

Psychotherapeuten journal

- **Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus?**
- **Langfristige psychische Folgen des „Hamburger Feuersturms“**
- **Möglichkeiten und Grenzen internetgestützter Medien in der Psychotherapie – eine Diskussion**
- **Sondergutachten des Sachverständigenrats: Soll es eine Teil-Arbeitsunfähigkeit geben?**
- **Herausforderungen einer teilhabeorientierten Psychotherapie**
- **Das PTJ im Gespräch mit Vertretern von Ausbildungsinstituten zur Ausbildungsreform**

www.psychotherapeutenjournal.de



Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

inmitten der Vorbereitung dieser PTJ-Ausgabe erreichte uns die Nachricht vom plötzlichen Tod Alfred Kappaufs, des langjährigen Präsidenten der Kammer Rheinland Pfalz, die uns erschüttert und traurig innehalten lässt. Alf Kappauf verstarb am 1.2.2016. In einem Nachruf würdigt Andrea Benecke ihn und seine Arbeit.

Zu unseren Artikeln: Wie können religiöse Gefühle, spirituelle Praktiken und Überzeugungen im Kontext einer ethisch und wissenschaftlich verantworteten Psychotherapie beschrieben und einbezogen werden? Zweifellos legen Untersuchungen es nahe, dass religiöse Überzeugungen sowohl einen Resilienzfaktor als auch Gefährdungspotenzial für das Individuum darstellen können. Michael Utsch setzt seinen Artikel aus dem PTJ 4/2015 über dieses zunehmend ins Bewusstsein dringende Thema fort. Was bedeutet psychotherapeutische Abstinenz im Kontext der Behandlung von Menschen mit religiösen Fragen? Wie gehen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit für sie fragwürdigen Glaubenspositionen bei Patientinnen und Patienten um, die sie als gefährdend oder krankmachend einstufen?

Im Spiegel anderer Kulturen in „kultursensibler Psychotherapie“ werden eigene implizite Überzeugungen deutlicher. So kann auch in einer sich säkular gebenden Haltung ein religiöser Kern im Sinne einer ethisch-moralischen Überzeugung über die Richtigkeit eigener Annahmen hervorscheinen. Dies sollte die Psychotherapie nicht zuletzt aufgrund der starken gesellschaftlichen Bewegungen in dieser Zeit interessieren und zu weiteren Diskussionen ein-

laden. Der Radikalisierung in fragwürdigen Gruppenphantasien, die eben auch angstbindend oder -mindernd wirken können, begegnen wir allenthalben auch im Kontext unserer täglichen Arbeit.

Selbst vor dem Tod nicht haltmachende „Glaubenskämpfer“ wirken auch deswegen auf uns, weil Erinnerungsspuren von Filmen und Büchern wie „Die Brücke“ von Bernhard Wicki, „Die Deutschstunde“ von Siegfried Lenz oder die Erzählungen der Väter- und Großvätergeneration, in der ganze Jahrgänge physisch und psychisch zugrunde gingen, in vielen noch wach und im transgenerationalen Gedächtnis aktivierbar sind. Zugleich ist diese Erfahrung auch Quelle für Mitgefühl und Öffnung gegenüber Menschen, die kriegsbedingt Schutz vor Todesbedrohung suchen.

Mit der Aufarbeitung der Folgen des Feuersturms in Hamburg durch Tiefeninterviews mit damals betroffenen Kindern und Jugendlichen führt uns der Artikel von Ulrich Lamparter und Christa Holstein an das Jahr 1943. Die Autoren fordern, die fortwirkenden Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg in den Familien unserer heutigen Patientinnen und Patienten in die psychotherapeutischen Behandlungen konsequent einzubeziehen und auf die subtilen Vermittlungs- und Wirkungszusammenhänge zwischen den Generationen zu achten.

Eine andere gesellschaftliche Bewegungen reflektierende Debatte greifen weitere Artikel zur Internetpsychotherapie auf. Neue Möglichkeiten werden unter dem Gesichtspunkt der Erweiterung von Versorgung von David D. Ebert und Harald Baumeister dargestellt. Im kritischen Kontrapunkt hierzu steht der Artikel von Jürgen Hardt. Er sieht in den intermediären Konzepten einen Ausdruck der radikalen Ökonomisierung, befürchtet dadurch den Verlust der per-



sönlichen Psychotherapie und damit einhergehend eine antiaufklärerische Zerstörung wichtiger Kulturleistungen.

