas passiere“, fehle es an Absicherung, da sich der Psychotherapeut außerhalb des Gesetzes bewege. Herr Prof. Dr. Fydrich wies darauf hin, dass somit Psychotherapeuten anders als Sozialarbeiter z. B. die Humanistische Psychotherapie nicht mehr anwenden dürften; selbst Heilpraktiker dürften nicht wissenschaftlich anerkannte Verfahren bei Selbstzahlern anwenden.

Dieser Einschätzung widersprach **Herr Thielen**, da juristische Expertisen vorlägen, wonach § 1 des PsychThG nicht impliziere, dass „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ nur diejenigen Verfahren seien, die vom WBP anerkannt wurden. **Der WBP habe nach § 11 PsychThG lediglich eine beratende Funktion und habe auf die sozialrechtliche Anwendung von Psychotherapie keinen Einfluss**.

**Herr Fydrich** schlug vor, den schwierigen Verfahrensbegriff zu überdenken. Derzeit seien die Kriterien rein hermeneutisch und nicht wirklich prüf- oder replizierbar.

Zum Thema Konsequenzen des Gutachtens für die Ausbildungsreform führte **Herr Thielen** aus, dass das **Gutachten für die Ausbildungsreform keine Konsequenz** habe, da auch der WBP festgestellt habe, dass die HPT eine psychotherapeutische Grundorientierung sei. **Für die Weiterbildung habe es auch keine Konsequenz, da sie ausschließlich in der Kompetenz der Landespsychotherapeutenkammern liege** und der WBP nach § 11 PsychThG keinen Einfluss auf sie habe. Zudem wurde in der Musterweiterbil-

dungsordnung bei den wissenschaftlich anerkannten Verfahren die Verbindung zu § 11 PsychThG herausgenommen. In die Berliner Weiterbildungsordnung können neben wissenschaftlich anerkannten auch wissenschaftlich begründete Verfahren aufgenommen werden, z. B. auch die HPT.

Eine Teilnehmerin an der Diskussion würdigte, dass im Rahmen der Veranstaltung endlich Kommunikation zwischen Antragstellern der AGHPT und einem Vertreter des WBP kammeröffentlich stattfindet.

Ein weiterer Hinweis beinhaltete die Aufforderung, mehr methodisch hochwertige Studien durchzuführen, wofür aber auch entsprechende Forschungsmittel zur Verfügung gestellt werden müssten. Eine wiederkehrende Frage lautete: „Wie kann sich Methodenpluralismus in der Psychotherapie, wie er in Deutschland besonders und erhaltenswert ist, weiterentwickeln in Bezug auf Innovation bzw. Verfahren, die sich klinisch bewährt haben?“ Es wurde kontrovers diskutiert, ob der Verfahrensbegriff des Methodenpapiers auf die HPT zutreffe und warum der Begutachtungsprozess nicht, wie im Methodenpapier vorgesehen, durch den WBP abgebrochen wurde.

**Herr Krenz** schloss die Veranstaltung mit den Worten, dass es sich erst um eine Auftaktveranstaltung handle, bei der es darauf ankomme, zu informieren und möglichst alle Beteiligten zu Wort kommen zu lassen, was natürlich auf Kosten von Zeit für Diskussion ginge. Wünschenswert sei, dass das Thema Impulse für weitere Diskussionen in Kammerausschüssen, Delegiertenversammlungen und in der Psychotherapeutenchaft allgemein gebe.

Karin Jeschke

## Sprechstunde für traumatisierte Jugendliche und junge Erwachsene an der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Freien Universität Berlin

Im Rahmen einer BMBF-geförderten multizentrischen Studie unter der Leitung von Prof. Rosner (Katholische Universität Eichstätt) richtete die Hochschulambulanz (HSA) der FU Berlin 2012 ein spezifisches traumatherapeutisches Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene ein, die nach interpersoneller Gewalt anhaltend belastet waren. Die Studie untersuchte die **Wirksamkeit der „Entwicklungsangepassten traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie – E-KVT“**, einer intensiven ambulanten Traumatherapie für Jugendliche und junge Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Matulis, Resick, Rosner & Steil, 2013). Die Therapieverläufe waren immer auf neue Weise herausfordernd, aber viele Patienten erreichten in der kurzen Zeit der intensiven Therapie eine weitreichende Teil- oder Vollremission ihrer PTBS-Symptome und ein höheres soziales und berufliches/schulisches Funktionslevel. **Aufgrund der insgesamt sehr positiven Erfahrungen entschied sich die HSA der FU Berlin, das manualisierte Verfahren dauerhaft in ihr Angebot zu integrieren und ergänzte es um ein kultursensitives Angebot für junge Geflüchtete. Daher gibt es an der HSA eine Sprechstunde speziell für traumatisierte Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 25 Jahren.** 60 Jugendliche haben bisher einen Sprechstundentermin wahrgenommen. Bezugspersonen werden bei Bedarf in die Behandlung einbezogen.

Die E-KVT umfasst in der Regel **30 bis 36 Sitzungen in vier bis fünf Monaten.** Während der ersten Sitzungen wird das **Therapiecommitment** gestärkt. Dazu werden u. a. eine Behandlungsvereinbarung inklusive Notfallplan erarbeitet, individuelle Therapieziele vereinbart und psychoedukativ gearbeitet. Eine Tagebuchkarte wird eingeführt, anhand derer über den ganzen Therapieverlauf hinweg die Belastung und problematisches Verhalten



Prof. Dr. Babette Renneberg (Ltg. HSA)

notiert werden. **Ziel des nächsten Therapieabschnitts ist der Aufbau verbesserter Fertigkeiten zur Emotionsregulation sowie einer verbesserten Emotionswahrnehmung und -diskrimination.** Durch diese Arbeit lässt sich in der Regel eine Reduktion eventuell vorhandenen Problemverhaltens (z. B. Selbstverletzungen, Alkoholmissbrauch, sexuelles Risikoverhalten) erreichen. Sobald der Patient über Emotionsregulationsfähigkeiten verfügt und klar motiviert ist, beginnt die traumafokussierte Behandlung. Das therapeutische Vorgehen entspricht der „Cognitive Processing Therapy“ (König, Resick, Karl & Rosner, 2012). **Im Fokus der Therapie steht die kognitive Arbeit an sog. Stuckpoints, schmerzvollen Überzeugungen, die der Patient in Folge der Traumatisierung(en) über sich, andere Menschen und die Welt entwickelt hat und die die Erholung vom Trauma behindern.** In Form eines Traumberichts sind auch konfrontative Elemente Teil der Therapie. In den letzten Therapiesitzungen geht es um spezifische Entwicklungsthemen, z. B. die Aufnahme einer (nicht-schädlichen) Partnerschaft, die Autonomieentwicklung oder die schulisch-berufliche Entwicklung.



Dr. Maja Steinbrink

**Aktuell haben etwa ein Drittel der Patienten einen Migrationshintergrund.** Bei diesen Patienten stellen häufig Kriegs- und Fluchterfahrungen den Therapieanlass dar. Die Therapien finden auf Deutsch oder Englisch statt. In anderen Fällen beantragen die Bezugsbetreuer über die Jugendämter einen Dolmetscher. Um dieser Patientengruppe ein sprachlich weniger komplexes Angebot zu machen, stützt sich die HSA der FU Berlin auf eine **kultursensibel adaptierte Variante der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (tf-KVT: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2009; Unterhitzberger et al., 2015).**

Wie in der E-KVT geht es zunächst um die Stärkung der Therapiemotivation und eine bessere Emotionsregulation. Nachfolgend wird mittels eines gemeinsam erstellten Traumanarrativs und kognitiver Umstrukturierung traumafokussiert gearbeitet. Anschließend werden bei Bedarf Trauer um Verlorenes und Gefühle der Einsamkeit bei noch nicht völlig erfolgter Integration adressiert. **Diese Therapieform benötigt ca. 10 bis 24 Sitzungen in vier bis fünf Monaten.**

Maja Steinbrink & Babette Renneberg

## Kontakt/Terminvereinbarung

Sprechstunde für Jugendliche und junge Erwachsene mit Traumafolgestörungen der Hochschulambulanz für Psychotherapie der FU Berlin  
 Dr. rer. nat. Maja Steinbrink (PP)  
 Tel.: 030/838 75303  
 maja.steinbrink@fu-berlin.de

## Literatur

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer.  
 König, J., Resick, P. A., Karl, R. & Rosner, R. (2012). Posttraumatische Belastungsstörung. Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy. Göttingen: Hogrefe.

Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R. & Steil, R. (2013). Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Adolescents Suffering from Posttraumatic Stress Disorder after Childhood Sexual or Physical Abuse: A Pilot Study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17 (2), 173-190.

Unterhitzberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R. & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for unaccompanied refugee minors: A case series. *BMC Psychiatry*, 15:260.

## Berufsbilder für Psychotherapeuten: Die Arbeit in der Erziehungs- und Familienberatung (EFB)

Die EFB ist ein kostenfreies und freiwilliges Angebot für Eltern, Alleinerziehende sowie für Kinder und Jugendliche. Die Beratung kann direkt ohne ein Antragsverfahren in Anspruch genommen werden und wird auf Wunsch auch anonym durchgeführt. Der Alltag in der Beratungsstelle besteht zu ca. 50 % aus Beratung bei Trennung und Umgangsberatung. Die andere Hälfte nehmen die klassischen Erziehungsthemen ein (Verhaltensauffälligkeiten in Kita und Schule, Grenzen setzen insbesondere bei den neuen Medien usw.). Viele Erziehungs- und Familienberatungsstellen bieten **Gruppen** an, z. B. „**Kind im Blick**“ für Eltern, die sich in Trennung befinden, oder „**Starke Eltern – starke Kinder**“. Auch die **Arbeit mit Flüchtlingsfamilien** stellt ein wichtiges Feld dar.

Das wöchentliche Teammeeting mit Fallverteilung und die Intervision bieten Möglichkeiten zum regelmäßigen Austausch. Ein weiteres Qualitätsmerkmal der Arbeit einer EFB ist eine gute Vernetzung mit anderen Stellen im Jugendamt, anderen Fachdiensten, freien Trägern usw. Je nach Indikation und Auftrag wird das Setting vereinbart. Es kann mit einzelnen Angehörigen oder mit der ganzen Familie gearbeitet werden.

In jedem Bezirk gibt es mindestens zwei Erziehungs- und Familienberatungsstellen, eine, die dem Jugendamt angegliedert ist und durch kommunale Gelder getragen wird, eine andere wird von freien Trägern ausgestaltet.

Die rechtliche Grundlage für die Beratungsstellen ist das SGB VIII. **Eine EFB ist dann arbeitsfähig, wenn mindestens drei Stellen mit den unterschiedlichen Berufsgruppen besetzt sind (Soz.-Päd., KJP und PP)**. Gezahlt wird in der kommunalen EFB nach TVÖD. Bei den freien Trägern gelten Haustarifverträge.

Frau Dipl.-Soz.-Päd. Voß ist analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und schon sehr lange „im Geschäft“. Sie arbeitete 14 Jahre bei einer EFB eines freien Trägers in Marzahn. Vor vier Jahren wechselte sie nach Charlottenburg-Wilmersdorf in die dortige kommunale Beratungsstelle. „Beide Beratungsstellen haben ihren eigenen Charakter“ – wie auch die Bezirke sich nicht in allem ähneln. Frau Voß hat auch eine Weiterbildung in Familientherapie und Eltern-, Säuglings- und Kleinkind-Psychotherapie absolviert. **Neben dem Studium (Psychologie und Soziale Arbeit) und guten Kenntnissen in Entwicklungspsychologie**

**ist eine therapeutische Weiterbildung Voraussetzung für die Arbeit in der EFB.** Für die gutachterliche Tätigkeit, z. B. „Erweiterter Förderbedarf bei Kindern in Pflegefamilien“, bedarf es einer Approbation. Wünschenswert für die Arbeit in der EFB sind Erfahrungen in anderen psychosozialen Feldern und Lebenserfahrung.

**Die Stellenangebote findet man über Aushänge in den Ausbildungsinstituten, in Zeitungen, im wöchentlich erscheinenden Amtsblatt und im Internet.**

Dipl.-Psych. Matthias Bujarski (PP),  
 Dipl.-Psych. Moriah Christina Hülse-Matia (PP) & Dipl.-Soz.-Päd. Willy-Gerd Müller-Rehberg (KJP)

## Geschäftsstelle

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

## Entwicklung der Bremer Kammer: Mehr Approbationen, aber weniger Kassensitze

Bremen konnte in den letzten Jahren einen deutlichen Zuwachs an Psychotherapeuten verzeichnen: Hatte die PK Bremen 2010 noch 484 approbierte Mitglieder, sind 2018 649 Approbierte in der Kammer organisiert – das entspricht einem Anstieg von 32 %. Dabei sind neue Kammermitglieder überwiegend weiblich: Machten Männer 2010 noch 30 % der Mitgliedschaft aus, sind es 2018 nur 24 %. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Berufszugehörigkeit der Kammermitglieder 2010 und 2018.

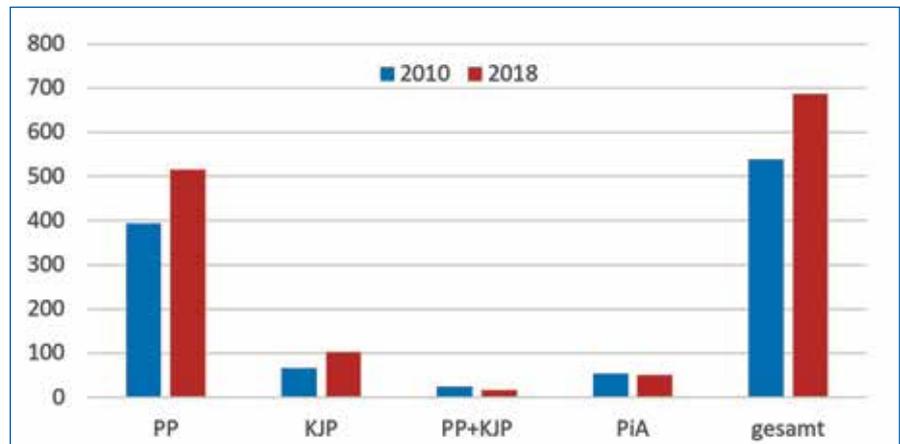


Abbildung 1: Zusammensetzung der PK Bremen in den Jahren 2010 und 2018

Unter den approbierten Kollegen verfügen aktuell 376 über eine Kassenzulassung; das sind 81 mehr als 2010. Dieser Anstieg ist vor allem auf die Besetzung halber Kassensitze zurückzuführen. Mittlerweile machen halbe Sitze 35 % der Zulassungen aus; 2010 gab es noch keine hälftig besetzten Versorgungsaufträge.

Positiv für Psychologische Psychotherapeuten wirkte sich auch der Fach-

ärztemangel aus: Eine Reihe vormals ärztlich besetzter Sitze wurden von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten übernommen, weil es keine ärztlichen Bewerber gab. Entsprechend ist unter den Ärzten innerhalb der Gruppe der Psychotherapeuten eine Abnahme von Versorgungsaufträgen zu verzeichnen.

Dieser positiven Entwicklung steht ein Abbau der absoluten Anzahl von Kassenzulassungen entgegen: Im Vergleich sind allein zwischen 2014 und 2017 26 Kassensitze durch Rückgabe an oder Entziehung durch den Zulassungsausschuss verloren gegangen. Diese Sitze fehlen der Versorgung, was sich in einer Zunahme an Privatpraxen ausdrückt, die in der Regel auch Kostenerstattung anbieten. Hier stehen 51 Privatpraxen im Jahr 2010 aktuell 71 Praxen gegenüber, die die Versorgung in Bremen bereichern.

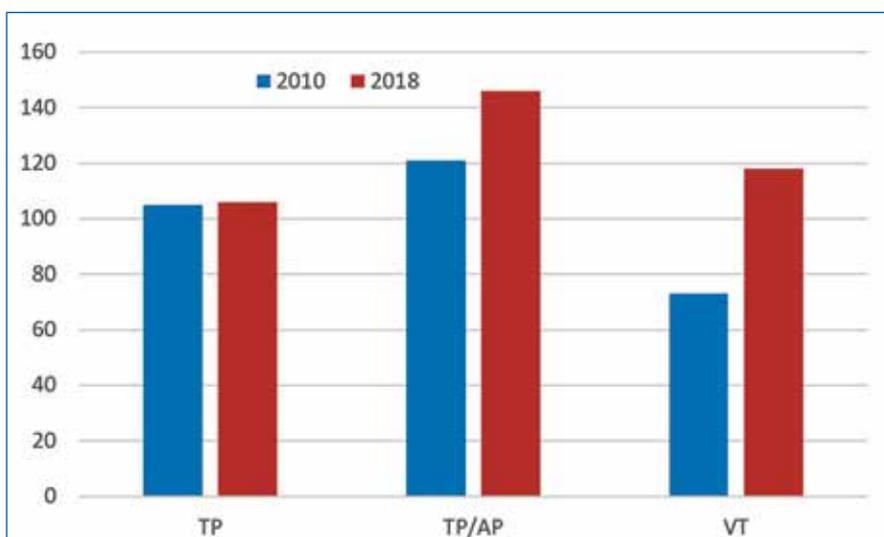


Abbildung 2: Verfahrenszugehörigkeit vertragsärztlich tätiger Psychotherapeuten in den Jahren 2010 und 2018

Ein genauerer Blick auf die in der Kassenzulassung vertretenen Verfahren zeigt auch hier Veränderungen in der Kollegenschaft. Während 2010 noch die tiefenpsychologisch fundiert ausgebildeten Kollegen die größte Gruppe darstellten, unterscheiden sich heute die drei Gruppen deutlich weniger. Der größte Zuwachs ist bei den Verhaltenstherapeuten zu verzeichnen (+62 %), während die Zahl der Kollegen mit einer Fachkunde für TP/AP um 21 % anstieg (siehe auch Abbildung 2). Interessant ist auch die Entwicklung im Bereich der angestellten Kollegen. Hier lässt sich eine

deutliche Zunahme von Anstellungen in Praxen feststellen (vgl. Abbildung 3): Aktuell arbeitet auf 42 der halben oder ganzen Sitze ein Jobsharingpartner mit, in der Regel in Form einer Gemeinschaftspraxis.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass die Diversität in der Art der Berufsausübung in der Bremer Psychotherapeutenchaft deutlich zugenommen hat. Gründe hierfür sind sicher auch in veränderten Rahmenbedingungen zu suchen: Der 2015 eingeführte Strukturzuschlag sowie die 2017 erstmalig stattgefundenen Überprüfung der Versorgungsaufträge. Ebenfalls trug die Praxis des Zulassungsausschusses in Bremen dazu bei. Sitze wurden unter bestimmten Umständen nicht oder nur zur Hälfte nachbesetzt. Solche Fakto-

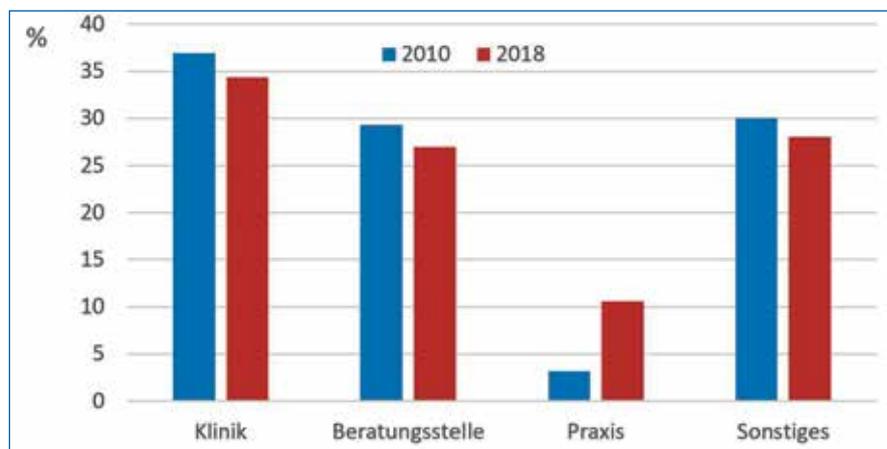


Abbildung 3: Tätigkeitsfelder angestellter Psychotherapeuten in den Jahren 2010 und 2018

ren schufen einen Anreiz, die Sitze gemeinsam mit einem Angestellten oder Jobsharingpartner besser auszulasten, um sie später sicher verkaufen zu können. Die Einrichtung von Jobsharing als

Berufsausübungsgemeinschaft oder Anstellung wurde zudem durch die Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie in 2016 deutlich erleichtert.

## Datenschutz und Digitalisierung als inhaltliche Schwerpunkte auf der 38. Kammerversammlung der PK Bremen



RA Olaf Freers führte in die DSGVO ein

Bereits am 22. Mai 2018 fand die 38. Kammerversammlung der PK Bremen statt. Dabei standen neben einer Einführung in die Datenschutzgrundverordnung auch die Ergebnisse der Evaluationsstudie zur Einführung der überarbeiteten Psychotherapie-Richtlinie, eine Information zur Einführung der Telematik-Infrastruktur sowie einige Satzungsänderungen auf der Tagesordnung.

### Datenschutzgrundverordnung und die Folgen für Psychotherapeuten

Zum Hauptpunkt der Tagesordnung, einer Einführung in die Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), hatte der Kammervorstand Rechtsanwalt Olaf Freers aus Oldenburg eingeladen. Herr Freers ist seit vielen Jahren als Datenschutzbeauftragter der Psychotherapeutenkammer Bremen tätig und führte sachkundig in die Thematik ein. Die EU-DSGVO ist eine Verordnung der Europäischen Union, mit der die Regeln zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch private Unternehmen und öffentliche Stellen EU-weit vereinheitlicht

werden. Sie gilt auch für niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Kassenzulassung und in Privatpraxis sowie in anderen Bereichen selbständig tätiger Kammermitglieder. Anhand einiger Beispiele zeigte Herr Freers auf, was in der Datenverarbeitung in der Praxis zu beachten ist.

Im Rahmen der folgenden Aussprache wurden zahlreiche Fragen aus der Mitgliedschaft beantwortet. Herr Freers verwies dabei auch auf die Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), auf der unter [www.kbv.de/html/datensicherheit.php](http://www.kbv.de/html/datensicherheit.php) die wichtigsten Schritte zur Umsetzung der EU-DSGVO in Praxen zusammengefasst sind. Ebenso sind hier Muster und Vordrucke für den Praxisalltag zu finden.

### Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie

Als zweiten Hauptpunkt informierte Vorstandsmitglied Wiebke Rappen über die Erhebungen zur Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie im Rahmen der Richtlinienreform und der Kostenerstattung. Die Befragung wurde in Zusammenarbeit zwischen den Landespsychotherapeutenkammern, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie dem Institut für Medizinische Psychologie des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt und untersuchte Auswirkungen der Richtlinienreform auf die

psychotherapeutische Versorgung. Die Beteiligung der Mitglieder aus Bremen war mit 61,4 % besonders hoch, wofür sich Frau Rappen, auch im Namen des Vorstands, ausdrücklich bei den Anwesenden bedankte. Inhaltlich zeige die Studie eindeutig, dass zwar die Wartezeit auf ein Erstgespräch gesunken ist, die Wartezeit auf Behandlung jedoch nach wie vor viel zu lang ist. Über die Studie wurde in vielen Medien, u. a. auf der Seite 1 des Weserkuriers berichtet. Entsprechende positive Resonanz aus der Politik folgte.

Um diese Entwicklung zu unterstützen, läuft aktuell eine weitere Befragung (Modul II) aus der Perspektive von Patienten, um festzustellen, in welchen Bereichen Versorgungsdefizite bestehen und auf der Basis dieser Ergebnisse Vorschläge an den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung zu entwickeln. Frau Rappen bat die Anwesenden, sich genauso rege wie schon bei der ersten Befragung zu beteiligen und teilnahmebereite Patienten anzusprechen. Genauere Informationen wurden von der PK Bremen an die Kammerangehörigen über Mail versandt.

Im zweiten Teil ihres Vortrags berichtete Frau Rappen über Ergebnisse der Erhebung zur Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie, an der sich zehn Landespsychotherapeutenkammern und insgesamt 2.698 Psychotherapeuten beteiligt haben. Die Er-

gebnisse fallen eindrücklich aus: Immer weniger Kassen genehmigen Kostenerstattungsanträge und verweigern damit ihren Versicherten in rechtswidriger Weise die Umsetzung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V – häufig mit der Begründung, dass die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen die Patienten versorgten. Frau Rappen wies unter Bezug auf eine Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage des Bündnis 90/Die Grünen darauf hin, dass sich die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung durch die Neuregelungen zur Psychotherapie nicht verändert haben.

### Bericht des Vorstands

In einem weiteren Vortrag berichtete Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens über die Entwicklung der Telematik-Einführung von der Gründung der Gesellschaft für Telematik im Jahr 2005 bis zur aktuellen Situation 2018. Bei der Telematik-Infrastruktur und Digitalisierung des Gesundheitswesens handele es sich um zentrales Regierungsprojekt, aus der auch die Psychotherapeuten nicht entlassen werden. Es gebe aber nach wie vor ungelöste Probleme bei der massenhaften Speicherung von Daten. Ebenfalls sei es nicht hinnehmbar, wenn die Einführung der Telematik-Infrastruktur nicht kostendeckend für die Leistungserbringer erfolge. Nach einer kurzen Aussprache beschloss die Kammerversammlung einstimmig eine Resolution „Digitalisierung im Gesundheitswesen: Datenschutz sicherstellen! – Keine Benachteiligung von Ärzten und Psychotherapeuten bei der Einführung der Telematik-Infrastruktur“.

Abschließend beschloss die Versammlung mit ausreichender Zwei-Drittel-Mehrheit einige Änderungen der Satzung, die vom Vorstand angeregt wurden. Diese treten nach ihrer Veröffentlichung im amtlichen Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen in Kraft. Die Gelegenheit zum anschließenden zwanglosen Austausch bei Sekt, Saft und Selters wurde wie immer gerne genutzt.



Vorstandsmitglied Wiebke Rappen informierte über die Evaluation der Richtlinienreform

## Quo vadis, PK Bremen? Workshop zur Berufspolitik

Die Psychotherapeutenkammer Bremen hat ein Nachwuchsproblem: Wie bereits auf den letzten Kammerversammlungen berichtet, gibt es immer weniger Kollegen, die sich ein berufspolitisches Engagement in der Kammer vorstellen können. Dies gefährdet die Eigenständigkeit und Unabhängigkeit der Bremer Berufsaufsicht und Interessenvertretung. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, lud der Vorstand der Kammer am 1. Juni 2018 ins Ibis Hotel zu einem Workshop zur „Zukunft der Psychotherapeutenkammer Bremen“

ein. Etwa 20 interessierte Kollegen folgten der Einladung.

Dabei skizzierten die Vorstandsmitglieder zunächst Arbeitsfelder und Aufgaben der Kammer und charakterisierten anschließend Rahmenbedingungen und Inhalte ihrer Tätigkeit für die Kammer. Dabei wurde deutlich, dass ein Engagement in der Kammer in unterschiedlichen Bereichen und mit unterschiedlichem zeitlichen und organisatorischen Aufwand möglich ist. In einer anschließenden Diskussionsrunde wurde auf

individuelle Fragen der Teilnehmer eingegangen.

Im Ergebnis konnte zunächst eine Arbeitsgruppe initiiert werden, die sich mit der Planung der Kammerarbeit in der nächsten Legislaturperiode beschäftigen soll. Weitere Interessenten sind herzlich zur Mitarbeit in dieser Arbeitsgruppe oder in einem Gremium der Kammer eingeladen. Für Rückfragen steht der Vorstand gern zur Verfügung.

### Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Wiebke Rappen,  
Amelie Thobaben

### 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

## 7. Hamburger Psychotherapeutentag am 09.06.2018

### „Existenzielle Krisen und die Frage nach dem Sinn“

Unter diesem Titel fanden sich am 09.06.2018 rund 170 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie neun Referentinnen und Referenten in den Räumlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ein.

Die Anwesenden wurden von Präsidentin Heike Peper im Namen des Kammervorstandes willkommen geheißen. Sie ging in ihrer Begrüßungsrede auf die unterschiedlichen Ursachen von existenziellen Krisen ein. So erleben Menschen besonders in Zeiten von Hilflosigkeit, Trauer, Verlust oder Krankheit existenzielle Krisen, die von Zweifel, Hoffnungslosigkeit und Verunsicherung begleitet werden können. Psychotherapie kann bei der Bewältigung dieser Krisen Unterstützung bieten.

### Fachvorträge am Vormittag

Dr. Thomas Kriza (Hochschule Coburg) wies in seinem Vortrag „Die philosophische Frage nach dem Sinn des Lebens“ schon zu Beginn darauf hin, dass es nicht „die eine“ gute Antwort auf die Frage nach dem Sinn des Lebens gibt, sondern dass sich die Beantwortung dieser Frage von Person zu Person unterscheidet. Zur näheren Betrachtung der Frage zeigte Dr. Kriza unterschiedliche Ansätze von Philosophen auf und machte dabei deutlich, dass sich die Anschauungen der Antike über den Sinn des Lebens zwar von den heutigen unterscheiden, auf diese aber dennoch immer wieder Bezug genommen wird. In dieser von ihm beschriebenen „Zwiespältigkeit des modernen Denkens“ muss jede Person für sich bestimmen, welche Wertvorstellungen und Ziele sie hat und was sinnstiftend für ihr Leben ist.



Auf dem Podium, v. l. n. r.: Dipl.-Psych. Heike Peper, Prof. Dr. Thomas Bock, Gwen Schulz, Prof. Dr. Anja Mehnert, Dr. Thomas Kriza

Im anschließenden Vortrag „Psychosen als existenzielle Krisen und die Frage nach dem Sinn“ nahmen Prof. Dr. Thomas Bock (Universitätsklinikum Eppendorf) und Gwen Schulz unter anderem die Gründe für das Verschwimmen der Grenzen zwischen Innen- und Außenwelt unter die Lupe. Die beiden Referenten schilderten dabei sehr eindrucksvoll unter den Aspekten „Verständnis“, „Frage nach dem Sinn“, „Was hilft, was nicht“ und „Kooperationshintergrund für Praxen“ ihre jeweilige Perspektive auf das Thema. So sprach die Referentin Gwen Schulz aus ihrer Sicht als psychoseerfahrene Expertin und Geseungsbegleiterin über ihre Erfahrungen und Erkenntnisse. Dr. Thomas Bock erläuterte die Aspekte aus fachlicher und theoretischer Sicht und gab Beispiele aus seinen Erfahrungen als Psychotherapeut.

Den Abschluss des Vormittags bildete der Vortrag „Existenzielle Belastungen und sinnzentrierte Interventionen: Überblick über den Stand der Forschung“ von Prof. Dr. Anja Mehnert des Universitätsklinikums Leipzig. Sie gab einen

detaillierten Überblick über den Stand der Forschung zur Auftretenshäufigkeit existenzieller Belastungen wie bspw. Demoralisierung und Verlust an Lebenssinn im Rahmen der Verarbeitung von Krankheiten oder schweren Lebensereignissen und stellte psychotherapeutische Behandlungskonzepte vor.

Während der Pausen nutzten die Kollegen das sehr gute Wetter und fanden sich überwiegend draußen zum gemeinsamen Essen und zu interkollegialen Gesprächen zusammen. Im Foyer der Kassenärztlichen Vereinigung informierten sich Interessierte am Büchertisch über die Publikationen der Vorträge.



Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 7. Hamburger Psychotherapeutentages

genden und die aktuelle Fachliteratur zu den Vortrags- und Workshopthemen. Auch die Kollegen des Projekts „RECOVER“ standen für Fragen und Antworten zu ihrem Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Verfügung.

### Workshops am Nachmittag

In den insgesamt sechs Workshops am Nachmittag beleuchteten die Teilnehmenden das Tagungsthema unter verschiedenen Aspekten.

- **Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM):** Eine sinnzen-

trierte Kurzzeitintervention für Patientinnen und Patienten mit einer unheilbaren Erkrankung (Prof. Dr. Anja Mehnert)

- **Psychotherapie und Genesungsbegleitung – fruchtbare Zusammenarbeit** (Prof. Dr. Thomas Bock/Gwen Schulz)
- **Die existenzielle Psychotherapie Irvin Yaloms** (Dipl.-Psych. Sigrid Pape)
- **Ressourcen, die aus Krisen erwachsen** (Dipl.-Psych. Bärbel Göttmann/FÄ Anke Behrens)
- **Suizidalität im Alter** (Dipl.-Psych. Silvia Renken)

- **Back to the roots: Braucht die moderne Psychotherapie (wieder mehr) Philosophie?** (Dr. Thomas Kriza/Dipl.-Psych. Torsten Michels)

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg dankt allen Vortragenden, allen Leiterinnen und Leitern der Workshops und allen Teilnehmenden dafür, dass sie zu einem anregenden und lebendigen Hamburger Psychotherapeutentag beigetragen haben.

*Bei Interesse an den Präsentationen von den Vorträgen am Vormittag senden Sie uns bitte eine E-Mail.*

BW

## 70. Delegiertenversammlung am 27.06.2018

Am 27.06.2018 fand die 70. Delegiertenversammlung (DV) der Psychotherapeutenkammer Hamburg in den Räumlichkeiten der KV statt. Auf die Berichte des Vorstandes, der Ausschüsse und Kommissionen sowie der Arbeitskreise und der Geschäftsstelle folgte die Feststellung des Jahresabschlusses 2017, die aufgrund der fehlenden Beschlussfähigkeit der 69. DV hatte vertagt werden müssen. Mit einer Enthaltung und ohne Gegenstimmen entlasteten die Delegierten den Vorstand für das Haushaltsjahr 2017.

### Neufassung der Wahlordnung

Einen großen Teil der Sitzung nahm die Diskussion und Beschlussfassung der

neuen Wahlordnung ein. Im Verlauf der Kammerwahl 2015 waren Regelungslücken in der (noch bestehenden) Wahlordnung deutlich geworden, sodass eine Neufassung erarbeitet wurde. Zukünftig wird der Wahlausschuss, der von einem Juristen mit Befähigung zum Richteramt geleitet wird, den gesamten Wahlablauf steuern und überwachen sowie Entscheidungen über mögliche Einsprüche treffen. Über die Zuständigkeit für die Benennung der Mitglieder des Wahlausschusses diskutierten die Delegierten kontrovers und stimmten schließlich der Regelung im Entwurf zu, dass der Vorstand den Wahlausschuss benennt. Die DV verabschiedete die Neufassung der Wahlordnung mit einer Enthaltung und ohne Gegenstimmen.

### Änderungssatzung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung

Im Anschluss an diesen Tagesordnungspunkt wurde die erste Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ERO) vorgelegt, die ebenfalls mit einer Enthaltung und ohne Gegenstimme verabschiedet wurde. Die Änderungssatzung zur ERO finden Sie in diesen Mitteilungen auf der letzten Seite.

BW

## Kurzmeldungen

### 1. Treffen des Arbeitskreises PiA

Am 01.06.2018 traf sich zum ersten Mal der neu gegründete Arbeitskreis PiA der PTK Hamburg, zu dem die Kammermitglieder, die sich in Ausbildung befinden, eingeladen waren. Das Treffen wurde vorbereitet von Alexander Berndt, Katharina van Bronswijk und Dr. Michael Reininger. Kammerpräsidentin Heike Peper begrüßte die Teilnehmenden in den Räumen der Kammer.

Als Gast nahm Herr Henning Plagge vom Landesprüfungsamt teil, der zu den vielfältigen Fragen aus der Runde, u. a. zu den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sowie zur Approbationsprüfung, Stellung nahm.

Es wurde vereinbart, dass der AK PiA sich vierteljährlich, jeweils vor der BPTK-Bundeskonferenz (BuKo) PiA, trifft, um die Themen der BuKo PiA zu diskutie-

ren. Alle Hamburger Kammermitglieder in Ausbildung werden jeweils rechtzeitig zu den Treffen eingeladen. Weitere Themenvorschläge können von den Teilnehmenden eingebracht werden.

Es wurde außerdem eine AK-PiA-Mailingliste eingerichtet, um aktuelle Informationen zu verschicken und den Austausch der PiA in der Kammer zu fördern.

## Bundesverdienstkreuz für Dr. Michael Wunder

Für seinen „herausragenden Einsatz für die Würde von Menschen mit Behinderung und Krankheit“ wurde Dr. Michael Wunder am 14.06.2018 das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse verliehen. Senatorin Dr. Melanie Leonhard würdigte das Engagement Dr. Wunders im Rahmen der Aufklärung und Erforschung der Euthanasie-Verbrechen des Nationalsozialismus.

Dr. Michael Wunder ist Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, ehemaliges Mitglied des Deutschen Ethikrates, Mitglied der Ethik-Kommission der PTK Hamburg sowie ehemaliges Mitglied der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“.

1987 veröffentlichte Dr. Wunder gemeinsam mit zwei weiteren Autoren das Werk „Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr – die Alsterdorfer Anstalten im Nationalsozialismus“. Seine Veröffentlichungen über Euthanasieopfer in Hamburg haben einen wichtigen Beitrag zur Aufarbeitung der Geschichte geleistet. Darüber hinaus nahm Dr. Wunder zu ethischen Fragen der Reproduktionsmedizin, der Pränataldiagnostik und der Behandlung behinderter, sterbender und von Demenz betroffener Menschen Stellung.

Wir gratulieren Herrn Dr. Wunder sehr herzlich zu dieser Ehrung!

## Psychotherapeutische Angebote für Menschen mit Behinderungen

Am 13.06.2018 führte das Präsidium ein Gespräch mit Dr. Michael Wunder über die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Intelligenzminderung.

Dr. Wunder schilderte die Arbeit der von ihm geleiteten psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz des Beratungszentrums Alsterdorf, deren Angebot sich an Menschen mit allen Formen von



Dr. Michael Wunder, Senatorin Dr. Melanie Leonhard (Foto: Arndt Streckwall)

Behinderung richtet. Schwerpunktmäßig würden dort allerdings Menschen mit Intelligenzminderung und leichter geistiger Behinderung behandelt. Er verwies auf die langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz in der Ambulanz, die angesichts einer nachweislich höheren Prävalenzrate von psychischen Störungen bei Menschen mit Behinderungen dringend verkürzt werden müssten. Es gebe zwar vereinzelte Kooperationen mit niedergelassenen Psychotherapeuten, eine Vergrößerung des ambulanten Behandlungsangebots sei aber wünschenswert und notwendig.

Mit Dr. Wunder wurde vereinbart, eine Fortbildungsveranstaltung für Kammermitglieder zu den spezifischen Anforderungen an eine psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Intelligenzminderung anzubieten.

## Hamburger Kooperationskonferenz Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Schule

Seit Sommer 2017 tagt diese von der Behörde für Soziales, Arbeit, Familie und Integration einberufene Hamburger Kooperationskonferenz regelmäßig zweimal im Jahr.

Zunächst hatte sich die Konferenz folgende Aufgaben vorgenommen:

1. Eine Bestandsaufnahme bereits bestehender Gremien in Hamburg, die

die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule thematisieren.

2. Die Erarbeitung einer Leitlinie für regionale Kooperationsvereinbarungen zwischen Jugendämtern, Jugendhilfeträgern, Praxen und Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie, regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ) und Schulen.

Die PTK Hamburg ist als ständiges Mitglied in dieser Konferenz tätig. Sehr schnell konnten wir deutlich machen, dass die Kooperation im Dreieck zwischen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule nur funktioniert, wenn sie zu einem Viereck ausgeweitet wird: Jugendhilfe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule. Die Konferenz wird die Kooperation in diesem Viereck weiter befördern und verbindlicher gestalten, um auf komplexe Hilfebedarfe und Kinder in Not noch besser reagieren zu können.

Inzwischen haben weitere Arbeitstreffen der Kooperationskonferenz stattgefunden. Die Konferenz hat sich eine Geschäftsordnung gegeben, in der die beständige Vertretung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch die PTK Hamburg eindeutig geregelt ist. Die Leitlinie für bezirkliche Kooperationsvereinbarungen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, ReBBZ, Schulen und weiteren Stellen ist erstellt und wird zukünftig als Grundlage der Kooperation zwischen der Behörde, den Trägern der Jugendhilfe, den Kinder- und Jugendpsychiatrien, den niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den Schulen dienen.

Für die tägliche Arbeit wird die Leitlinie in bezirklichen Kooperationsvereinbarungen konkretisiert.

HP/BW/GK

## „Psychotherapeutische Versorgung von Soldatinnen und Soldaten sowie Bundespolizistinnen und Bundespolizisten – Dienst, Einsatz und Belastungen“

Am **24.10.2018** wird eine ganztägige Fortbildungsveranstaltung in der Clausewitz-Kaserne in Blankenese stattfinden.

Auf der Seite [www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de) finden Sie das Programm.

Wir freuen uns über Anmeldungen bis zum 28.09.2018.