Teilhabebeeinträchtigung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten und psychotherapeutische Interventionen im Bereich der Rehabilitation werden von Beate Muschalla und Kollegen verdeutlicht. Beeinträchtigungen durch dauerhafte oder rezidivierende psychische Erkrankungen für das alltägliche Leben sind wichtiger Bestandteil für Re-Integration der Betroffenen in ihr soziales und berufliches Lebensumfeld.

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates, gibt Theresa Unger ein Interview zum Thema Krankengeld.

Zwei Ausbildungsleiter reflektieren die langjährige Praxis der Institute im Hinblick auf die Zukunft unseres Berufes und die Ausbildungsdiskussion. U. a. werden die Rolle und Bedeutung der Institute und Herausforderungen durch eine mögliche Überführung in Weiterbildungsstätten betrachtet.

Kommentare und Leserbrief sowie Rezensionen runden diese Ausgabe ab. Sie als Leserin und Leser sind eingeladen zum Lesen, Denken und Mitgestalten.

*Gertrud Corman-Bergau & Jörg Hermann
(Niedersachsen),
Mitglieder des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Nachruf

5

Andrea Benecke & Dietrich Munz
Zum Tod von Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Alfred Kappauf

Originalia

6

Michael Utsch
Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus? Umgang mit religiös-spirituellen Ressourcen und Bedürfnissen in der Psychotherapie – Teil II

Der Artikel beleuchtet – in zwei Teilen (Teil I siehe PTJ 4/2015, S. 347ff.) – sowohl Chancen, im Sinne von Heilungspotenzialen, als auch Risiken religiöser und spiritueller Überzeugungen. Insbesondere vor dem Hintergrund einer zunehmend multikulturellen Gesellschaft brauchen wir eine kultursensible Psychotherapie, die nicht nur Grundkenntnisse über Religionen und Weltanschauungen erfordert, sondern vor allem auch die Reflexion und Sprachfähigkeit über die eigene Sinnorientierung.

12

Ulrich Lamparter & Christa Holstein
Langfristige psychische Folgen des „Hamburger Feuersturms“ (1943) durch die Generationen

Der Artikel berichtet über zentrale Ergebnisse des „Hamburger Feuersturm-Projekts“ und verfolgt hier besonders die Frage der Auswirkungen auf die zweite Generation und die Austauschbeziehungen zwischen den Generationen bei der familiären Weitergabe der Feuersturm-Erfahrung.

21

Ulrich Müller
Zwischen technischer Entwicklung und heilkundlichem Selbstverständnis – Redaktionelle Vorbemerkung

Möglichkeiten und Grenzen der Nutzung von internetgestützten Medien in der Psychotherapie – Eröffnung einer Diskussion

22

David D. Ebert & Harald Baumeister
Internet- und mobilbasierte Interventionen in der Psychotherapie: Ein Überblick

Internet- und mobilbasierte Interventionen (IMI) werden als große Chance für die Verbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung diskutiert. Gleichzeitig bestehen datenschutzrechtliche und ethische Bedenken sowie berufsrechtliche Einschränkungen hinsichtlich der Implementierung in Deutschland. Dieser Beitrag bietet einen Überblick zu Konzepten, empirischer Evidenz zur Wirksamkeit, Chancen, Grenzen und Risiken bei der Nutzung von IMI.

32

Jürgen Hardt
Kollateralien der „Internettherapie“ – Chancen und Gefahren II

Kulturpsychologische Einwände gegen die „Internettherapie“ im Widerstreit mit dem dominierenden Effizienz- und Effektivitätsdiskurs werden erhoben. Gefahren und Trivialisierung von psychotherapeutischer Begegnung und Vertrauensbeziehung sowie ihrer psychologischen Wirkungsweise werden angeführt. Solcher Art Psychotherapie fügt sich unbedacht in die postmoderne Kulturtransformation ein.

Interviews

37 *Beate Muschalla, Jürgen Bengel, Matthias Morfeld & Ulrike Worrigen*
Herausforderungen einer teilhabeorientierten Psychotherapie
Psychische Erkrankungen sind häufig chronisch und gehen für die betroffenen Menschen oft mit anhaltenden Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben einher. Daher spielt bei ihrer psychotherapeutischen Behandlung die Teilhabeorientierung eine bedeutsame Rolle, d. h. die Idee, dass jemand auch mit einer überdauernden Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbezügen integriert und entsprechend seiner Fähigkeiten aktiv sein kann. Bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung sollten teilhabe- und rehabilitationsorientierte Inhalte stärker expliziert werden.

43 *Theresa Unger*

Sondergutachten des Sachverständigenrats zum Krankengeld. Mit einem Interview mit Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach: „Wenn ein Patient mit einer akuten Depression erst nach sechs Wochen ein Erstgespräch bekommt, kann uns das nicht egal sein.“

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Dezember 2015 sein Sondergutachten zum Krankengeld vorgelegt. Der vorliegende Beitrag fasst die wesentlichen empirischen Befunde des Gutachtens – mit dem Schwerpunkt auf psychische Erkrankungen – zusammen und ergänzt diese um ein Interview mit dem Vorsitzenden des Sachverständigenrats Prof. Dr. Ferdinand Gerlach.

49 *Gertrud Corman-Bergau & Andreas Pichler*

„Wir wollen Weiterentwicklung, aber Bewährtes und Wertvolles nicht gefährden.“

Das PTJ im Gespräch mit Vertretern von Ausbildungsinstituten, Dipl.-Psych. Georg Schäfer und Dr. Christian Alte

Buchrezensionen

57 **Zeitgenössische Psychoanalyse**

Eine Rezension von Elisabeth Imhorst: Angela Mauss-Hanke (Hg.) (2015): Internationale Psychoanalyse. Band 10. Behandlungsperspektiven. Ausgewählte Beiträge aus dem International Journal of Psychoanalysis. Gießen: Psychosozial-Verlag.

58 **Umfassendes Praktikerbuch zur Alterspsychotherapie**

Eine Rezension von Juliana Matt: Maercker, Andreas (Hrsg.): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer: Berlin 2014.

59 **Bogenschlag über die Psychologie des Selbst**

Eine Rezension von Matthias Ochs: Staemmler, F.-M. (2015). Das dialogische Selbst. Postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Schattauer.

**Kommentare und
Leserbriefe** **60**

**Mitteilungen der
Psychotherapeuten-
kammern**

64	Bundespsychotherapeutenkammer	96	Niedersachsen
68	Baden-Württemberg	100	Nordrhein-Westfalen
72	Bayern	104	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
77	Berlin	108	Rheinland-Pfalz
81	Bremen	112	Saarland
85	Hamburg	116	Schleswig-Holstein
90	Hessen		

1 **Editorial**

120 **Impressum Psychotherapeutenjournal**

A1 **Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

A16 **Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

Hinweise:

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

Der Teilausgabe des folgenden Landes sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:

- **Baden-Württemberg:**
Bekanntmachungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Nachruf zum Tod von Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Alfred Kappauf

Es lohnt sich zu kämpfen

Plötzlich und unerwartet ist unser lieber Kollege, Mentor und Freund Alfred Kappauf im Alter von 63 Jahren verstorben. Er hat ein sehr engagiertes Leben geführt, voller Einsatz für die Psychotherapeuten, für psychisch kranke Menschen und für bessere Lebensbedingungen für diejenigen, die selbst keine laute Stimme haben. Sein letztes großes, zeitintensives Engagement galt der (psychotherapeutischen) Versorgung von Flüchtlingen.

Alfred Kappauf wurde in Fuchsmühl in Bayern als einer von fünf Söhnen geboren. Während der Schulzeit verbrachte er ein Austauschjahr in Kalifornien, wo er lernte, dass es wichtig ist aufzustehen, seine Meinung zu sagen, sich nicht unbedingt ins Establishment einzufügen, frei zu sein im Geist und in der eigenen Meinung. Seine Ausbildungen führten Alfred Kappauf zunächst nach Regensburg und später nach Mainz. Er machte seine Abschlüsse als Diplom-Psychologe und Diplom-Pädagoge. Bald nach dem Studium leitete er das Landesmodell „integrierte Förderung sozial benachteiligter Gruppen“, danach übernahm er eine leitende Tätigkeit in einer Frühförderungseinrichtung/sozialpädiatrischen Ambulanz in Simmern (1985-1987).

Er heiratete, bekam zwei Kinder und ließ sich in eigener Praxis in Siebeldingen in der Nähe von Landau als Verhaltenstherapeut nieder. Sein therapeutisches Wirken war geprägt durch seine systemische und eine hypnotherapeu-

tische Ausbildung. Sein weiteres, auch politisches Handeln pragmatisch und lösungsorientiert.