Die Teilnahmegebühr beträgt 10 Euro.

Es werden 7 Fortbildungspunkte vergeben.

Eine vorherige Anmeldung über die Seite [www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de) ist aufgrund von Sicherheitsvorkehrungen unbedingt erforderlich.

## Hinweis zum Abonnement des Newsletters und des Fortbildungsnewsletters der PTK Hamburg

Aufgrund der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung haben wir einige Änderungen in unserer Datenhaltung vorgenommen. Als Voraussetzung für den (weiteren) Erhalt unseres Newsletters und unseres Fortbildungsnewsletters müssen unsere Kammermitglieder den jeweiligen Newsletter neu abonnieren.

Sollten Sie den Newsletter bzw. den Fortbildungsnewsletter noch nicht (erneut) abonniert haben, schreiben Sie uns gern eine Mail an [info@ptk-hamburg.de](mailto:info@ptk-hamburg.de) oder abonnieren Sie ihn über unsere Homepage unter „Aktuelles/Newsletter“.

## Bekanntmachung über die 1. Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 14. September 2016

Aufgrund von § 19 Absatz 1, Absatz 2 Ziffer 1 und § 6 Absatz 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGH) vom 14. Dezember 2005 (HmbGVBl. Nr. 42, S. 495ff.), letzte berücksichtigte Änderung vom 17. April 2018 (HmbGVBl. S. 103, 106), hat die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in ihrer Sitzung am 27. Juni 2018 die erste Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 14. September 2016 beschlossen, die die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gemäß § 57 HmbKGH am 11. Juli 2018 genehmigt hat.

### § 1

#### Änderungen

§ 6 (Sonstiges) wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Absatz 3 wird hinter Satz 1 folgender Satz angefügt: „Die nach dieser Ordnung empfangenen Zahlungsbeträge werden der Empfängerin oder dem Empfänger zuzüglich einer etwaig gesetzlich geschuldeten Umsatzsteuer vergütet.“
2. In § 6 Absatz 4 wird hinter Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Sofern Zahlungsbeträge nach dieser Ordnung zuzüglich der gesetzlich geschuldeten Umsatzsteuer zu vergüten sind, hat die Empfängerin oder

der Empfängerin mittels einer an die Psychotherapeutenkammer gerichteten ordnungsgemäßen Rechnung, welche den Anforderungen des Umsatzsteuergesetzes (UStG) entspricht, abzurechnen und die Umsatzsteuer offen auszuweisen.“

### § 2

#### Inkrafttreten

Die vorstehenden Änderungen der Entschädigungs- und Reisekostenordnung treten am Tage nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg in Kraft.

### 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](mailto:info@ptk-hamburg.de)  
[www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de)

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



Dr. Heike Winter (Foto: M. Werneke)

Fernbehandlungen sind zukünftig auch ohne persönlichen Erstkontakt möglich. Dies hat der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt mit großer Mehrheit beschlossen. Die neue Regelung in der Musterberufsordnung der Ärztinnen

und Ärzte sieht vor, dass (im Einzelfall auch bei Patienten, die sich zum ersten Mal vorstellen) eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien zulässig wird, sofern dies „ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt“ gewahrt bleibt. Diese Regelung wird praktisch umgesetzt, wenn sie in die Berufsordnungen der Landesärztekammern übernommen wird. Damit wäre es für ärztliche Psychotherapeuten möglich, eine Psychotherapie z. B. ausschließlich mit Videotelefonie oder Online-Chats anzubieten – ohne den Patienten jemals persönlich gesehen zu haben. Voraussetzung ist natürlich, dass Datenschutz und -sicherheit gewährleistet sind. Im Gegensatz dazu verbieten sowohl die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer als auch die Berufsordnungen der meisten Landespsychothe-

rapeutenkammern eine ausschließliche Fernbehandlung. Bisher bestand innerhalb der Profession ein relativ breiter Konsens darüber, dass eine Psychotherapie nicht als reine Fernbehandlung stattfinden könne. Insbesondere für die Aufklärung, Diagnostik und Indikationsstellung erschien es unabdingbar, dass sich Psychotherapeut und Patient persönlich begegnen müssen. Wie wird sich diese Diskrepanz in den Vorschriften der Berufsordnungen der beiden Heilberufe zukünftig auswirken? Sollte für die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten das Fernbehandlungsverbot ebenfalls gelockert werden? Passen wir uns an die Vorgaben der Ärzte an? Oder bleiben wir bei unserer Haltung und Formulierung, die eine ausschließliche Fernbehandlung ohne persönlichen Kontakt untersagt? Diese Frage ist brisant: Gesundheitspolitik und Krankenkassen bauen mit Blick auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen auch für den Bereich der Psychotherapie einen nicht unerheblichen Druck auf. So schreibt der jüngst beschlossene Kabinettsentwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vor, für videogestützte Psychotherapie eigene Abrechnungsziffern (im Einheitlichen Bewertungsmaßstab – EBM) zu schaffen. Vor diesem Hintergrund trifft es sich, dass die Psychotherapeutenkammer Hessen gemeinsam mit der Landesärztekammer gerade jetzt am 30. November und 1. Dezember eine interessante Veranstaltung dazu organisiert. Das Thema lautet „Digitalisierte Welt – Auswirkung auf Psychotherapie und Psychosomatik“. Seien Sie ganz herzlich eingeladen.

Ihre Heike Winter,  
Präsidentin

## GPT – Die Geschichte eines Psychotherapieverfahrens



Else Döring (Foto: M. Werneke)

Der Beschluss des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Überprüfung der Humanistischen Psychotherapie sorgt für Kontroversen. Deshalb soll hier die Historie der Überprüfung eines der betroffenen Psychotherapie-

verfahren, der Gesprächspsychotherapie (GPT), dargestellt werden. Denn die Geschichte der Anerkennung der GPT ist bedeutsam für eine Bewertung der Entscheidung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP). Diese Chronologie macht zudem deutlich, dass die GPT ein genuin wissenschaftliches Psychotherapieverfahren ist und genügend Wirksamkeitsnachweise geliefert hat.

Die GPT wurde von Carl Rogers in den USA entwickelt. 1959 legte Rogers die theoretische Konzeption der GPT in einer theoretischen Abhandlung vor. Dem gingen zwei Jahrzehnte sorgfältiger Erprobung, Beobachtung und Er-

forschung der empirischen Praxis, der Beratung und Psychotherapie voraus (s. Kriz, 2007). Rogers war bereits seit Mitte der 1950er Jahre einer der führenden empirischen Therapieforscher und Methodiker. Er war der erste Therapieforscher, der Tonaufzeichnungen von der therapeutischen Interaktion machen ließ und diese dann empirisch auswertete.

Carl Rogers gehörte 1962 zu den zentralen Gründern der „Gesellschaft für humanistische Psychologie“ und bekannte sich zu einem humanistischen Menschenbild. Die humanistische Psychologie legt Wert darauf, den Menschen in seiner Ganzheit zu erfassen.

Sie geht davon aus, dass jeder Mensch das Potenzial hat, sich weiterzuentwickeln und sich selbst zu verwirklichen. Dabei ist der Kontakt zu anderen Menschen und zum sozialen Umfeld eine Grundvoraussetzung. Dieses In-Beziehung-Sein mit anderen ist besonders wichtig für die Selbstwerdung jedes Individuums.

Kernstück der GPT als Psychotherapieverfahren sind drei Elemente:

1. Eine spezifische therapeutische Beziehung.
2. Die Aktualisierungstendenz, die aufzeigt, warum die therapeutische Beziehung wirksam werden kann.
3. Eine Störungs- und Entwicklungstheorie, die in Zusammenhang mit der Persönlichkeitstheorie (Selbsttheorie) erklärt, wie Psychotherapie wirken kann.

Grundlegendes Axiom der GPT ist die Aktualisierungstendenz. Die These lautet, dass jeder Organismus – auch der Mensch – die Tendenz hat, sich zu vervollkommen, zu wachsen und sich weiterzuentwickeln. Rogers geht davon aus, dass diese Kraft jedem Menschen innewohnt und dass jeder Mensch nach Erhaltung, Entfaltung und Steigerung des eigenen Selbst strebt. Bedeutsam ist auch die Betonung der sozialen Bezogenheit des Individuums; Wachstum kann nur im Kontakt mit anderen Menschen stattfinden.

In der Entwicklungstheorie der GPT steht der leidende Mensch mit seinen Inkongruenzen im Zentrum. Er ist der Mittelpunkt seiner eigenen Erfahrungswelt, die Erfahrungen mit der Umwelt bilden das Selbst. Die Inkongruenz bezeichnet einen Widerspruch zwischen dem Selbst und den Erfahrungen, die nicht als zum Selbst passend empfunden werden und nicht ins Selbst integriert werden können. Durch diese fehlende Übereinstimmung wird ein innerer Spannungszustand, die Inkongruenz, erzeugt.

Erfahrungen, die nicht ins Selbstkonzept integrierbar sind, bedrohen das

Selbst. Diese Bedrohungen und das damit verbundene Inkongruenz erleben gehen mit verschiedenen Affekten einher, die abgewehrt, verzerrt symbolisiert oder verleugnet werden. Das wiederum führt zu mehr Inkongruenz erleben. Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung hat das Ziel, einen Menschen zu befähigen, sein Selbstkonzept zu reorganisieren, die Spannungszustände abzubauen und Erfahrungen zu integrieren.

In Deutschland fand der Ansatz beginnend in den 1960er Jahren seine Verbreitung im Bereich der Klinischen Psychologie. In der Bundesrepublik waren Professor Reinhard Tausch und Professorin Anne-Marie Tausch die ersten, die sich mit dem damals noch sogenannten nicht-direktiven Ansatz beschäftigten und umfangreiche Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit der GPT vorlegten (Tausch, 1976). In der DDR wurde ebenfalls Gesprächspsychotherapie gelehrt und praktiziert. Bekannt sind Professorin Inge Frohburg und Professor Gottfried Helm.

### GTP-Wirksamkeit vielfach belegt

Die Wirksamkeit des Verfahrens GPT wurde vielfach belegt und relativ häufig untersucht. Es liegen Metaanalysen und Einzelergebnisse auf internationaler Ebene vor (zusammenfassend Frohburg, 2009).

In der Psychiatrie-Enquete 1975, die sich mit der Reform der Psychiatrie in Deutschland beschäftigte, wurde ausdrücklich gefordert, die GPT in die Versorgung und in das gesetzlich vorgesehene Ausbildungswesen einzubeziehen. Die GPT galt neben den psychodynamischen Verfahren als wirksames und gut etabliertes Psychotherapieverfahren.

In dem auf der Psychiatrie-Enquete gründenden Entwurf eines Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) von 1978 sind in § 5 Abs. 2 „die Gesprächspsychotherapie, die Verhaltenstherapie, die Individual-psychologische Psychotherapie und die psychoanalytische Psychotherapie“ als die „anerkannten psycho-

therapeutischen Richtungen“ genannt. Im Vorfeld des Psychotherapeutengesetzes wurde von der Bundesregierung ein großangelegtes Forschungsgutachten in Auftrag gegeben. Als Ergebnis der Prüfung wurde festgestellt, dass die GPT „ein Behandlungsverfahren mit nachgewiesener klinischer Wirksamkeit ist“ (Meyer, Richter, Grawe, v. d. Schulenburg & Schulte, 1991).

Bei Inkrafttreten des PsychThG im Jahre 1999 war die GPT das einzige Verfahren, das neben den Richtlinienverfahren eine Approbation (und damit den berufsrechtlichen Zugang zum Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten) ermöglichte.

Der WBP bestätigte der GPT am 30. September 1999 die wissenschaftliche Anerkennung, empfahl aber erst im Mai 2002, sie als Verfahren zur vertieften Ausbildung zur Approbation Psychologischer Psychotherapeuten zuzulassen. Im Herbst 2002 entschied dann der Gesundheitsberufe-Ausschuss der Landesgesundheitsbehörden Ausbildungsstätten zur vertieften GPT-Ausbildung anzuerkennen. Trotz der wissenschaftlichen Anerkennung verweigerte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als Selbstverwaltungsorgan der Ärzte und Krankenkassen am 21. November 2006 der GPT die sozialrechtliche Anerkennung. Dieser Beschluss ist bis heute unverständlich und wurde häufig kritisiert. So kam auch eine Expertenkommission der BPTK 2006 zu dem Schluss, dass die GPT aufgrund ihrer wissenschaftlichen Anerkennung durch den WBP in die GKV-Versorgung dringend einzubeziehen sei.

Die fehlende sozialrechtliche Anerkennung führte bedauerlicherweise zu einem massiven Rückgang der GPT. So zeigen Zahlen aus dem Jahr 1987 in einer Studie des Instituts für Freie Berufe der Universität Erlangen-Nürnberg, dass die GPT mit 55 % das am häufigsten praktizierte Psychotherapieverfahren war. Erst danach folgten Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie mit jeweils 48 % sowie die Psychoanalyse mit 22 % (viele Psychotherapeuten nannten mehrere Psychotherapieverfahren).

Betrachtet man diese Zahlen, stellt sich die Frage, wie es dazu kommen konnte, dass die Bedeutung der GPT so zurückgegangen ist und welche Einflüsse dies bewirkt haben. Ein ganz zentrales Problem stellt dabei die fehlende sozialrechtliche Anerkennung durch den G-BA dar. Diese verhinderte letztlich eine Ausbildung mit Vertiefungsschwerpunkt GPT. Umso wichtiger ist es, zumindest eine Weiterbildung in GPT zu ermöglichen, damit die wirksamen Vorgehensweisen der GPT auch weiterhin von interessierten Kollegen gelernt werden können. Durch die Entscheidung des WBP bleiben sehr viele Fragen unbeantwortet. So etwa die Frage, warum überhaupt eine neue Überprüfung der GPT durchgeführt wurde. Es gab keinen Antrag auf Überprüfung der wissenschaftli-

chen Anerkennung der GPT und damit keinen Prüfauftrag an den WBP. Ganz abgesehen von der grundsätzlichen Frage, warum ein bereits wissenschaftlich anerkanntes Verfahren von demselben Gremium ein paar Jahre später plötzlich nicht mehr anerkannt wird.

Die in langer Tradition erprobten und wirksamen Haltungen und Interventionen der GPT müssen zum Wohle der Patienten als Teil der modernen Psychotherapie dringend erhalten bleiben.

### Literatur

Frohburg, I. (2009). Wirksamkeitsprüfungen der Gesprächspsychotherapie. Kommentierte bibliografische Synopse zu den sozialrechtlich relevanten Nutzenbeurteilungen. Köln: GwG.

Kriz, J. (2007). Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. In J. Kriz & T. Sluneko (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes (S. 15-33). Wien: Facultas.

Tausch, R. (1976). Ergebnisse und Prozesse der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei 550 Klienten und 115 Psychotherapeuten. Eine Zusammenfassung des Hamburger Forschungsprojektes. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H.-J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den I. Europäischen Kongress für Gesprächspsychotherapie in Würzburg (S. 60-73). Göttingen: Hogrefe.

Meyer, A. E., Richter, R., Grawe, K., Graf v. d. Schulenburg, J. M. & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Bonn.

Else Döring, Vizepräsidentin

## Kammer stärkt Kommunikation: Mehr Sichtbarkeit in Netz und Medien

Wie kann die Psychotherapeutenkammer Hessen ihre interne und externe Kommunikation zukunftsorientiert weiterentwickeln? Wie lässt sich die Kommunikationsstrategie der Kammer so umsetzen, dass alle Instrumente (analog und digital) effizient koordiniert sind?

Mit diesem Fragen beschäftigt sich seit 1. August 2018 ein neuer Mitarbeiter in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Hessen: Robert G. Eberle ist gelernter Journalist mit rund zwanzig Jahren Erfahrung beim Hessischen Rundfunk (hr). Er stammt aus Südhessen und hat nach dem Redaktionsvolontariat in Trier und München sein Studium am Institut für Publizistik und Kommunikationswissenschaft der Freien Universität Berlin abgeschlossen – mit dem akademischen Grad Lic. rer. publ. (Licentiatum rerum publicarum).

Neben seiner Tätigkeit als hr-Reporter für Hörfunk und Fernsehen engagierte

Eberle sich freiberuflich als Medientrainer und Kommunikationsberater – auch für Institutionen im Gesundheitswesen. So ist er mit komplexen Netzwerken in der Gesundheitspolitik, relevanten Akteuren und ihren Beziehungsgeflechten bereits vertraut. Die Psychotherapeutenkammer Hessen kann zudem von seiner Expertise als Pressesprecher traditionsreicher Körperschaften des öffentlichen Rechts profitieren: Dort (in Limburg und Freiburg) war er für die strategische Neuausrichtung der Kommunikation, für die wirksame Vernetzung der Medienaktivitäten, für das Weiterentwickeln zielgruppenorientierter Publikationen (und der Corporate-Design-Guidelines) sowie für die Profilierung und Organisation öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen zuständig.

Auch bei der Psychotherapeutenkammer Hessen wird Eberle neben Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung das Veranstaltungsmanagement unterstützen. Seine Kernaufgaben liegen in



Langjähriger hr-Reporter Robert Eberle verstärkt Kommunikation der PTK Hessen

der internen und externen Kommunikation der Psychotherapeutenkammer Hessen in der „digitalen Gesellschaft“.

Die Kammer begrüßt den neuen Referenten für Kommunikation im Team und freut sich auf eine stärkere Sichtbarkeit in den Medien, die Neukonzeption der Kammerwebsite sowie auf eine erfolgreiche Kommunikation in digitalen Zeiten. Anregungen dazu nimmt er gerne entgegen: reberle@ptk-hessen.de.

## Bündnis „heilen & helfen“ fordert Gesamtpaket

Welche Rezepte hat die Politik für eine bessere medizinische Versorgung auf dem Land? Mit dieser Frage konfrontierten die im Bündnis „heilen & helfen“ vereinigten hessischen Heilberufskörperschaften am 17. Mai Politiker der Landtagsfraktionen in Wiesbaden. Anlässlich der bevorstehenden Landtagswahlen tauschten sich die Vertreter der Heilberufskörperschaften in der Veranstaltung „Heilberufe fragen, Politiker antworten“ mit den Politikern zu zentralen Gesundheitsthemen aus.

Präsidentin Dr. Winter stellte die Situation im Bereich psychotherapeutische

Versorgung dar. „Psychische Erkrankungen haben enorm zugenommen und es ist keinesfalls so, dass auf dem Land niemand psychisch erkrankt. Insgesamt brauchen wir 7.000 neue Sitze in Deutschland. Die Bedarfsplanung ist 20 Jahre alt und muss dringend angepasst werden“, erklärte Dr. Winter. Der Mangel an Psychotherapeuten insbesondere auf dem Land wurde lebhaft diskutiert. Insgesamt bewerteten die Heilberufekammern die Veranstaltung als sehr erfolgreich, insbesondere auch aufgrund eines erfreulichen Pressechos.



„heilen & helfen“: Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter im Gespräch mit Marcus Bocklet, MdL (Grüne)

## Psychotherapeutische Sprechstunde für Kinder und Jugendliche

„Bei der Sprechstunde handelt es sich um eine komplexe psychotherapeutische Leistung unter restriktiven Settingbedingungen, innerhalb derer differenzierte diagnostische Entscheidungen getroffen und differentiell indizierte Empfehlungen abgegeben werden müssen“, betonte Dipl.-Psych. Jörg Wollstadt (PP, KJP), der zugleich als Moderator durch die Veranstaltung am 20. Juni 2018 im Ökohaus in Frankfurt führte. Nach einer Einführung zur Historie der neuen Psychotherapie-Richtlinie kam Wollstadt nach ersten praktischen Erfahrungen zu dem Fazit, dass der erweiterte Versorgungsauftrag von PP und KJP und der damit mögliche zeitnahe Kontakt zwischen Patienten und Psychotherapeuten nützlich sei,

werden doch Diagnosen und adäquate Hilfen geklärt und Fehlentwicklungen möglicherweise verhindert.

Prof. Dr. Hanna Christiansen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Psychologische Psychotherapeutin von der Philipps-Universität Marburg, eine Hauptreferentin der Veranstaltung, bezog sich in ihren Ausführungen auf den prototypischen Ablauf der psychotherapeutischen Sprechstunde in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapieambulanz Marburg. Aus ihrer Sicht biete die Sprechstunde gerade im Kinder- und Jugendbereich hervorragende Möglichkeiten, eine standardisierte und strukturierte Diagnostik durchzuführen, auf deren Basis therapeutische Ent-

scheidungen getroffen werden können. Strukturierte klinische Interviews erhöhten die Wahrscheinlichkeit korrekter Diagnosen und würden von Eltern und Kindern gut akzeptiert.

Dipl.-Psych. Heiko Borchers, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Kiel, sensibilisierte als zweiter Hauptreferent für die Handlungsspielräume in der Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie. Insgesamt stießen die komplementären Vorträge auf eine positive Resonanz bei der anwesenden Fachöffentlichkeit.

Sabine Wald, Mitglied des Vorstands

## Informationsveranstaltung zur neuen EU-Datenschutzgrundverordnung

Am 21. Juni 2018 veranstaltete die PTk Hessen eine Informationsveranstaltung zur neuen EU-Datenschutzgrundverordnung. Andreas Wolf, Rechtsreferent der Landesärztekammer Hessen, führte in die Definition datenschutzrechtlicher Grundbegriffe ein und erklärte die grundlegenden Prinzipien der EU-DSGVO. Er wies besonders darauf hin,

dass die Einhaltung dieser Prinzipien durch den Verantwortlichen, also den Praxisinhaber, zu gewährleisten sind.

Gesundheitsdaten, die üblicherweise im psychotherapeutischen Alltag erhoben werden, bilden eine besondere Kategorie von Daten, die sich auf die körperliche und geistige Gesundheit ei-

ner natürlichen Person beziehen. Nach EU-DSGVO handelt es sich dabei um besonders schutzwürdige Daten, für deren Erhebung eine ausdrückliche Erlaubnis des Patienten vorliegen muss. Jugendliche sind ab 16 Jahren einwilligungsfähig, für jüngere Kinder müssen die Eltern eine Einwilligung abgeben. Andreas Wolf erläuterte die Daten-

schutzfolgeabschätzung und erklärte, was ein Datenschutzverstoß ist. Dieser muss binnen 72 Stunden dem Hessischen Datenschutzbeauftragten gemeldet werden. Dieser ist auch befugt, psychotherapeutische Praxen bezüglich

der Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung zu kontrollieren.

Zur Umsetzung der Informationspflichten gegenüber dem Patienten verwies Andreas Wolf sowohl auf die Home-

page der KBV als auch auf die Homepage der LÄK. Beide Institutionen halten Merkblätter für Patienten zu den Rechtsgrundlagen und den Aufbewahrungspflichten vor.

Else Döring, Vizepräsidentin

## Neues Logo für die Psychotherapeutenkammer – ohne Zungenbrecher ...

„Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten“: Diesen Namen hat sich die Kammer in Anlehnung an den im Heilberufegesetz Hessen verwendeten Namen in ihrer Satzung gegeben. Ein umfassender Name, der die beiden psychotherapeutischen Berufe, die die Kammer vertritt, abbildet und sogar gendert. Leider ist dieser Name sowohl für uns selbst als auch für unsere Partner im gesundheitspolitischen Raum ziemlich sperrig. Wer versucht, ihn laut auszusprechen, fühlt sich sehr schnell an den Zungenbrecher „Fischers Fritz“ erinnert. Und so gab es in offiziellen Reden und Eröffnungen immer wieder peinliches Hängenbleiben im eigenen Namen oder lustige Versprecher wie Landespsychiatriekammer oder Physiotherapeutenkammer durch Politik oder Vertreter anderer Organisationen.

Wie sieht es in den anderen Bundesländern aus? Üblich ist der Name „Psychotherapeutenkammer“ oder „Landespsychotherapeutenkammer“. Auch auf Bundesebene heißt unsere Vertretung „Bundespsychotherapeutenkammer“. Nur die Kammern in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg nennen die Berufe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten im Kammernamen, verwenden aber im Alltagssprachgebrauch eine Kurzform. Keine Kammer bundesweit nennt die beiden Berufe im Logo.

Nur in Hessen wird der Schriftzug „LPPKJP Hessen“ im Logo geführt, ohne diese Abkürzung zu erläutern. Für Außenstehende ist nicht ersichtlich, welche Organisation sich hinter diesem Kürzel verbirgt.

Im Frühjahr 2018 hat die Delegiertenversammlung der Kammer deshalb den Weg für ein neues Kammer-Logo freigemacht, bei dem der „Untertitel“ „LPPKJP Hessen“ ersetzt werden soll durch „Psychotherapeutenkammer Hessen“. Damit wird ein Prozess fortgesetzt, der bereits in der zurückliegenden Wahlperiode vom damaligen Vorstand eingeleitet und vom derzeitigen Vorstand bekräftigt wurde: Im Alltagssprachgebrauch, in öffentlichen Verlautbarungen und Texten, Signaturen unter E-Mails und Visitenkarten wird die Kurzform „Psychotherapeutenkammer Hessen“ verwendet.

Die Erkennbarkeit der Kammer in der Öffentlichkeit soll dadurch verbessert und die Identität ihrer Mitglieder auf den Punkt gebracht werden.

## Veranstaltungshinweis

„Digitalisierte Welt – Auswirkungen auf Psychotherapie und Psychosomatik“: Gemeinsame Fachtagung der Landesärztekammer und Psychotherapeutenkammer Hessen am 30. November und 1. Dezember 2018 im Haus am Dom in Frankfurt. Nähere Informationen unter: [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)

### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Sabine Kraft, Hofheim  
Andreas Schäfer, Eltville  
Hasso Sachs, Solms

### Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

### Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8  
65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611/53168 -0  
Fax: 0611/53168 -29  
[post@ptk-hessen.de](mailto:post@ptk-hessen.de)  
[www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)

## Gegenwärtige Schwerpunkte der niedersächsischen Kammerarbeit



Roman Rudyk

### Neustrukturierung der Arbeitsabläufe in der Geschäftsstelle

Die Arbeit der Geschäftsstelle ist Basis und Rückgrat einer jeden Kammerarbeit. Wir als immer noch recht junge Kammer mit einem stetigen Wachstum an Mitgliedern (von 2.815 im Jahr 2001 auf 4.631 heute) hatten in den mehr als eineinhalb Jahrzehnten nach Gründung viele Aufgaben zu bewältigen, die oft kurzfristig Antworten erforderten, wobei nur wenig auf Erfahrungswerte zurückgegriffen werden konnte. Heute ist eine gewisse Konsolidierung erreicht. Mit ihr ist der Zeitpunkt gekommen, das bisher Gewachsene auf seine Effektivität und Funktionalität hin zu überprüfen. Diese Aufgabe wird von unserem im vergangenen Jahr zu uns gekommenen Geschäftsführer Herrn Dr. Kaufmann und allen teils sehr langjährigen Mitarbeitern mit großem Engagement parallel zur täglichen Arbeit geleistet. In einem ersten Schritt, dem Zusammentragen aller anfallenden Arbeitsvorgänge, wurde überdeutlich, dass vieles in der Verwaltung von einer modernen, gut aufgestellten EDV abhängt. So ist parallel zu diesem Durchleuchten

aller Abläufe in der Geschäftsstelle die Neuprojektierung der EDV in Angriff genommen worden. In diesem Neustrukturierungsprozess befinden wir uns gegenwärtig und sind zuversichtlich, dass mit dessen wesentlicher Umsetzung bis Frühjahr 2019 die Effektivität der Verwaltungsabläufe, wie insbesondere des Melde- und Beitragswesens, aber auch der Akkreditierung, deutlich gesteigert werden kann sowie eine höhere Transparenz und Servicequalität für unsere Mitglieder verwirklicht werden kann. Ein Ziel dieses Entwicklungsprozesses ist es, für unsere Mitarbeiter die Attraktivität des Arbeitsplatzes möglichst noch weiter zu steigern und deren Kompetenzen besser zu nutzen und auszubauen. Wir setzen auf ein möglichst stabiles, gut zusammenarbeitendes Team, das sich gemeinsam der Aufgabe einer sich stets weiterentwickelnden, serviceorientierten Kammer stellt.

### Umsetzung der neuen Beitragsordnung

Zu Beginn dieses Jahres trat die neue Beitragsordnung in Kraft, mit der mehrere Ziele verfolgt wurden. Sie ist gut verständlich, verwaltungstechnisch effektiv umsetzbar und bietet ein möglichst hohes Maß an Rechtssicherheit. Sie setzt wesentliche Beschlüsse der Kammerversammlung um, wie die Beitragsgleichheit von angestellten und freiberuflichen Mitgliedern, die Fortführung der Beitragsfreiheit für Psychotherapeuten in Ausbildung (trotz deutlich gestiegener Kosten der Kammer für diese Mitglieder) und schließlich die Abschaffung vieler Sonderregelungen, die zu einer hohen Komplexität und in Teilen auch Rechtsunsicherheit der alten Beitragsbemessung geführt hatten.

Besonders erfreulich war, dass mit dieser Beitragsumstellung keine allge-

meine Erhöhung einherging. Der Beitrag blieb somit seit 2012 stabil. Dem Wegfall der Ermäßigung für die angestellten Mitglieder steht die Erhöhung der Einkommensgrenze für die Beantragung eines auf die Hälfte ermäßigten Beitrags von 25.000 € auf 35.000 € gegenüber. Die bisher vorliegenden Auswertungen zeigen, dass unsere Schätzungen im Vorfeld recht gut zutreffen und die uns durch die Beitragserhebung zur Verfügung stehenden Mittel durch die Umstellung ungefähr gleich hoch geblieben sind.

Einen Wermutstropfen stellt die Auswirkung der Beitragsumstellung für einige unserer älteren Kollegen dar. Hier waren einige in den vergangenen Jahren mit ihrem Beitrag auf null gesetzt worden, was auf Antrag möglich war. Diese Beitragsfreistellung ist in der neuen Beitragsordnung nicht mehr vorgesehen, sondern nur die Ermäßigung auf einen Mindestbeitrag von 95,00 €, wenn keine Berufsausübung vorliegt. Aufgrund der veränderten Entscheidungsgrundlagen wurde es notwendig, dass alle Beitragsermäßigungen beantragt werden mussten. Trotz vielfältiger Informationen durch die PKN gab es hier einige Kollegen aus der eben genannten Gruppe, die unsere Informationen nicht zur Kenntnis nahmen. In Einzelfällen führte das dazu, dass Mitglieder, und darunter auch Kollegen, die sich um die Profession und die Entwicklung der Kammer sehr verdient gemacht hatten, statt der gewohnten Beitragsfreiheit den Mindestbeitrag zahlen mussten, oder gar bei fehlendem Antrag der volle Kammerbeitrag fällig wurde. Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle haben sich große Mühe gegeben, letztgenannte Fälle möglichst zu verhindern und bestehende Ermessensspielräume zu nutzen. Trotzdem fielen einige Beitragsfestsetzungen so aus, dass auch wir alles an-

dere als zufrieden damit waren. Diese Erfahrungen haben uns sensibilisiert, bei zukünftigen Änderungen der Beitragsordnung noch mehr nach Möglichkeiten zu suchen, möglichst alle unsere Mitglieder mitzunehmen.

Nach einem Beschluss der Kammerversammlung wird die Umsetzung einer einkommensabhängigen Beitragserhebung angestrebt, die in vielem als gerechter angesehen werden kann. Dieses Vorhaben wurde zurückgestellt, bis die neue EDV die Handlungsfähigkeit der Geschäftsstelle für solche Umstellungen erweitert. Die Kammerversammlung wird sich mit dieser Fragestellung erneut befassen.

### Ausbildungsreform

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat gemeinsam mit der Bund-Länder-AG Transition am 26. Juni in Berlin ein Symposium veranstaltet. Ein zentraler

Beitrag darin war die Vorstellung eines von der BPtK in Auftrag gegebenen Gutachtens von Herrn Dr. Hess, dem ehemaligen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Hierüber wurde und wird an verschiedenen Orten berichtet, wie z. B. auf den Mitteilungsseiten der BPtK.

Die PKN legt einen Schwerpunkt bei der Mitarbeit an diesem Projekt „Ausbildungsreform“ auf die Betonung der Bedeutung der bisherigen Ausbildungsinstitute auch für die zukünftige Aus- und Weiterbildung. So begrüßen wir, dass die unverzichtbare Funktion der gegenwärtigen Ausbildungs- und späteren Weiterbildungsinstitute, die wesentlich in dem nur dort zu leistenden Zusammenwirken von Theorievermittlung, Supervision und Selbsterfahrung besteht, gegenwärtig so intensiv diskutiert wird. Die derzeitigen Ausbildungsinstitute sind ein zentraler Ort der klini-

schen Kompetenz und der Identitätsbildung von Psychotherapeuten aller Grundberufe. Auch das Potenzial, das unsere Profession mit der Verfahrensvielfalt besitzt, kann nur durch Einbezug der derzeitigen Ausbildungsinstitute in die zukünftige Aus- und Weiterbildung gewährleistet werden. Dies bedeutet wesentlich, dass eine gesetzliche Verankerung der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung ein unverzichtbarer Teil der Reform ist. Hier sind wir optimistisch, dies auch den Entscheidungsträgern in der Politik vermitteln zu können sowie die entsprechenden Vorarbeiten auf Landesebene zusammen mit dem niedersächsischen Gesundheitsministerium leisten zu können. In diesem Sinne setzen wir weiterhin auf eine baldige Umsetzung der Reform auf der Basis der von unserer Profession entwickelten Konzepte.

Roman Rudyk

## Landespsychiatrieplan Niedersachsen 2018: Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mindern



Andreas Kretschmar

Im Rahmen des am 30. Mai 2016 vorgestellten Niedersächsischen Landes-

psychiatrieplans (LPP) fand in der Zeit vom 9. bis 11. April 2018 in der Evangelischen Akademie Loccum eine zweite Arbeitstagung statt. Ein Bericht über die erste Tagung aus dem Jahr 2017 findet sich im PTJ, Ausgabe 3/2017.

130 Teilnehmer setzten sich mit dem Thema „Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie vermindern“ auseinander. Fachkompetenz wurde durch die Teilnahme von Betroffenen, Angehörigen, Experten sowie Juristen und Politikern hergestellt.

Niedersachsens Sozial- und Gesundheitsministerin Dr. Carola Reimann (SPD) stellte in ihrem Vortrag das Anliegen des Landes heraus, Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie soweit wie möglich zu reduzieren. Als Gratwanderung schilderte sie die Problematik, dass psychisch kranke Menschen manchmal vor sich selbst geschützt werden müssen. Gerade in derartigen Fällen sei es aus ihrer Sicht unbedingt notwendig,

die Würde und die Selbstbestimmung der Patienten zu achten und Zwangsmaßnahmen auf das absolut notwendige Maß zu beschränken. Die Ministerin erwähnte in diesem Zusammenhang angewandte Zwangsmaßnahmen wie Isolation, zwangsweise Ernährung sowie mechanische oder medikamentöse Ruhigstellung von Psychiatriepatienten.

Parallele Workshops widmeten sich der Minderung von Zwangsmaßnahmen bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen, älteren Menschen, Menschen im häuslichen Umfeld und psychisch kranken Straftätern. Projektideen und resultierende Handlungsaufträge wurden formuliert.

Im Workshop „Minderung von Zwangsmaßnahmen bei Erwachsenen“ entwickelten die Teilnehmer drei Vorschläge, die in den kommenden Jahren zu Veränderungen der Klinikbehandlungen führen sollen:

- Etablierung von Genesungsbegleitern zusätzlich zum Fachpersonal auf allen Kriseninterventionsstationen;
- Verfahrensregeln in offen geführten Kliniken bei Unterbringungen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen;
- Wettbewerb der Kliniken zu Alternativen zu Zwangsmaßnahmen durch Anreize fördern (mit Controlling).

Die Vorschläge entstanden vor dem Hintergrund:

- ... dass ca. 400 Kliniken in Deutschland geschlossene und offene Stationen in einer Klinik betreiben. Lediglich 20 Kliniken in Deutschland betreiben derzeit nur offene Stationen, auch für Patienten mit Unterbringungsbeschluss. In diesen Kliniken gibt es keine geschlossenen Aufnahmestationen, keine Verlegungen; Akutaufnahmen und geplante Aufnahmen werden auf alle Stationen gleichmäßig verteilt.
- ... der Einbeziehung der Patienten-sicht anhand einer Europäischen Vergleichsstudie von Kallert aus dem Jahr 2011 bezüglich des Erlebens von Zwang. In der Studie wurde aufgezeigt, dass bestimmte Patientengruppen (Alleinstehende, Schizophrenie, Frauen) eine bleibende negative Bewertung der zwangsweisen Unterbringung vornahmen und die Zwangsmaßnahmen als massive Gewalt beschrieben. 40 % der Patienten beschrieben die Zwangsmedikation auch im Nachhinein als schwere Demütigung und Kränkung, 31 % beschrieben sie als Strafe und 13 % erlebten sie als Erlösung. Patienten schilderten Gefühle der Erniedrigung sowie Todesangst, vor allem in Zusammenhang mit gleichzeitig erlebter psychotischer Symptomatik. Bezogen auf die Situation der Isolierung schilderten ein Drittel bis zwei Drittel der Patienten Gefühle wie Hilflosigkeit, Anspannung, Wut, Ängste, Entsetzen und Scham.
- ... der zum 1. Juli 2018 aktualisierte S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Die Leitlinie fordert (auszugsweise): quantitativ und qualitativ gute Personalausstattung; geeignete, ansprechende moderne Räumlichkeiten, wohnliche Gestaltung, ausreichend Licht und Privatsphäre; Reduktion von Stationsgröße; offene Stationstüren; partnerschaftlicher Kooperationsstil („Verhandeln statt Behandeln“, Empathie) und Behandlungsvereinbarungen; Berücksichtigung geschlechts- und kulturspezifischer Bedürfnisse; individualisierte Behandlungsplanung; Einbeziehung von Angehörigen, Nachsorge für Angehörige; Deeskalationstraining und systematische Nachsorge für Mitarbeiter nach Patientenübergriffen; Nachbesprechung (aggressives Verhalten); strukturierte Risikoeinschätzung (Violence Checklist); Komplexe Behandlungsprogramme (z. B. Six Core Strategies); Öffentlichkeitsarbeit/Entstigmatisierung/Trialog; gut ausgebaute sozialpsychiatrische Dienste/Krisendienste; vertrauensvolle Kooperation im gemeindepsychiatrischen Hilfesystem.
- ... der Entwicklungsmöglichkeiten, temporäre Lebensräume im Kliniksetting herzustellen, günstige Bedingungen für die Einhaltung der Menschenrechte zu schaffen, günstige Bedingungen für Gewaltverzicht herzustellen, Stationen mit offenen Türen und nichtspezialisierte Stationen zu schaffen, Psychiatrieerfahrene zu beteiligen, auf Konstrukte wie Krankheitseinsicht und Compliance zu verzichten, Behandlungsvereinbarungen zu schließen, Behandlungskonferenzen mit den Patienten zu gestalten (offener Dialog: [www.offener-dialog.de](http://www.offener-dialog.de)) sowie ein sicheres Milieu zu gestalten (Safewards: [www.safewards.net/de](http://www.safewards.net/de)).
- ... des Erfassens von Zwangsmaßnahmen und der Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Kliniken.
- ... eine gewaltfreie Psychiatrie als Qualitätsindikator einzuführen und

Normalität statt Spezialisierung herzustellen.

Das hier hervorgehobene stationäre Setting versteht sich im Gesamtkontext der Tagung als Teilbereich. Die Evangelische Akademie Loccum wird die gesamten Ergebnisse in einem Tagungsband zusammenfassen und veröffentlichen.

Neben den geforderten Veränderungen und Entwicklungen in der stationären Versorgung wurden:

- ... notwendige Verbesserungen in der ambulanten Versorgung benannt, z. B. die Krisenhilfen in den Kommunen, insbesondere nachts und an Wochenenden.
- ... Angebote für Menschen, die eine Alternative zur gängigen psychiatrischen Behandlung suchen, diskutiert, z. B. Rückzugsräume und Weglaufhäuser.
- Die stärkere Vernetzung der Hilfsangebote durch den Aufbau von gemeindepsychiatrischen Zentren wurde – wie bereits auf der Tagung 2017 – als fortbestehendes Anliegen angesehen.
- Gefordert wurde die Schaffung multiprofessioneller Behandlungsteams, die psychisch kranke Menschen zu Hause aufsuchen und deren Aufgabe es sei, schnell und flexibel auf mögliche Krisen zu reagieren, damit Zwangseinweisungen möglichst vermieden werden können.

Geplant ist weiterhin, dass die gemeinsame Arbeit durch eine jährliche Tagung fortgesetzt wird und die Projektideen bei der Umsetzung begleitet und evaluiert werden.

Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen (LPP) kann unter [http://www.ms.niedersachsen.de/themen/gesundheit/psychiatrie\\_und\\_psychologische\\_hilfen/14025.html](http://www.ms.niedersachsen.de/themen/gesundheit/psychiatrie_und_psychologische_hilfen/14025.html) als PDF eingesehen werden.

Andreas Kretschmar

## Krisenintervention und Suizidalität im sozialpsychiatrischen Kontext

Dr. phil. Peter Orzessek bot am 2. Juni 2018 in den Räumen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen eine Fortbildung zum Umgang mit Krisen und Suizidalität an. 24 Psychotherapeuten fanden sich ein, um ihre Kompetenzen und Handlungsfähigkeit zu stärken.

Eingangs wurden mit den Teilnehmern grundlegende Fragen der Autonomie und Haltung zum Thema Suizidalität besprochen. Wie steht es um die Entscheidungsfreiheit von Menschen, auch in Bezug auf Suizid? Ist es vertretbar, in diese Entscheidung als Außenstehender einzugreifen? Welche eigenen Themen schwingen mit?

Anschließend wurden Begrifflichkeiten geklärt. Was unterscheidet eine Krise von einem Notfall? Was ist in welchem Fall vorrangig zu tun? Beide Fälle weichen von der alltäglichen Praxis ab, daher gilt es, auf die jeweiligen Implikationen vorbereitet zu sein, um kompetent handeln zu können. Anhand des Modells der fünf Phasen einer Intervention (Verbinden, Vorbereiten, Verstehen, Verändern, Verabschieden) nach Rupp wurden konkrete Möglichkeiten besprochen. Dieses Modell wurde im Laufe der Veranstaltung immer wieder aufgegriffen, um praktische Handlungskompetenzen zu vermitteln.

Im nächsten Part wurde das Thema Suizidalität näher beleuchtet. Dazu gehörte zum einen eine klare Einordnung der Begriffe suizidale Gedanken, Suizidabsichten, Suizidversuch und Suizid. Zum anderen aber natürlich auch die Vermittlung von epidemiologischen Kennzahlen, Methoden, Ätiologie sowie von Faktoren, die Suizidalität beeinflussen. Auch hier fand das Modell der fünf Phasen wieder Anwendung. So wurden unter dem Punkt „Verstehen“ Indikatoren für akute Suizidalität genannt, wie beispielsweise das Vorliegen konkreter Suizidpläne oder eine nicht stattfindende Distanzierung von Suizidideen. Ebenso wurde das Thema „Non-Suizid-Verträge“ in seiner praktischen Anwendung aufgegriffen und aktuelle Forschungsergebnisse zu wirksamen Suizidpräventionsmaßnahmen präsentiert. Dazu gehören unter anderem die psychotherapeutische Behandlung depressiver Störungen, aber auch die Einschränkung des Zuganges zu sogenannten „Suizid Hot Spots“, sowie zu Waffen und Medikamenten.

Neben den fachlichen, auf die individuelle Praxis bezogenen Inhalten wurde auch das Versorgungssystem in Deutschland in den Fokus genommen. Es wurde angeregt, sich mit den kommunalen Angeboten und rechtlichen

Rahmenbedingungen vertraut zu machen, sowie sich in Qualitätszirkeln und dem sozialpsychiatrischen Dienst zu engagieren.

Die Themen Suizidalität im Alter und eine Reflektion über die mediale Berichterstattung wurden in Exkursen behandelt. Abschließend wurden Ideen und Empfehlungen zur Selbstfürsorge in diesem auch für die Profession der Psychotherapeuten belastenden Feld erörtert. Dazu gehört im Rahmen der Intervention unter anderem, die eigenen Leistungsgrenzen zu akzeptieren und eine professionelle Distanz zu wahren. Aber auch abseits der akuten Intervention sollten Psychotherapeuten aktiv Gutes für sich tun und Psychohygiene betreiben.

Jörg Hermann & Daniel Nowik

### Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47  
30175 Hannover  
Tel.: 0511/850304 -30  
Fax: 0511/850304 -44  
info@pknds.de  
www.pknds.de

## Tag der Neuapprobierten am 7. Juli 2018 in Dortmund

Über 110 neuapprobierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten waren am 7. Juli 2018 zum „Tag der Neuapprobierten“ der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) in die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe in Dortmund gekommen. Themen des Tages waren praxisnahe Hinweise für den Berufsstart und Informationen über berufliche Perspektiven für Psychotherapeuten.

Kammerpräsident Gerd Höhner beglückwünschte die neuen Mitglieder der Kammer zu ihrer Approbation und dem Start in einen vielfältigen Beruf. „Unsere mittlerweile gut 11.000 Mitglieder erbringen 80 Prozent und mehr der psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten Bereich“, hielt er fest. „Das ist eine Dimension, auf die wir stolz sein können und die dazu beiträgt, dass wir im Gesundheitssystem und in der Öffentlichkeit als Leistungserbringer und Ansprechpartner präsent sind.“ In seiner Darstellung der PTK NRW als fachlicher und berufsrechtlicher Selbstorganisation des Berufsstandes beleuchtete Gerd Höhner unter anderem die Aufgaben der Kammer. Als Beispiele nannte er die Entwicklung und Einhaltung von Qualitätsstandards beispielsweise bei Fortbildungen, Supervisions- und Selbsterfahrungsangeboten und von – nicht zuletzt auch für die Außenwirkung von Psychotherapeuten bedeutsamen – berufsethischen Prinzipien. „Kern unserer Arbeit ist die Gestaltung einer Beziehung zu unseren Klienten. Wir müssen uns daher gut überlegen: Wie treten wir auf, was bieten wir an, was halten wir für angemessen?“ Dies spiele auch bei aktuellen Themen eine Rolle, etwa bei der Frage, inwieweit in der Psychotherapie internet- und mobilbasierte Interventionen zum Einsatz kommen können. „Derzeit sagen wir: Die Diagnose ist



Gerd Höhner

an den Kontakt zum Patienten gebunden. Doch das Thema Ferndiagnose ist auf dem Tisch – nicht zuletzt als eine Möglichkeit, die ärztliche Versorgung in den ländlichen Regionen zu verbessern. Auch die Kostenträger interessieren sich für entsprechende Überlegungen“, so Gerd Höhner. Aktuell gäbe es für diesen

Bereich nur wenige Regelungen, doch die Rechtsentwicklung sei in Bewegung. „Ich persönlich habe Bedenken, wenn der persönliche Kontakt zu einem Klienten infrage steht. Aber wir werden uns damit auseinandersetzen müssen, dass es hierzu auch andere Ansichten gibt – und uns überlegen müssen, was wir aus berufsethischen und Qualitätsgründen für möglich und vertretbar halten und wo wir Grenzen sehen.“

### Gesundheitspolitisches Engagement

Als ein weiteres anspruchsvolles gesundheitspolitisches Thema sprach Gerd Höhner die Bedarfsplanung an. Es sei schwierig zu bemessen, wie viele Behandlungsangebote tatsächlich notwendig seien. „In der Psychotherapie korreliert das Benutzerverhalten nicht mit wissenschaftlichen Faktoren. Die Entscheidung, sich Hilfe zu suchen, wird zuerst von den persönlichen Einschätzungen der Menschen gelenkt“, betonte er. Teilweise blieben Bedarfe auch schlichtweg unerkannt, etwa die psychischen Belastungen bei



Neuapprobierte Kammermitglieder

Langzeitarbeitslosen oder Probleme von Kindern und Jugendlichen. „Die Kammer setzt sich daher dafür ein, psychotherapeutische Kompetenzen in Bereiche wie die Jugendhilfe einzubringen und somit rechtzeitige Entscheidungen über notwendige Hilfen zu ermöglichen“, hielt er fest. Auch die Mitarbeit von Vorstandsmitgliedern in der Landesgesundheitskonferenz NRW (LGK NRW) ziele unter anderem darauf ab, psychotherapeutische Leistungen dort zu etablieren, wo sie fehlen. „Das sind zum Beispiel Angebote für Mitarbeiter in Pflege- und Altenheimen, wie sie mit den teilweise immensen psychischen Belastungen in ihrem Beruf umgehen können“, erklärte Gerd Höhner. „Ebenso mahnen wir an, dass ältere Menschen häufig mit Psychopharmaka überversorgt sind, obwohl wirksame nicht-medikamentöse und psychotherapeutische Interventionen zur Verfügung stehen.“ Um diese und weitere Anliegen der Profession für eine bessere psychotherapeutische Versorgung sichtbar zu machen, sei eine engagierte Lobbyarbeit unerlässlich. „Wir haben gute Argumente, um etwas zu bewegen – aber wir müssen auch Präsenz zeigen und bereit sein, Themen anzusprechen, über die gerne hinweggesehen wird“, erklärte der Kammerpräsident. „Das ist oft mühsam, aber erfreulicherweise zeigt unsere Beharrlichkeit durchaus Erfolge.“

### Zukunftsperspektiven

Abschließend stellte er die Aufgabe heraus, die Anwendungsfelder von Psychotherapie dem Bedarf entsprechend auszuweiten und zukünftige Berufsfelder für Psychotherapeuten zu erschließen. Dies sei auch bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung eine bedeutende Wegmarke. „Aktuell werden psychotherapeutische Mitbehandlungen beispielsweise bei Diabetes, Krebs und chronischen Schmerzen nachgefragt. Als Kammer reagieren wir auf diese große Nachfrage im Bereich chronischer Erkrankungen. Wir wollen passende Angebote entwickeln und damit gleichzeitig unseren Berufsstand im Versorgungssystem verankern“, sagte Gerd Höhner. Parallel dazu seien Qua-

lifikationsangebote für Psychotherapeuten zu entwickeln.

### Absicherung und Zulassung

Marc Wittmann, Justiziar des Versorgungswerks der PTK NRW, informierte die Neuapprobierten über ihre soziale Absicherung in ihrem Beruf. Er stellte die Aufgaben des berufsständigen Versorgungswerks vor, verankerte es im Gesamtsystem der Altersvorsorge und fasste die Voraussetzungen der Mitgliedschaft zusammen. Anhand konkreter Beispiele verdeutlichte er die Grundsätze von Beitragszahlungen, Leistungsarten und Rentenhöhen. Daniela Krajka von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe blickte auf die Zulassungsvoraussetzungen und die aktuellen Möglichkeiten für Psychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen sowie die Facetten der Berufsausübung in einer Angestelltentätigkeit oder in Kombination von Anstellung und Zulassung. Ebenso ausführlich erläuterte sie die Systematik halber Sitze und das Jobsharing-Modell.

### Digitalisierung

PTK NRW-Vorstandsmitglied Bernhard Moors stellte den aktuellen Stand und die Perspektiven der Digitalisierung im Gesundheitswesen dar. Mittlerweile gäbe es viele Beratungs- und Behandlungsangebote im Internet oder als App. Sie würden zur Selbsthilfe oder mit therapeutischer Unterstützung genutzt. Viele dieser Onlineprogramme bei verschiedenen psychischen Erkrankungen seien untersucht und erprobt und die Politik arbeite an den gesetzlichen Rahmenbedingungen für ihre Nutzung. Psychotherapeuten können sich dieser Entwicklung nicht verschließen und die PTK NRW habe sich positioniert, bei der Digitalisierung nicht außen vor zu bleiben, sagte Bernhard Moors den Neuapprobierten. Grundlegende Anliegen seien, die Qualität internetbasierter Behandlungsangebote zu sichern, die Entwicklung der Telematik-Infrastruktur zu unterstützen und den elektronischen Heilberufsausweis (HBA) voranzutreiben. Ebenso müssten Kriterien dafür geschaffen werden, welche Daten zur



Marc Wittmann



Daniela Krajka

psychischen Gesundheit in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden sollen und wie Psychotherapeuten darauf zugreifen können. Die Kammer vertrete hierbei den Standpunkt, dass Psychotherapeuten in die zukünftige Kommunikation zwischen Behandlern und Kliniken integriert sein müssen. Auch mit der Entwicklung von Informationsangeboten über psychische Gesundheit sollte sich der Berufsstand aktiv befassen, statt das Feld anderen Akteuren im Gesundheitswesen zu überlassen. Nicht zuletzt ginge es dar-



Bernhard Moors

um, sinnvolle Lösungen zu finden und Grenzen auszuloten.

### Berufstätigkeit in der Niederlassung

Informationen über die Berufstätigkeit als niedergelassener Psychotherapeut erhielten die Neuapprobieren von Vizepräsident Andreas Pichler. Er erläuterte die Grundzüge der selbstständigen Tätigkeit und beschrieb den niedergelassenen Psychotherapeuten in der Rolle des Unternehmers. Ratsam sei es, die niedergelassene Tätigkeit in ein Angebotsportfolio einzubinden, etwa durch eine zusätzliche Sachverständigentätigkeit, die Mitarbeit in der psychotherapeutischen Notfallversorgung oder die Gestaltung von Präventionsangeboten. Hinsichtlich der Niederlassung mit einer Privatpraxis stellte Andreas Pichler klar, dass der Begriff „Kostenerstattung“ nicht für ein Verfahren stehe, sondern die Patienten zwar einen Rechtsanspruch auf Kassenleistungen hätten, die Kostenträger aber jeweils im Einzelfall entscheiden würden. Deutlich wies er darauf hin, dass die Abrechnung in Kostenerstattung derzeit erschwert sei. Sollte entschieden werden, dass die Terminservicestellen ab Oktober 2018 neben Sprechstunde und Akutbehandlung auch probatorische Sitzungen vermitteln sollen, könne dies die Abrechnung weiter erschweren. Die PTK NRW



Andreas Pichler

habe schon früh angemahnt, dass die Vermittlung der Terminservicestellen nicht den bestehenden Mangel an Behandlungsplätzen behebe. Generell sei damit zu rechnen, dass Privatpraxen in Zukunft wieder vermehrt Psychotherapie in Kostenerstattung abrechnen könnten.

Wichtig war dem Vizepräsidenten der Hinweis, die Fragmentierung von Sitzen nicht zu selbstverständlich als Möglichkeit der Leistungsausweitung zu betrachten. Sollte es zu einer begrenzenden Honorarpolitik kommen, könnten insbesondere kleine Einheiten in finanziell schwieriges Fahrwasser geraten. Abschließend bekräftigte Andreas Pichler die Bestrebungen der Kammer, über die Ausweitung der Weiterbildungsordnung neue, ankündigungsfähige Tätigkeitsfelder zu erschließen. Mit einer Weiterbildung beispielsweise für eine spezielle Psychotherapie bei Diabetes sei zugleich die Grundlage für einen Antrag auf Sonderzulassung gegeben.

### Berufstätigkeit in Anstellung

Arbeitsfelder und Arbeitgeber für Psychotherapeuten in Anstellung skizzierte Vorstandsmitglied Mechthild Greive.

Als Pluspunkte beschrieb sie die Arbeit in einem multiprofessionellen Team, verlässliche Vergütungsstrukturen, die



Mechthild Greive

Bezahlung nach Tarifvertrag, arbeitsvertraglichen Richtlinien oder vergleichbaren Regelungen, bezahlten Urlaub, Urlaubstage und Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Als herausfordernd würde manch einer die Tätigkeit in Weisungsabhängigkeit und die Einbindung in eine Hierarchie empfinden. Allerdings gäbe es mittlerweile für Psychotherapeuten durchaus Chancen auf Führungspositionen und das Krankenhausgestaltungsgesetz ermögliche ihnen seit einiger Zeit, psychotherapeutische Abteilungen in Kliniken zu leiten. Grundsätzlich sei die Weiterentwicklung von Zukunftschancen für Psychotherapeuten im Angestelltenbereich ein wichtiges Thema auf der Agenda der PTK NRW, so Mechthild Greive.

Detailliert ging sie auf den Arbeitsplatz Krankenhaus, insbesondere auf Rehabilitationskliniken und somatische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern ein, etwa für die Bereiche klinische Neuropsychologie, Psychoonkologie oder spezielle Psychotherapie bei Diabetes. Manche Leistungen dort seien nur abrechnungsfähig, wenn psychotherapeutisch mitbehandelt werde. Dies gestalte den Bereich für Psychotherapeuten sehr attraktiv. Ein ebenso interessanter Arbeitsbereich mit vielfältigen Aufgaben seien Tätigkeiten in der Jugendhilfe, ob in Beratungsstellen, in Jugendämtern oder den Hilfen zur Erziehung. Abschließend

fasste Mechthild Greive die Aktivitäten der PTK NRW für angestellte Mitglieder zusammen. Dazu gehören Fort- und Weiterbildungen speziell für angestellte tätige Kammermitglieder, die Arbeit des Ausschusses „Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation“ sowie die Veranstaltungsreihe „Angestellte im Fokus“, in der als nächstes Thema „Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Kinder- und Jugendpsychotherapie“ avisiert ist.

## Beratung und Austausch

Zwischen den Vorträgen wandten sich viele Neuapprobierte an die Beratungsstände der PTK NRW, des Versorgungswerks und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und suchten das Gespräch mit Vorstandsmitgliedern der Kammer. Zum Ende eines informationsreichen Tages regte Kammerpräsident Gerd Höhner die Berufseinsteiger an, sich in lokalen gesundheitspolitischen

Initiativen und Gremien zu engagieren und dazu beizutragen, die Bedeutung und die Vielfalt psychotherapeutischer Angebote aufzuzeigen.

Die Präsentationen des Tages stehen in der Webnews zum „Tag der Neuapprobierten“ unter [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de) zum Download zur Verfügung.

## Regionalversammlung im Regierungsbezirk Arnsberg am 6. Juni 2018

Zentrale Themen auf der Agenda der 2. Regionalversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) für den Regierungsbezirk Arnsberg waren die Reform der Psychotherapeutenausbildung, die Anwendung von Internetangeboten in der Psychotherapie sowie die Versorgungsplanung allgemein und im Ruhrgebiet. Für die Veranstaltung in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe waren über 90 Kammermitglieder nach Dortmund gekommen.

Eingangs informierte Kammerpräsident Gerd Höhner über die geplante Reform der Psychotherapeutenausbildung. Erfreulich sei, dass es mittlerweile eine abgestimmte gemeinsame Linie mit dem Bundesministerium gäbe, die Bedenken der Bundesländer ausgeräumt seien und sich hinsichtlich der Finanzierung der Weiterbildung Ansätze herauskristalisieren würden. Teilweise heftig sei in den vergangenen Monaten der Vorschlag aus dem Bundesgesundheitsministerium diskutiert worden, einen Modellstudiengang „Psychopharmakotherapie“ einzurichten. „Es finden sich sowohl Argumente dafür als auch dagegen“, hielt Gerd Höhner fest. „Wir müssen sie jedoch mit ausreichend Zeit diskutieren. Schließlich geht es hierbei nicht zuletzt um die tiefere Identität.“

Über mediale Angebote in der Psychotherapie informierte PTK NRW-Vorstandsmitglied Hermann Schürmann. Er betonte, dass Psychotherapeuten anders als Ärzte gemäß ihrer Berufsordnung einen Patienten gesehen und im persönlichen Kontakt einen Befund erhoben haben müssen. Mit Blick auf den derzeit wachsenden Markt an Angeboten von Apps und Programmen sei zudem zu klären, was Beratung sei und wann die Grenze zur Behandlung überschritten werde. Da immer mehr Anbieter auf den Markt drängen würden, müsse sich die Profession dieser Themen annehmen. Auch die Bereitschaft von Patienten, auf diese Angebote zurückzugreifen, wenn sie nicht so schnell wie nötig einen Behandlungsplatz erhalten, erhöhe den Handlungsdruck.

## Wartezeiten im Ruhrgebiet

Das für den Sommer angekündigte „große Gutachten“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur ambulanten Versorgung nahm Kammerpräsident Gerd Höhner zum Anlass, die Versorgungssituation im Ruhrgebiet in den Fokus zu rücken. „Die bereits vorliegende Erhebung des IGES Instituts zeigt: Die Situation in der Region ist schlecht und die Versorgungsangebote dort müssen ausgeweitet werden. Die vom G-BA beschlossenen 85 neuen

Sitze werden aber keine wirkliche Verbesserung bringen, zumal am Ende sicher deutlich weniger als 85 echte neue Sitze dabei herauskommen werden.“ Die PTK NRW hatte mit Blick auf das Volumen von Psychotherapie in Kosten-erstattung rund 300 neue Sitze für das Ruhrgebiet gefordert.

Abschließend blickte er auf zentrale Erkenntnisse der Wartezeiten-Studie 2018 der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Neben weiterhin zu langen Wartezeiten, aber auch verbesserten Zugängen zur Psychotherapie für bestimmte Personengruppen, etwa Menschen mit chronischen Erkrankungen, zeige die Studie: Psychotherapeuten würden ihre Sprechstundenpflicht zu weit über 100 Prozent erfüllen. „Das ist eine enorm gute Quote, auf die wir stolz sein dürfen“, hielt Gerd Höhner fest. „Allerdings kann die Sprechstunde auch nur geleistet werden, weil dafür Behandlungszeit verwendet wird.“

## Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel.: 0211/52 28 47-0  
Fax: 0211/52 28 47-15  
[info@ptk-nrw.de](mailto:info@ptk-nrw.de)  
[www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de)

## „OPK vor Ort 2018“ im Oktober in den Bundesländern: Schwerpunkt Psychotherapie mit suizidalen Patienten – Hier alle Termine im Überblick

Wir sind in unserer psychotherapeutischen Arbeit immer wieder mit Suizidversuchen und Suizidalität unserer Patienten konfrontiert. Suizide sind bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Unfällen die häufigste Todesursache. Die Suizidrate steigt jedoch mit zunehmendem Alter. Von Suizidalität betroffen sind besonders auch Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Die Prävention, der Umgang mit Suizidalität und die Behandlung nach Suizidversuchen gehören mit zu den psychotherapeutischen Kernkompetenzen. Der Hauptvortrag der diesjährigen OPK vor Ort-Veranstaltungen beleuchtet verschiedene für die psychotherapeutische Praxis zentrale Aspekte von Suizidalität und stellt unabhängig von den verschiedenen Behandlungssettings psychotherapeutische Strategien und Techniken sowie rechtliche Aspekte vor. Dazu gehören neben Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung sowie Techniken und Abläufen der Krisenintervention die Beurteilung des aktuellen Suizidrisikos sowie die Behandlung suizidalen Erlebens und Verhaltens. Der Vorstand der OPK möchte auch 2018 wieder alle Kolleginnen und Kollegen herzlich zu den OPK vor Ort-Veranstaltungen einladen. Wie immer gibt es neben dem Fachvor-



(Foto: Fotolia/maho3)

trag auch die Möglichkeit, sich gemeinsam über aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Themen auszutauschen sowie vor Ort miteinander ins Gespräch zu kommen.

### Hier die Termine im Überblick:

■ Rostock: 15.10.2018  
Steigenberger Hotel Sonne, Neuer Markt 2

- Potsdam: 16.10.2018  
Schinkelhalle Potsdam, Schiffbauergasse 4i
- Erfurt: 19.10.2018  
Kaisersaal, Futterstraße 15/16
- Magdeburg: 23.10.2018  
Gesellschaftshaus, Schönebecker Str. 129
- Dresden: 24.10.2018  
art'otel Dresden, Ostra-Allee 33

## Die Wahl zur 4. Kammerversammlung rückt näher – Bis zum 6. Dezember 2018 können Sie wählen

Im Herbst können Sie als OPK-Mitglied wieder die Gelegenheit nutzen, über die Zusammensetzung in der Kammerversammlung aktiv mitzuentcheiden. Ende Oktober 2018 erhalten Sie hierfür

vom Wahlleiter alle Wahlunterlagen. Damit verbunden wird wieder eine Spezialausgabe versendet, in der sich alle Wahlkandidatinnen und -kandidaten vorstellen.

### Sie haben die Wahl.

Bis zum 6. Dezember 2018 um 18 Uhr müssen Sie Ihre Wahlunterlagen beim Wahlleiter eingereicht haben.

Adresse: OPK, Wahlleiter, Kickerlingsberg 16, 04105 Leipzig.

**Setzen Sie ein Zeichen für eine starke, unabhängige Selbstverwaltung.**

Mitte Dezember wird das Wahlergebnis bekanntgegeben. Alle weiteren wichtigen Termine, Informationen und Fakten rund um die 4. Kammerwahl finden Sie auf der Homepage unter:

[www.opk-info.de/kammerwahl-2018/](http://www.opk-info.de/kammerwahl-2018/)

## Wahl zur 4. Kammerversammlung der OPK



(Foto: Fotolia/Stockwerk-Fotodesign)

## Sachsen will Landeszentrale für psychosoziale Notfallversorgung – OPK war dazu im Vorfeld als beratende Institution im Sächsischen Landtag

In Sachsen wird künftig eine Landeszentralstelle für psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) eingerichtet, die in sogenannten Großschadenslagen, bspw. bei Terroranschlägen, Unfällen und schweren Unglücken, die (über-)regionale Vernetzungs- und Koordinierungsfunktion der psychosozialen Notfallversorgung übernimmt. In der Sitzung des Innenausschusses wurde im Juni einem entsprechenden Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen in wesentlichen Punkten zugestimmt.

„Die Krisenhelfer der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) leisten eine

unschätzbare Arbeit nach schweren Unglücken und Katastrophen. Deshalb unterstützen wir die Forderung des Fachverbandes für Notfallseelsorge und Krisenintervention Mitteldeutschland e. V., eine koordinierende Landeszentralstelle für die psychosoziale Notfallversorgung zu schaffen. Um keine Zeit zu verlieren, hat die Koalition einen aktuellen Antrag im Innenausschuss qualifiziert, der dann auch einstimmig angenommen wurde“, so Albrecht Pallas, innenpolitischer Sprecher der SPD-Fraktion im Sächsischen Landtag nach der Sitzung des Landtagsinnenausschusses.

„Eine bessere Koordinierung der Betreuung wird sowohl den Betroffenen als auch den Einsatzkräften zugutekommen. Wir folgen mit einer solchen Zentralstelle auch den Hinweisen und Forderungen der PSNV-Vertreter von unterschiedlichen Institutionen und Organisationen, die in unserer SPD-Blaulichtkonferenz ausführlich diskutiert worden sind“, so Pallas. „Damit wird auch das Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz an einer wichtigen Stelle ergänzt werden.“

Hintergrund: Der Innenausschuss stimmte im Juni einem Grünen-Antrag zur Einrichtung einer Landeszentralstelle für psychosoziale Notfallversorgung (Drs. 6/10478) und einem Änderungsantrag der Koalition zu. Im Änderungsantrag wird festgelegt, dass die Landeszentralstelle im Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz verankert wird.

„Bislang wird die psychosoziale Notfallversorgung in Sachsen von rund 380 Ehrenamtlichen und wenigen Hauptamtlichen in Zusammenarbeit mit den unteren Brandschutz-, Rettungsdienst- und Katastrophenschutzbehörden, also den kreisfreien Städten und den Landkreisen, sichergestellt. Allerdings geraten diese bewährten Strukturen gerade bei Ereignissen mit vielen Opfern an ihre Grenzen. Es bedarf daher einer koordinierenden Stelle, die insbesondere



(Foto: Fotolia/Arsel)

die ehrenamtlichen Notfallseelsorger entlastet, die behörden- und organisationsübergreifende Aktivitäten zusammenführt und abstimmt. Diese muss nicht zwingend im Innenministerium angesiedelt werden, sondern kann auch auf bestehenden Strukturen aufbauen“, erklärte Valentin Lippmann, innenpolitischer Sprecher der Grünen-Fraktion.

Die OPK hatte dazu im Vorfeld an einer Anhörung im Sächsischen Landtag als beratende Institution teilgenommen und langjährige Erfahrungen aus anderen Bundesländern, wie z. B. aus Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern, dargelegt und verdeutlicht. Dieses Ergebnis konnte dadurch erreicht werden, dass die Akteure aus den ehrenamtli-

chen Bereichen sich konstatiert zusammengesprochen und den notwendigen Druck zum Handeln in die Politik getragen haben.

## Aus Ihren Informationen an uns wird die Politik der OPK! Einladung zu kollegialen Gesprächen in den Bundesländern

Die Versorgungssituation von psychisch kranken Menschen in ländlichen Gebieten steht häufig vor besonderen Herausforderungen. Schlechter öffentlicher Nahverkehr, Ausdünnung der ärztlichen Versorgung oder Rückzug aus öffentlichen Aufgaben durch den Staat sind nur einige wenige Stichpunkte, welche einen Einblick in die vielen Problematiken der ländlichen Regionen geben. Besonders betroffen davon sind Menschen mit psychischen Erkrankungen, welche auf ein gutes Hilfesystem angewiesen sind.

Um einen besseren Einblick in den täglichen Versorgungsalltag zu bekommen, fand am 29. Juni 2018 eine Mitgliederveranstaltung in Plauen/Vogtlandkreis mit angestellten und niedergelassenen Kollegen statt. Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Frage, wie hoch der Bedarf an

Psychotherapeuten ist, um eine bessere Versorgung für psychisch kranke Menschen zu erreichen. Diskutiert wurden dabei u. a. die Auswirkungen der Veränderungen in der Richtlinienpsychotherapie 2017, aber auch, welche Befugnisse zusätzlich notwendig sind, um eine optimalere Versorgung zu erreichen.

Offensichtlich wurde auch, welche praktischen Auswirkungen der Mangel an Haus- und Kinderärzten in der Region hat. So gibt es Patienten, die keine Psychotherapie beginnen können, da sie keinen Hausarzt haben, der ihnen den Konsiliarbericht ausstellt. Ähnliches gibt es aus dem Kinder- und Jugendlichenbereich zu berichten. Die Zusammenarbeit mit Jugend- oder Sozialamt etc. gestaltet sich oft schwierig, da dort häufig nicht ausreichend Mitarbeiter zur Verfügung stehen.

Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer bedankt sich für die zahlreichen Anregungen und die vertiefende Diskussion zu den Problemlagen der Kollegen. Die Informationen geben der OPK die Möglichkeit, die anstehenden politischen Prozesse mitzugestalten. Auch in den nächsten Monaten wird die OPK ihre Mitglieder zu kollegialen Treffen und zum Erfahrungsaustausch einladen.

### Geschäftsstelle

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

## Dringend nötig: Mehr Psychotherapie in der Psychiatrie Angeregte Gespräche beim gesundheitspolitischen Abend der LPK RLP



v. l. n. r.: Jürgen Mazat, Andreas Gilcher, Dr. Gerald Gaß, Dr. Christina Tophoven, Dr. Julia Schwaben und Dr. Andrea Benecke

Am 21. Juni 2018 kamen auf Einladung der LPK RLP verschiedene gesundheitspolitische Akteure im Erbacher Hof in Mainz zusammen, um sich über das Thema „Mehr Psychotherapie in der Psychiatrie“ auszutauschen. Im Rahmen der jährlichen Veranstaltung „LPK trifft Gesundheitspolitik“ wurde über die leitliniengerechte stationäre Versorgung von psychisch Kranken in Rheinland-Pfalz gesprochen.

Gesundheitspolitiker der verschiedenen Landtagsfraktionen, Leiter von Kliniken, Vertreter der Krankenkassen und der anderen Heilberufekammern waren der Einladung gefolgt und wurden von Frau Dr. **Andrea Benecke**, Vizepräsidentin der LPK RLP, und Frau Dr. **Julia Schwaben**, Referatsleiterin Psychiatrie und Maßregelvollzug im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz begrüßt. Es referierten unter anderem Herr Dr.

**Gerald Gaß**, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Geschäftsführer des Landeskrankenhauses sowie die Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Frau Dr. **Christina Tophoven**. **Andreas Gilcher**, Leitender Psychologe der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, unterstrich mit seinen Eindrücken aus der Praxis die Dringlichkeit der Reform. Die Patientensicht wurde von **Jürgen Mazat** repräsentiert, der die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen leitet.

Die Vorträge machten deutlich, dass momentan in den meisten Psychiatrien viel zu wenig Psychotherapie stattfindet, obwohl die Wirksamkeit von Psychotherapie bei allen psychischen Erkrankungen mittlerweile wissenschaftlich belegt ist. Da verbindliche, an den wissenschaftlichen Leitlinien orientierte Personalvorgaben fehlen, sind

in den Psychiatrien zu wenige Psychotherapeuten beschäftigt, um den tatsächlichen Bedarf an Psychotherapie zu decken. Eine Auswertung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Deutschland aus dem Jahr 2016 zeigte, dass selbst die längst veralteten Anforderungen der *Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)* aus dem Jahr 1991 nur von 75 % der Kliniken und Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie und 73 % derjenigen für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfüllt werden. Stationär aufgenommenen psychisch kranken Patienten kann also häufig nicht den wissenschaftlichen Standards entsprechend geholfen werden. Um diesen Missstand zu beheben, wurde der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von der Bundesregierung durch das im November 2016 beschlossene *Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)* damit beauftragt, verbindliche, leitliniengerechte Mindestvorgaben für die Personalausstattung in Kliniken für psychisch kranke Menschen festzulegen. Frau Dr. Tophoven forderte den G-BA auf, unbedingt die dafür vom Gesetzgeber vorgegebene Frist bis zum 30. September 2019 einzuhalten. Die Referenten waren sich einig, dass dringend mehr Psychotherapie in der Psychiatrie benötigt wird. Die Vorgaben des Gesetzgebers seien ein klarer Wegweiser für den G-BA: Dass die neuen Personalvorgaben evidenzbasiert und leitlinienorientiert sein sollen, sei der richtige Weg.

Mit vielen angeregten Gesprächen bei Buffet, Getränken und Musik klang der Abend aus. Weitere Informationen und Fotos finden Sie im Bereich „Aktuelle Informationen der LPK RLP“ auf [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de).

## Wie kann Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gelingen?

Am 14. Mai 2018 besuchte die Landtagsabgeordnete **Katharina Binz**, gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, die Geschäftsstelle der LPK RLP. Thema des Gesprächs mit dem damaligen LPK-Präsident **Peter Brettle**, LPK-Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke** und LPK-Vorstandsmitglied **Peter Andreas Staub** war die Stigmatisierung und Be-



v. l. n. r.: Peter Brettle, Katharina Binz, Peter Andreas Staub, Dr. Andrea Benecke

nachteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es wurden verschiedene Bereiche identifiziert, in denen Benachteiligungen stattfinden und nach Lösungsansätzen zur Entstigmatisierung gesucht, die auf Landesebene umsetzbar sind. In dem konstruktiven Gespräch wurde ein weiteres gemeinsames Vorgehen beschlossen.

## LPK RLP zu Gast beim neuen Staatssekretär im MSAGD



v. l. n. r.: Peter Andreas Staub, Petra Regelin, Dr. Alexander Wilhelm und Dr. Andrea Benecke

Am 25. Juni 2018 waren LPK-Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke**, LPK-Vorstandsmitglied **Peter Andreas Staub** und LPK-Geschäftsführerin **Petra Regelin** zu Gast bei **Dr. Alexander Wilhelm**, dem Staatssekretär des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD). Nachdem Herr Dr. Wilhelm am 1. Mai 2018 die Nachfolge von **Herrn David Langner** angetreten hatte, war ein Treffen mit der LPK zum gegenseitigen Kennenlernen vereinbart worden. Themen des

Gespräches waren unter anderem die dringend nötige Reform der Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung sowie die Weigerung vieler Krankenkassen, psychisch erkrankten Patienten die ihnen gesetzlich zustehende Kostenerstattung für Psychotherapie zu bewilligen.

Die LPK RLP schätzt sich glücklich über die gute Zusammenarbeit mit dem MSAGD.

## Gespräch zur Integration von Psychotherapeuten in Psychosoziale Notfallversorgung des Katastrophenschutzes

Am 12. Juni 2018 hat das rheinland-pfälzische Innenministerium die kommunalen Spitzenverbände in RLP (Landkreistag, Städtetag, Gemeinde- und Städtebund), die AG der Hilfsorganisationen im Katastrophenschutz, den Landesfeuerwehrverband, das Kommissariat der Bischöfe in RLP, den Be-

auftragten der Evangelischen Kirchen und die LPK RLP zu einem Gespräch eingeladen. Thema war die Integration von Psychotherapeuten in die Psychosoziale Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz. Die LPK RLP war vertreten durch Vorstandsmitglied **Sabine Maur**, den Vorstandsbeauftragten für Notfallpsy-

chotherapie **Matthias Heidt** und die Geschäftsführerin **Petra Regelin**. Ein von der LPK RLP entwickeltes Konzept wurde vorgestellt und stieß auf positive Resonanz. Es wurde vereinbart, dass die Psychotherapeuten integriert werden und dass die Kammer eine koordinierende Funktion übernimmt.

Der Vorstand der LPK RLP hat bei der Vertreterversammlung am 14. April 2018 einen ausführlichen **Bericht über die Tätigkeit der Kammer** seit dem 29. Oktober 2017 vorgelegt. Den Bericht finden Sie im Bereich „Aktuelles“ unter „Aktuelle Informationen der LPK RLP“ auf unserer Homepage [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de).

## Geschäftsführer der IKK Südwest zu Gast in der LPK-Geschäftsstelle

Herr **Dr. Lutz Hager**, Geschäftsführer der IKK Südwest, hat am 5. Juli 2018 die Geschäftsstelle der LPK RLP besucht. Thema des Gesprächs mit LPK-Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke**, Vorstandsmitglied **Sabine Maur** und Geschäftsführerin **Petra Regelin** war die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Rheinland-Pfalz. Im Fokus standen besonders die Bereiche Familie, Kinder und Digitalisierung, die in der psychotherapeutischen Versorgung in Zukunft immer mehr Bedeutung gewinnen werden.

Es wurde vereinbart, sich künftig regelmäßig zu Gesprächen zu treffen.



v. l. n. r.: Petra Regelin, Dr. Lutz Hager, Sabine Maur und Dr. Andrea Benecke

### Save the date!

Die LPK RLP lädt Sie herzlich ein zum **4. Tag der Angestellten**, der am **Freitag, den 9. November 2018** von 10:30 bis 16:00 Uhr im Erbacher Hof in Mainz stattfindet. Thema werden psychische Erkrankungen in verschiedenen Lebensphasen sein. Nach dem Hauptvortrag sind drei Workshops zu Psychotherapie in der Jugendhilfe, im Kontext von Migration und mit älteren Patienten geplant. Weitere Informationen und das Anmeldeformular finden Sie im Bereich „Aktuelles“ unter „Veranstaltungen“ auf unserer Homepage [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de).

## Workshops: Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation



© Rawpixel/Shutterstock.com

Flucht und Migration verändern die Welt und führen zu neuen Herausforderungen in der Gesellschaft und im Berufsalltag. Menschen mit ganz unterschiedlicher kultureller Prägung treffen aufeinander. Da kann es schnell zu Irritationen, Missverständnissen oder gar Konflikten kommen.

Gerade im sensiblen Arbeitsfeld der Heilberufe ist es wichtig, kulturelle Aspekte zu erkennen, um eine bestmögliche Behandlung der Patienten zu gewährleisten und Entlastung in der eigenen Berufspraxis zu schaffen. Interkulturelle Kompetenz wird somit zur Schlüsselqualifikation.

Die LPK RLP lädt Sie gemeinsam mit dem Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz und der Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz herzlich zu zwei interessanten Workshops zum Thema **„Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselfaktor im Gesundheitswesen“** ein.

Die Workshops finden – inhaltlich gleich – jeweils von 10:00 bis 17:00 Uhr an folgenden Veranstaltungsorten statt: **Donnerstag, 8. November 2018: Ludwigshafen** (Domino-Zentrum, Kaiser-Wilhelm-Str. 21, 67059 Ludwigshafen) und **Dienstag, 11. Dezember 2018: Koblenz** (Landesbibliothekszentrum RLP, Bahnhofplatz 14, 56068 Koblenz).

Die Teilnahme ist kostenlos und wird mit 9 Fortbildungspunkten zertifiziert. Weitere Informationen sowie das Anmeldeformular finden Sie auf unserer Homepage [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de) im Bereich „Info-Portal“ unter „Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen“.

## Bekanntmachung der Änderung der Beitragsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Die Vertreterversammlung hat in der Sitzung vom 14. April 2018 die Änderung der Beitragsordnung der Landespsychotherapeutenkammer RLP beschlossen. Diese ist vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 28. Mai 2018 mit Az.: 632-01-723-5.4 genehmigt worden.

Die Beitragsordnung wird mit Veröffentlichung ab dem 01.01.2019 gemäß § 1 Abs. 5 S. 2, 3 der Hauptsatzung der Landespsychotherapeutenkammer RLP wirksam. Sie wird vorab für alle Mitglieder auf der Internetseite der LPK RLP bereitgestellt.

## Bekanntmachung zum Datenschutz

Auch die LPK RLP setzt aktuell die Änderungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) um. Elementarer Grundsatz dieser Verordnung ist es, vor dem Hintergrund der allgemeinen Digitalisierung durch Informationen an die Betroffenen Transparenz und Sicherheit im Umgang mit Daten zu schaffen. Das betrifft natürlich auch die LPK RLP, der es wichtig ist, ihre Mitglieder umfassend zu informieren. Die Informationen zu den von uns verarbeiteten Daten im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft finden Sie auf unserer Homepage [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de) im Bereich „Psychotherapeuten“ unter „Datenschutz“/„Hinweise zur Verarbeitung der Mitgliedsdaten“.

## Die LPK RLP gratuliert Ihren Mitgliedern zum runden Geburtstag

Die LPK RLP wünscht ihren Mitgliedern zum runden Geburtstag alles Gute und freut sich mit den Jubilaren! Die Kammer gratuliert herzlich:

### Zum 50. Geburtstag

Dr. Tamara Anbeh, Guido Brockmann, Lara Corluca, Hortense Demant, Susanne Grab-Gand, Bodo Gräf, Christiane Haag-Olbrich, Yvonne Engel, Kirsten Erdtmann, Silke Knuth, Markus Liebrich, Claudia Melcher, Irena Mitovantewig, Alyson Noonan, Karin Poser, Marcus Rautenberg, Vera Schrinner, Annette Ulrich-Tiedemann, Marcus Wendhut, Andrea Wendt

### Zum 60. Geburtstag

Knut Bayer, Ulrike Beck, Sonja Beck, Andrea Binder, Stefan Christmann, Lisa Feils-Endres, Ulrike Gehrman, Ulrich Gerth, Elizabeta Heres, Marianne Krickl-Rügäuf, Bernhard Kulzer, Regina Leichsenring, Sigrid Liebenspacher-Helm, Monika Peperkorn, Martin Phiebler, Christine Pop, Kalika Schlumberger, Ulrike Schmitt-Klein, Dr. Gabriele Stephan-Hembach, Thomas Vogel, Christina Waldung, Jochen Wahl, Dr. Christiane Wempe



© Ruth Black/Shutterstock.com

### Zum 70. Geburtstag

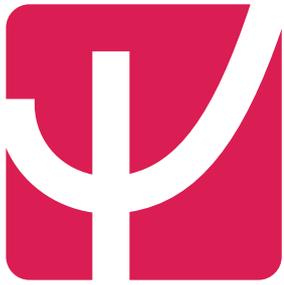
Marianne Bergmann-Stübinger, Dr. Heide Budde, Brigitte Duck, Dr. Gerd Jäger, Renate Lipke-Fischer, Dr. Elmar Mans, Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke, Eva-Maria Walter, Barbara Würkert

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).

### 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

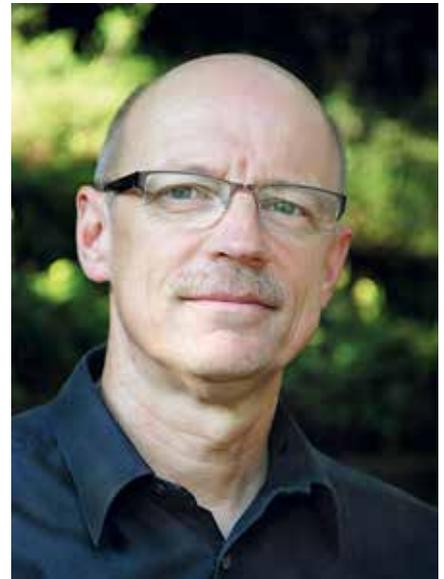
## 4. Saarländischer Psychotherapeutentag (SPT)

### Psychotherapie im Alter

Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes lädt am 13. Oktober zum 4. SPT ein. Das Thema „Psychotherapie im Alter“ haben wir gewählt, da Versorgungsbedarf und Versorgungsrealität in der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen derzeit weit auseinanderklaffen. Angesichts des demografischen Wandels kann sich diese Situation

noch verschärfen, wenn Zugangshürden aufseiten der Patienten wie aufseiten der Behandler nicht deutlicher abgebaut werden.

Zudem bedarf es dringend erweiterter und auf das höhere Lebensalter angepasster Behandlungskonzepte, um den besonderen Bedürfnissen und reichen Erfahrungen älterer Menschen gerecht werden zu können. Studien über Erfahrungen von Psychotherapeuten, die häufiger mit älteren Patienten arbeiten, weisen hier sowohl auf positive Behandlungseffekte hin als auch auf hohe Zufriedenheitswerte der Psychotherapeuten in der Arbeit mit den älteren Patienten.



*Bernhard Morsch*

konnte, möchte ich mich für die vielen konstruktiven Gespräche und die erhaltene Unterstützung aufrichtig bedanken. Ich freue mich, wenn Sie Zeit zur Teilnahme an unserem Psychotherapeutentag finden und sehe Gesprächen mit mittlerweile vertrauten Weggefährten gerne entgegen. Zur besseren Planung bitten wir um baldige Anmeldung.

Herzlichst, Ihr Bernhard Morsch,  
Präsident PKS



4. SAARLÄNDISCHER  
PSYCHOTHEAPEUTENTAG  
PSYCHOTHEAPIE  
IM ALTER

SAMSTAG  
13. OKTOBER 2018  
IHK SAARBRÜCKEN



### Verabschiedung Präsident

Im Rahmen des Psychotherapeutentages findet auch meine Verabschiedung aus dem Amt als Kammerpräsident statt, zu der ich alle Interessierten herzlich einlade. Schon jetzt möchte ich mich an dieser Stelle für die gute und fruchtbare Zusammenarbeit bei den bisherigen und amtierenden Vorstandsmitgliedern der Bundespsychotherapeutenkammer und der Landespsychotherapeutenkammern herzlich bedanken. Ich habe die knapp fünfzehnjährige Zusammenarbeit mit Ihnen und insbesondere auch mit den Mitarbeitern der Bundes- und Landesgeschäftsstellen stets als konstruktiv und bereichernd erlebt. Auch bei vielen ehemaligen und amtierenden Delegierten der BPtK und dem Länderrat sowie Mitgliedern von Ausschüssen und Kommissionen, in denen ich mit aktiv sein

## Zur Umsetzung des BTHG im Saarland – Eine Zwischenbilanz

**„Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht.“ (Vaclav Havel)**

Mit diesem Zitat wird der Jahresbericht des Landesamtes für Soziales 2016 eingeleitet.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist ein Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Es soll mit umfangreichen Rechtsänderungen dazu beitragen, Menschen mit Behinderungen eine möglichst umfassende und wirksame Teilhabe und eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Im Saarland sind über 1.200 Menschen von einer seelischen Behinderung betroffen und erhalten ambulante Eingliederungshilfen. Viele von ihnen sind regelmäßig in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung sowie in stationären und teilstationären psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Settings. Damit ist unsere Berufsgruppe an vielen Stellen involviert und gefragt, sowohl wenn es um Diagnostik und Ermittlung von Hilfebedarfen als auch wenn es um die Vernetzung und Brückenbildung in unserem komplexen, stark zergliederten und schwer durchschaubaren Hilfesystem geht.

Nach der Verabschiedung des BTHG im Dezember 2016 traten zahlreiche bedeutende Veränderungen bezüglich der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen in Kraft. So werden z. B. für die Betroffenen schrittweise die Vermögensfreibeträge angehoben. Damit ist Armut nicht länger zwingende Voraussetzung, um Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten zu können. Die Umsetzung des BTHG erfolgt in mehreren Stufen – 2017, 2018, 2020 und 2023. Bereits seit dem 1. Januar 2017 ist für Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen, das sogenannte „Schonvermögen“ in der Regel um 25.000 € auf jetzt 27.600 € erhöht.

Nun ist es an den Bundesländern, u. a. Regelungen zum Budget für Arbeit, zu

Rahmenverträgen und Leistungsvereinbarungen, zu den Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderungen und zu den Trägern der Eingliederungshilfe zu erarbeiten. Letzteres wurde im Saarland bereits festgelegt: Träger der Eingliederungshilfe bleibt das Saarland. Die Aufgaben des Trägers der Eingliederungshilfe werden durch das Landesamt für Soziales (LAS) wahrgenommen. Die Interessenvertretung der Menschen mit Behinderung wird im Saarland durch den Landesbehinderntenbeirat wahrgenommen.

Es ist außerdem Aufgabe von Leistungsträgern und Leistungserbringern, die komplexen Neuregelungen in die Praxis umzusetzen. Die Ebene der Bundesländer ist dabei in zentralen Bereichen maßgeblich.

### Neudefinition des Behinderungsbegriffes

Bundesweit von großer Bedeutung ist die in § 2 Abs. 1 des ersten Kapitels des BTHG festgehaltene Neudefinition des Behinderungsbegriffes, die sich an die UN-Behindertenrechtskonvention anlehnt:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“

Hier wird zugleich eine weitere Neuerung, nämlich die Orientierung an der von der WHO entwickelten „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) deutlich: Nicht länger stehen ausschließlich die (auf Grundlage der ICD erstellten) Diagnosen im Mittelpunkt der Betrachtungen, sondern ebenso deren Auswirkungen. Nach diesem Verständnis entstehen Behinderungen in der Wechselwirkung zwischen gesundheitlichen Einschränkungen oder

Funktionsstörungen und umwelt- oder einstellungsbedingten Barrieren, die die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe verhindern. Während die ICF-Orientierung seit Langem etabliert ist, wenn es um Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen geht, bedeutet sie für den Bereich der Eingliederungshilfe eine enorme Umstellung in zentralen inhaltlichen Punkten und im Verfahren.

### Gesamtplanverfahren und Teilhabeplanung

Jedes Bundesland erarbeitet derzeit ein Gesamtplanverfahren und ein einheitliches Teilhabeverfahren, die bestimmten Kriterien zu entsprechen haben. Neue Verfahren zur Feststellung der Teilhabedarfe von Menschen mit Behinderungen sollen

- transparent,
- trägerübergreifend,
- interdisziplinär,
- konsensorientiert,
- individuell,
- lebensweltbezogen,
- sozialraumorientiert und
- zielorientiert sein.

Der Gesamtplan muss zudem „die Maßstäbe und Kriterien der Wirkungskontrolle einschließlich des Überprüfungszeitpunkts“ enthalten (§ 121 Abs. 4 Nr. 1 SGB IX). Auch das ist ein Novum, insbesondere die Frage nach der Wirkungskontrolle, deren Beantwortung durchaus anspruchsvoll ist.

Außerdem soll ein ICF-orientiertes Instrument zur Ermittlung des Teilhabedarfes für alle Behinderungsarten erarbeitet werden, das die folgenden neun Lebensbereiche erfasst:

1. Lernen und Wissensanwendung
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

3. Kommunikation
4. Mobilität
5. Selbstversorgung
6. Häusliches Leben
7. Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
8. Bedeutsame Lebensbereiche
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

### Wirksamkeitskontrollen

Neben den inhaltlich-strukturellen Vorgaben wird außerdem in einem anderen wichtigen Bereich Neuland betreten, nämlich im Bereich der Wirksamkeitskontrollen. Im Saarland, wie auch in anderen Bundesländern, war es bislang weder üblich, dass der Kostenträger eine schriftlich verfasste und systematische Gesamtplanung vorgenommen hat, noch wurden die Teilhabeleistungen einer kriterienorientierten und systematischen Wirksamkeitskontrolle unterzogen. Letzteres ist umso erstaunlicher, wenn man bedenkt, dass die Aufwendungen 2016 im Saarland alleine für die Gruppe der Menschen mit einer seelischen Behinderung bei 33,2 Mio. € lagen; in 2011 betrugten sie für diese Gruppe noch 24,3 Mio. €.<sup>1</sup>

Um feststellen zu können, ob mit den Teilhabeleistungen auch die gewünschte Wirkung erzielt wird, empfiehlt die BAGüS (das ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der 23 überörtlichen Sozialhilfeträger in Deutschland) folgende Kriterien:<sup>2</sup>

- die Beteiligung des Leistungsberechtigten am Teilhabeprozess,
- die Erreichung der vereinbarten Ziele und die Geeignetheit der Maßnahmen,
- die Ausrichtung der Leistungserbringung auf die Lebenswelt und den Sozialraum,
- die Zufriedenheit des Leistungsberechtigten,

- die Wirtschaftlichkeit der Leistungsgewährung und -erbringung,
- die interdisziplinäre und trägerübergreifende Zusammenarbeit.

In Kapitel 7 „Gesamtplanung“ des BTHG heißt es in § 121 Abs. 2: „Der Gesamtplan dient der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses. Er bedarf der Schriftform und soll regelmäßig, spätestens nach zwei Jahren, überprüft und fortgeschrieben werden.“

### Verbesserung durch Einsparungen?

Die Veränderungen im Vergleich zum bisherigen System und zur gängigen Praxis im Saarland sind also weitreichend, komplex und bedeutsam. Wenn man außerdem bedenkt, dass im gesamten Bereich der Eingliederungshilfe die Zahl der Leistungsberechtigten und somit auch die Ausgaben kontinuierlich steigen, so wird ein Grundkonflikt in der Konstruktion und Umsetzung des BTHG sofort klar: den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention zu genügen, die Teilhabechancen insgesamt zu verbessern, Möglichkeiten zur Selbstbestimmung, zur Individualisierung und zur Deinstitutionalisierung einzuräumen und zugleich die vielfach beklagte Ausgabendynamik zu stoppen. Wie soll das zusammen gehen? Welche Motive, welche politischen Ziele stehen bei konkreten Umsetzungsschritten im Vordergrund? Alle Umsetzungsschritte auf Bundes- wie auch auf Landesebene sind vor dem Hintergrund des Spannungsfeldes zwischen Leistungsrecht und Ressourcenausstattung, zwischen der Stärkung der Wohn- und Lebensqualität von Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen und angemessenen Rahmenbedingungen für Leistungserbringer zu sehen und zu bewerten.

Ob es gelingen kann, beides zu realisieren, Qualitätsverbesserungen und Einsparungen zugleich auf den Weg zu bringen, ob diese auf den ersten Blick

unvereinbaren Zielsetzungen gleichermaßen erreicht werden können, bleibt abzuwarten.

### Zahlen und Fakten zur Situation und Entwicklung der Eingliederungshilfe<sup>3</sup>

- In Deutschland bezogen 2016 rund 404.000 Menschen ambulante oder stationäre Eingliederungshilfen.
- Dabei sind fast zwei Drittel der Menschen im stationären Setting Personen mit einer geistigen Behinderung, während im ambulanten Setting etwa 70 % der Betroffenen eine seelische Behinderung haben.
- Bundesweit stieg der Anteil der Leistungsberechtigten mit ambulanter Unterstützung an der Gesamtzahl der Empfänger von Wohnleistungen (nur Erwachsene, ohne Kinder/Jugendliche) in den letzten Jahren kontinuierlich an und erreichte in 2016 einen Wert von 48,3 %. Die sogenannte „Ambulantisierungsquote“ stieg dadurch im Vergleich zum Vorjahr um einen Prozentpunkt.
- Insgesamt steigen die Fallzahlen seit Jahren kontinuierlich an, bundesweit wie auch im Saarland. Der Anstieg hat sich jedoch in den vergangenen Jahren etwas verlangsamt.

Irmgard Jochum,  
Vorstandsmitglied PKS

Eine sehr gute Sammlung von Informationen und Links zum Bundesteilhabegesetz findet man unter: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de>.

<sup>1</sup> Jahresbericht 2016 – Zahlen, Daten und Informationen über das Landesamt für Soziales: [https://www.saarland.de/dokumente/dienststelle\\_LAS/LAS\\_Jahresbericht\\_2016.pdf](https://www.saarland.de/dokumente/dienststelle_LAS/LAS_Jahresbericht_2016.pdf)

<sup>2</sup> Orientierungshilfe zur Gesamtplanung §§ 117 ff. SGB IX/§§ 141 ff. SGB XII der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe – BAGüS (Februar 2018): [www.bagues.de](http://www.bagues.de)

<sup>3</sup> Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bericht 2016: <https://www.bagues.de/de/veroeffentlichungen/kennzahlenvergleiche/>

## Sind Migranten und Flüchtlinge psychotherapeutische Patienten zweiter Klasse?

### Eine Pressekonferenz in der PKS mit großer Resonanz

Geflüchtete Menschen, die nach Deutschland kommen, haben häufig vor und während der Flucht ein enormes Ausmaß an Gewalt und lebensbedrohlichen Situationen erfahren oder sie wurden Zeugen von traumatisierenden Ereignissen. Diese Erlebnisse wiegen bei vielen so schwer, dass sie zu psychischen und körperlichen Krankheiten führen. Doch passende psychotherapeutische Behandlungsangebote für sie gibt es kaum. Dies haben die bisherigen Initiativen der Psychotherapeutenkammern und Ärztekammern auf Landes- und auf Bundesebene noch nicht geändert. Gesetzliche Regelungen wie die Ermächtigung von Psychotherapeuten zur Behandlung Geflüchteter greifen nur bei einem sehr speziellen Personenkreis.

Aber auch in der Versorgung der hier schon lange in Deutschland lebenden Migranten gibt es Probleme. Nach dem Ausländerbericht der Bundesregierung von 2015 spricht jeder fünfte Migrant nicht ausreichend Deutsch, um von einer Behandlung zu profitieren. Auch hier im Saarland ist die Versorgungslage angesichts der bereits ohnehin langen Wartezeiten schwierig.

Deshalb luden die Psychotherapeutenkammer, die Arbeitskammer und der Verein BARIS Leben und Lernen e. V. am 22. Mai 2018 zu einer Pressekonferenz in die Geschäftsstelle der PKS ein, um auf die Probleme aufmerksam zu machen.

Auf dem Podium vertreten waren Dr. med. Eckart Rolshoven, Vorstandsmitglied der Ärztekammer des Saarlandes, Psychologische Psychothera-

peutin Ingrid Scholz von BARIS Leben und Lernen e. V. und Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Susanne Münnich-Hessel, Vorstandsmitglied und Migrations- und Flüchtlingsbeauftragte der PKS. Der Pressesprecher der saarländischen Arbeitskammer Martin Busche moderierte die Konferenz.

Das Thema stieß auf großes öffentliches Medieninteresse. Der saarländische Rundfunk, die Saarbrücker Zeitung sowie der Evangelische Pressedienst waren vertreten und stellten Fragen zum Hintergrund der Probleme in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten und Geflüchteten.

Große Sorge bereitet dabei Ingrid Scholz, die schon jahrelang Migranten und Geflüchtete betreut, die Tatsache, dass es zu wenige muttersprachliche Psychotherapeuten gibt, und die mangelnde Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlern. Gerade in einer Psychotherapie ist sprachliche Kommunikation besonders wichtig. Es wurde deutlich, dass die psychotherapeutische Versorgung von Migranten und Flüchtlingen schon länger besorgniserregend ist, auch unabhängig von der Flüchtlingswelle im Jahr 2015. Herr Dr. Rolshoven betonte, dass die Flüchtlinge und Migranten jedoch nicht als Patienten zweiter Klasse behandelt werden. Ein großes Problem sei aber die mangelnde Sprachkompetenz. So sei schon die gesetzlich verpflichtende Aufklärung der Patienten vor einer Behandlung nicht optimal gewährleistet. Susanne Münnich-Hessel erläuterte den Zuhörern die dringende Notwendigkeit niedrigschwelliger psychotherapeutischer Angebote, wie sie vom Psychosozialen Zentrum des Deutschen Roten Kreuzes

angeboten werden. Nur dann sei auch ein Screening und die Vermittlung Geflüchteter in die Regelversorgung möglich. Projekte wie HELP für geflüchtete Kinder und Jugendliche und HOPE zur Psychoedukation traumatisierter geflüchteter Erwachsener wurden aber durch das DRK mangels ausreichender Finanzierung eingestellt.

Zur Lösung des Problems forderten alle, dass die Krankenkassen die Kosten für Dolmetscher bei psychisch kranken Geflüchteten und Migranten mit mangelnden Sprachkenntnissen übernehmen. Außerdem sollte der Gesetzgeber Möglichkeiten schaffen, dass sich mehr muttersprachliche Psychotherapeuten in überproportional von Migranten und Geflüchteten bewohnten Gebieten niederlassen können. Auch für eine solide Finanzierung niedrigschwelliger Hilfsangebote muss gesorgt sein. Nur bei psychischer Gesundheit kann die Integration in unsere Gesellschaft und in die hiesige Arbeitswelt gelingen.

Susanne Münnich-Hessel,  
Vorstandsmitglied PKS

#### 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

Liebe Kammermitglieder,



während wir auf unserem 5. Norddeutschen Psychotherapeutentag noch das problematische Vorhaben diskutierten, die probatorischen Sitzungen zukünftig über die Terminservicestellen vermitteln zu lassen, wird dies zum 1. Oktober 2018 schon zur Realität.

Auch hier werden die Kassen voraussichtlich die Erfahrung machen, dass sich die Versorgung der Versicherten nicht verbessert, weil kein

Therapieplatz neu geschaffen wird. Nur eine angemessene Bedarfsplanung wird die Versorgungsprobleme lösen können. Dies ist das Fazit der politischen Diskussionsrunde des Psychotherapeutentages, über die wir in dieser Ausgabe berichten. Des Weiteren informieren wir über unsere Kammerversammlung, in der die neue Fortbildungsordnung verabschiedet wurde. Für den Einsatz elektronischer Kommunikationsmedien in der Psychotherapie soll es zukünftig ebenfalls eine Regelung in der Berufsordnung geben. Unser letzter Beitrag zum Online-Angebot der TK zur Depressionsbehandlung spiegelt die Aktualität des Themas wider und zeigt die Notwendigkeit der Mitgestaltung der Entwicklung durch unseren Berufsstand.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Angelika Nierobisch  
 Vizepräsidentin

## Kammer führt 5. Norddeutschen Psychotherapeutentag am 1. und 2. Juni 2018 im Wissenschaftszentrum in Kiel durch

**Ein Jahr Psychotherapie-Richtlinie.** Gab es auch positive Aspekte oder wird die Richtlinie bei den niedergelassenen Kollegen durchgängig kritisiert? Mit dieser politischen Diskussion leitete der Präsident Dr. Oswald Rogner am Freitag den Psychotherapeutentag ein.

Geladen waren für die Wissenschaft Herr Prof. Dr. Schulz, für die Ersatzkassen Herr Ziemann und für die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) Herr Dr. Ennenbach; die Seite der niedergelassenen Kollegen wurde durch Dagmar Schulz vertreten und die Patienten durch Frau Batista von der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein.

Eingangs referierte Prof. Dr. Schulz vom UKE die Ergebnisse der von der BPtK beauftragten Studie zu den Wartezeiten für Patienten nach Inkrafttreten der neuen Richtlinie. In Schleswig-Holstein sind demnach die Wartezeiten auf ein Erstgespräch von 14,6 auf 8,2 Wochen zurückgegangen. Dies ist als positiv zu

bewerten, bedeute jedoch noch keinen Therapieplatz. An ein Erstgespräch schließt sich nicht automatisch eine längerfristige Behandlung an. Auf einen regulären Therapieplatz müssen die Pa-

tienten im Schnitt immer noch fast 22 Wochen warten.

Dagmar Schulz bemerkte, die Wartezeit habe sich durch neue Leistungen sogar



Podiumsdiskussion: Ein Jahr PT-Richtlinie

(alle Fotos: Thomas Faust)

verlängert, da das Angebot der Sprechstunden von dem gesamten Behandlungsvolumen einer Praxis abgehe. Der propagierte Bürokratieabbau sei, so Schulz, in den Praxen ebenfalls kaum angekommen. Kleine Krankenkassen forderten weiterhin systematisch Berichte für die Gutachter, statt – wie in den Regularien erleichternd vereinbart – nur in begründeten Einzelfällen. Das entbehre jeglicher Rechtsgrundlage. Zudem habe der Bürokratieaufwand durch die unsinnige Trennung in KZT 1 und KZT 2 zugenommen.

Gelobt wurde von Behandlerseite die gute Kooperation zwischen Behandlern und KVSH im Rahmen der Terminservicestellen (TSS). Die Vermittlung erfolge reibungslos. Die Einbeziehung der TSS ver helfe Patienten zum gewünschten Zugang in die psychotherapeutische Praxis. Genau wie die Akutbehandlung schaffe sie jedoch keine neuen Therapieplätze, wodurch die Unterversorgung weiter zementiert werde.

Die Zuhörer, die sich aktiv an der Diskussion beteiligten, kritisierten vor allem das restriktive Vorgehen der Krankenkassen bei der Bewilligung von Kosten erstattung. Ein unverständliches Vorgehen angesichts der Versorgungsdefizite verbunden mit langen Wartezeiten für Patienten. Bestätigend merkte auch die Patientenvertreterin Frau Batista an, dass die Anfragen von Patienten auch nach Inkrafttreten der Richtlinie unverändert hoch seien. Große Zustimmung bekam Herr Dr. Ennenbach für seine Kritik an den Überlegungen der Kassen,

die probatorischen Sitzungen ebenfalls über die Terminservicestelle vermitteln zu wollen. Dies sei fachlich nicht umsetzbar und eine Zumutung für die niedergelassenen Psychotherapeuten. Bei vorwiegend kontroverser Diskussion stimmten jedoch alle Podiumsteilnehmer überein, dass es eine Überversorgung nur theoretisch gebe und eine angemessene Bedarfsplanung dringend erforderlich sei.

Der erste Tag endete mit einer geselligen Schifffahrt mit der MS Stadt Kiel auf der Förde, die Gelegenheit zum kollegialen Austausch bot.

Der Fortbildungstag am Samstag bot ein breit gefächertes Angebot an Workshops und war mit 140 Teilneh-



*Workshop Alterspsychotherapie*



*KJP-Workshop*



*Pantomimischer Abschluss mit Peter Paul*

mern ausgebucht. Suchterkrankungen, ADHS im Erwachsenenalter, Trauma-Release-Exercises, Körpersprache in der Psychotherapie und Psychotherapie im Alter sind einige Beispiele, mit denen die Kammer den Mitgliedern ein vielfältiges Fortbildungsangebot zur Auswahl stellte.

Einen unterhaltsamen Abschluss der Veranstaltung bot Peter Paul mit einer gelungenen Pantomime, bei der es ihm gelang, Sehnsüchte, Hoffnungen und tragisch-komische Momente auch ohne Worte darzustellen.

Eine insgesamt gelungene Veranstaltung, die bei den Mitgliedern große Zustimmung fand.

*Dr. Angelika Nierobisch  
Vizepräsidentin*

## Bericht aus der 48. Kammerversammlung

In ihrer letzten Sitzung am 28. Juni dieses Jahres beschäftigte sich die Kammerversammlung schwerpunktmäßig mit der Verabschiedung einer neuen Fortbildungsordnung, die zum Januar 2019 in Kraft treten wird, sowie mit dem Jahresabschluss des Versorgungswerkes für das Jahr 2016. Weiterhin wurden in der Kammerversammlung notwendige Änderungen in der Berufsordnung diskutiert, die erforderlich sind, um den Einsatz von neuen Medien im

Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung berufsrechtlich zu regeln.

**Neue Fortbildungsordnung verabschiedet:** Bereits im letzten Jahr hatte die Kammerversammlung den Fort- und Weiterbildungsausschuss der PKS H beauftragt, die aus dem Jahr 2005 stammende Fortbildungsordnung zu überarbeiten und den inzwischen geänderten Rahmenbedingungen neuer Fortbildungsformen anzupassen. Au-

ßerdem sollte mit einer Überarbeitung der bestehenden Fortbildungsordnung der PKS H erreicht werden, dass vorhandene Abweichungen in der Struktur und Systematik zur Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer, die inzwischen auf dem 32. DPT im April dieses Jahres einstimmig verabschiedet wurde, und zu den Fortbildungsordnungen anderer Landeskammern abgebaut werden.

Neben einer Anpassung an die Struktur der Musterfortbildungsordnung der BPtK wurden noch wichtige Ergänzungen vorgenommen, in denen die Bedeutung einer kontinuierlichen, berufsbegleitenden Reflexion der eigenen praktisch-klinischen Tätigkeit hervorgehoben wird und Fortbildungen im direkten Kontakt mit Kollegen als deutlich höherwertig eingeschätzt werden als Formen ohne kollegialen Austausch. Außerdem wurden neue Fortbildungskategorien eingeführt, in denen durch curriculare Fortbildungsmaßnahmen vermittelte Inhalte, tutoriell unterstützte Online-Fortbildungen mit digitaler Lern-erfolgskontrolle und Fortbildungsmaßnahmen als Kombination aus tutoriell unterstützten Online-Modulen und Präsenzveranstaltungen geregelt werden.

Die Verpflichtung zu einer kontinuierlichen Fortbildung sowie die Voraussetzungen für den Erwerb eines Fortbildungszertifikats wurden durch die Verabschiedung der neuen Fortbildungsordnung, die zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt, nicht verändert. An dieser Stelle sei deshalb nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für viele Kollegen Mitte des nächsten Jahres die Frist für die Vorlage eines Fortbildungszertifikates gegenüber der KVSH für den Zeitraum 2014 bis 2019 abläuft. Wir empfehlen daher dringend, das eigene Fortbildungskonto dahingehend zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für den Erwerb eines Fortbildungszertifikats (mindestens 250 Fortbildungspunkte innerhalb des zurückliegenden 5-Jahres-Zeitraumes) zu dem genannten Zeitpunkt erfüllt sind.

**Geschäftsbericht 2016 des Versorgungswerkes der PKSH:** Aufgrund von personellen Umstrukturierungen in der Geschäftsstelle des Versorgungswerkes der PKSH war es zu Verzögerungen bei der Buchführung für den Jahresabschluss 2016 gekommen. Als der buchhalterische Jahresabschluss dann schließlich vorlag, gab es Engpässe für die Erstellung des versicherungsmathematischen Gutachtens bei dem beauftragten Aktuar. Somit konnte erst im Rahmen der letzten Kammerversammlung nach Erstellung des versicherungsmathematischen Gutachtens der von einer externen Wirtschaftsprüferin geprüfte Abschlussbericht für das Geschäftsjahr 2016 vorgelegt werden.

Im Ergebnis zeigte sich auch für das Geschäftsjahr 2016 eine solide und zukunftssichere Entwicklung des Versorgungswerkes der PKSH. Der zugrundeliegende Rechnungszins von 3,0 % konnte trotz der nach wie vor schwierigen Lage an den Finanzmärkten auch im Jahr 2016 durch einen Nettodurchschnittszinssatz von 3,23 % wieder übertroffen werden. Auf Empfehlung des Versicherungsmathematikers beschloss die Kammerversammlung, die vorhandenen Überschüsse der Bilanzdeckungsrückstellung und der Sicherheitsrücklage zuzuweisen. Somit steht das Versorgungswerk auch in Zukunft auf sicheren Beinen und bedeutet für alle Mitglieder eine sichere und solide Altersversorgung. Durch die externe Wirtschaftsprüferin wurde dem Versorgungswerk für das Jahr 2016 der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk erteilt.

**Berufsordnung:** Da in der bisherigen Berufsordnung der PKSH der Einbezug elektronischer Kommunikationsmedien in die psychotherapeutische Behandlung noch nicht geregelt ist, beschäftigte sich im Vorwege der Kammerversammlung der Ausschuss für Berufsordnung mit dieser Thematik. Die Kammerversammlung diskutierte die vom Ausschuss erarbeiteten Formulierungen zur Änderung der Berufsordnung in diesen Punkten ausführlich. Insbesondere ging es dabei um die Frage, ob elektronische Kommunikationsmedien grundsätzlich erlaubt sein sollten oder ob diese nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden dürfen. Dabei wurde auch auf die Problematik eingegangen, welche besonderen Sorgfaltspflichten beim Einbezug elektronischer Kommunikationsmittel zu berücksichtigen wären und ob zumindest im Rahmen der Diagnostik Face-to-Face-Kontakte zu fordern wären.

Die Diskussion der Kammerversammlung warf neue Fragen auf, die der weiteren Klärung bedürfen. Grundsätzlich sprach sich die Kammerversammlung allerdings dafür aus, bei einer anstehenden Änderung der Berufsordnung angemessene Regelungen für den Einbezug elektronischer Kommunikationsmedien in die psychotherapeutische Behandlung zu schaffen.

Dr. Oswald Rogner  
Präsident

## IDH-Medienpreis für Redakteur der Kieler Nachrichten

Der Medienpreis 2017 der IDH wurde auf dem diesjährigen Parlamentarischen Abend der Interessengemeinschaft am 4. Juli 2018 an Christian Trutschel, Redakteur der Kieler Nachrichten, verliehen.

Damit würdigte die Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH), in welcher

die Organisationen der Ärzte, Apotheker, Psychotherapeuten sowie Tier- und Zahnärzte zusammengeschlossen sind, Trutschel wiederholt für seine breit gefächerte Berichterstattung zu Themen des Gesundheitswesens. Der Laudator verwies auf die hohe journalistische Qualität seiner Berichterstattung und die profunde Kenntnis des Gesund-

heitswesens, welche Trutschel seit Jahren auszeichne.

Die einladenden Organisationen stellten sich mit jeweils einem Satz zu aktuellen Fragen der Gesundheitspolitik den rund 120 Gästen aus Politik, Verbänden und Medien vor. Für die PKSH ging Präsident Dr. Oswald Rogner in



Dr. Monika Schlicfke (KVSH, links) gratuliert Christian Trutschel (Mitte), daneben Laudator Dr. Thomas Friedrich (Foto: Volker Rebehn)

## Kammer geht gegen Onlinetherapieangebot der TK vor

Die Techniker Krankenkasse (TK) prescht voran. Zukünftig wollte die Kasse ihren Patienten online ein Programm zur Behandlung von Depressionen anbieten. Ohne Einbezug eines approbierten Psychotherapeuten sollte es möglich sein, eine Depression zu heilen. Zu Unrecht, wie wir meinen. Der Vorstand der PKSH ist der Ansicht, dass die TK mit dem Onlineangebot rechtswidrig Heilkunde anbietet.

In der Werbung zum Programm schreibt die TK: „Ein Online-Angebot, das sofort nutzbar ist und nachhaltig gute Erfolge bringt, sei der TK-Depressionscoach.“

Das Programm „Depressionscoach“ richtet sich an Menschen mit leichten bis mittelschweren Depressionen. Da stellt sich die Frage, wer dies feststellt. Der Patient selbst? Das Programm besteht aus insgesamt sieben Modulen und bei Durchsicht des Angebotes erfährt man weiter, es finde eine Beratung durch „psychotherapeutisch qualifizierte Berater statt“, die durch das Programm begleiten würden. Welche Qualifikation diese Berater haben, bleibt jedoch unklar. Ein Krisenmanagement bei Verschlechterung der Sympto-

matik oder Suizidalität ist ebenfalls nicht genannt, dafür jedoch die Vorteile, wie Einsparung von Zeit und Wegen für den Patienten.

Da die Kammer keine Rechtsbeziehung zur TK hat, wandten wir uns an das Bundesversicherungsamt (BVA) mit der Bitte um aufsichtsrechtliche Klärung des Sachverhaltes.

In seiner Antwort schreibt das BVA, dass die TK ihre Außendarstellung ändern wird und deutlich machen wird, dass ein Onlineangebot lediglich ergänzend zu einer Therapie angeboten wird und nur solchen Versicherten zugänglich ist, bei denen eine entsprechende Diagnose durch den behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten dokumentiert wurde und die sich im Rahmen eines Selektivvertrages in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung befinden.

Politisch unterstützt die PKSH internetbasierte Behandlungsangebote in der Psychotherapie, sie können in bestimmten Fällen eine sinnvolle Ergänzung zur Therapie sein. Erstens sollten jedoch nur solche Programme zum Einsatz

seinem Satz auf die Versorgungssituation ein Jahr nach Inkrafttreten der Psychotherapie-Richtlinie ein und verwies angesichts immer noch zu langer Wartezeiten auf die dringend erforderliche Reform der Bedarfsplanung. Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg stellte in seinem Grußwort die Ziele der aktuellen Landesregierung in Bezug auf die Gesundheitspolitik vor und skizzierte die aus seiner Sicht anstehenden weiteren Herausforderungen im Gesundheitsbereich, insbesondere die Chancen der Digitalisierung sowie die Sicherstellung der Versorgung in einem Flächenland.

Michael Wohlfarth  
Geschäftsführer

kommen, die evidenzbasiert und zertifiziert sind. Zweitens sollten diese nur von approbierten Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für solche Patienten verordnet und begleitend eingesetzt werden dürfen, die sich vorab als geeignet herausgestellt haben.

Bei allem Verständnis für den Druck der Kassen, ihre Versicherten schnell zu versorgen: Wenn es um psychische Diagnosen und anschließende Heilbehandlung geht, muss erst eine ausgebildete Fachkraft hinzugezogen werden, soviel Zeit muss sein.

Dr. Angelika Nierobisch  
Vizepräsidentin

### Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2  
24103 Kiel  
Tel.: 0431/66 11 990  
Fax: 0431/66 11 995  
Mo bis Fr: 09–12 Uhr  
zusätzlich Do: 13–16 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

# Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen 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 3/2018

## Verlag

medhochzwei Verlag GmbH  
Alte Eppelheimer Str. 42/1  
69115 Heidelberg

## Satz

Strassner ComputerSatz  
69126 Heidelberg

## Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH  
97204 Höchberg

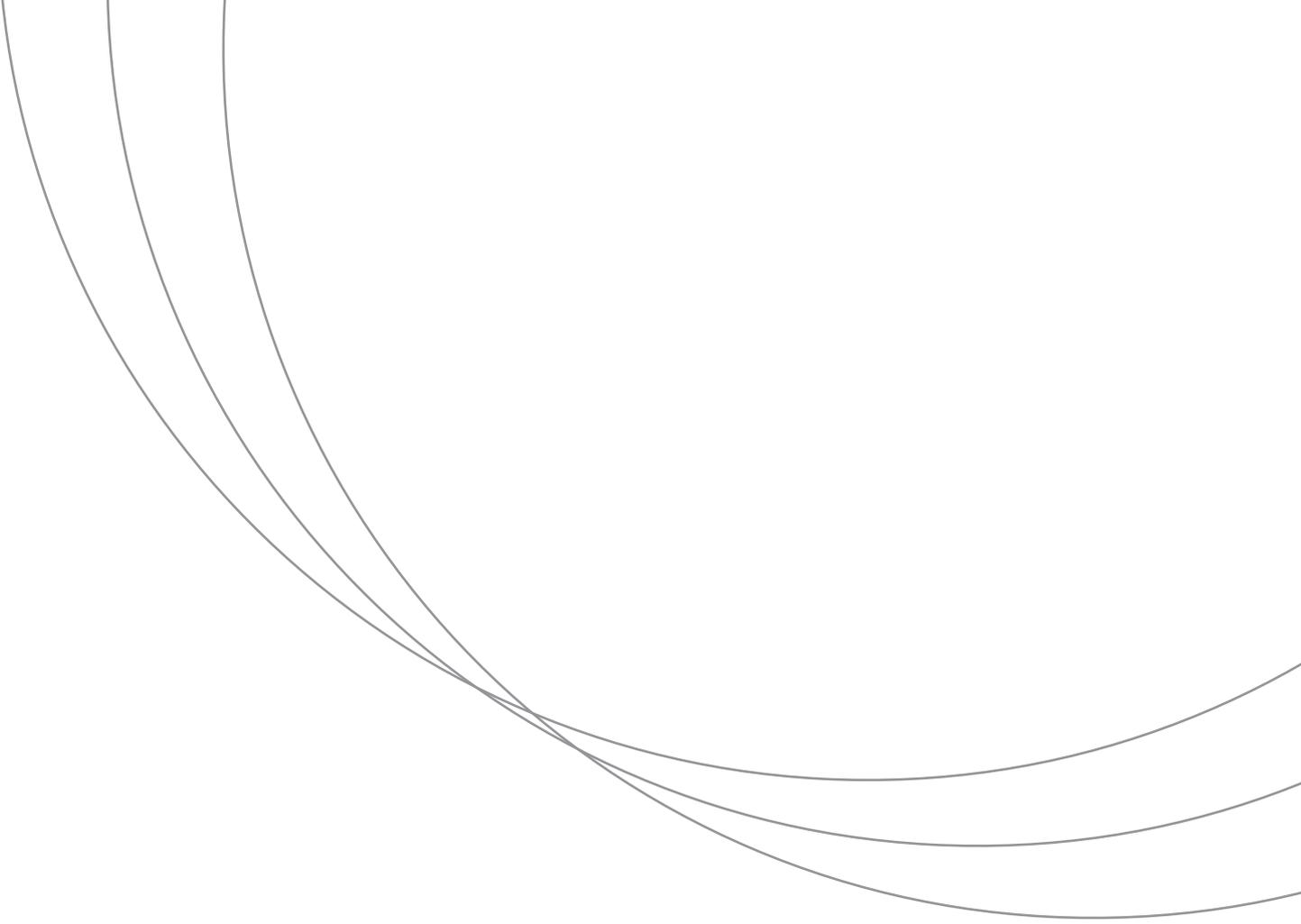
## Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 4/2018 ist der 19. September 2018 und für Ausgabe 1/2019 der 19. Dezember 2018. 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

Autorinnen und Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)