Lange hielt es ihn nicht allein in seiner Praxis. Er engagierte sich zunächst beim BDP, und parallel zu diesem ersten berufspolitischen Engagement wurde er Mitglied im Psychiatriebeirat im Raum Landau (ab 1993) und Mitglied in der Besuchskommission nach PsychKG in der Südpfalz. Überall, später auch als Kammerpräsident, setzte er sich ein für eine gute und funktionierende psychotherapeutische Versorgung, besonders von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen.

Alfred Kappauf wurde im Jahr 2001 in den Gründungsausschuss der Kammer berufen, er war 2002 ihr erster und bisher einziger Präsident. Ab 2003 war er Mitglied im Landeskrankenhausplanungsausschuss (bis 2012) und im Landespsychiatriebeirat. Mit viel Ausdauer hat er dafür geworben, dass Psychotherapeuten in den Krankenhäusern und Psychiatrien einen adäquaten Platz bekommen, was dazu beitrug, dass im neuen Landeskrankenhausgesetz Psychotherapeuten in weiten Teilen Ärzten gleichgestellt sind. Noch weitergehend, aber konsequent weitergeführt, regelt das neue Maßregelvollzugsgesetz vom Dezember 2015, dass Psychotherapeuten nicht nur Abteilungen, sondern ganze Einrichtungen leiten dürfen. Dieser letzte Erfolg hat ihn besonders gefreut – so hätte er den Berufsstand gerne auch andernorts verankert gesehen.



*Alfred Kappauf * 01.12.1952 † 01.02.2016*

Er hat schon früh die politische Bedeutung von Weiterbildung für den Berufsstand der Psychotherapeuten erkannt und hat deshalb die Weiterbildungsordnung der Kammer weitsichtig und zielgerichtet aufgebaut.

Neben diesem vielfältigen berufspolitischen Engagement war er in seiner Gemeinde tätig, ebenso in der KV-Vertreterversammlung. In seiner Beharrlichkeit und klugen Zielgerichtetheit hat er es manchem politisch Andersdenkenden oft schwer gemacht. Seine Herzlichkeit und Verlässlichkeit machten ihn zu einem Freund – seine Integrität und Ehrlichkeit haben alle anerkannt und sehr geschätzt. Sein Rat war uns allen so viel wert.

Alfred war das Gesicht, das Herz und der Verstand der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Dieses Herz ist nun stehengeblieben und zurück bleibt eine große Leere.

Andrea Benecke

Mit Bestürzung und tiefer Trauer haben wir die Nachricht des überraschenden und allzu frühen Todes von Alfred Kappauf vernommen. Wir verlieren einen großartigen Kollegen. Er hat die Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer engagiert mit gestaltet und deren Gremienarbeit durch sein konstruktives Wirken mit geprägt. Mit großer Sachkenntnis in Diskussionen brachte er seinen Standpunkt stets deutlich zum Ausdruck. Wichtigstes Ziel war ihm jedoch immer, für das gemeinsame Anliegen aller Psychotherapeuten Lösungen zu suchen und mit viel

Umsicht mit zu gestalten. So hat er maßgeblich zur Entwicklung unseres jungen Berufsstands beigetragen. Es wird schwer für uns, in unseren Gremien auf seine klugen Einfälle und weiterführenden Gedanken zukünftig verzichten zu müssen. Wir sind ihm zu großem Dank verpflichtet und werden ihn sehr vermissen. Sein Tod ist ein großer Verlust für alle Psychotherapeuten. Unser Mitgefühl gilt seiner Familie.

Dietrich Munz für den Vorstand sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bundespsychotherapeutenkammer

Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus?

Umgang mit religiös-spirituellen Ressourcen und Bedürfnissen in der Psychotherapie – Teil II

Michael Utsch

Zusammenfassung: Religiöse und spirituelle Überzeugungen können sowohl zu Fanatismus und Extremismus führen als auch eine wichtige Ressource bei der Bewältigung psychischer Störungen sein. Sie besitzen neben ihren verführerischen Aspekten ein Heilungspotenzial, das nicht zu nutzen unprofessionell wäre. Jeder Mensch durchlebt existenzielle Krisen und muss Sinnfragen beantworten, die sowohl religiös als auch säkular beantwortet werden können. Eine kultursensible Psychotherapie erfordert Grundkenntnisse über aktuelle Religionen und Weltanschauungen und macht die Reflexion und Sprachfähigkeit über die eigene Sinnorientierung notwendig. In der Behandlung ist zu unterscheiden, ob Spiritualität Teil des Problems ist oder zur Lösung beitragen kann. Ob spirituelle Interventionen in einer psychotherapeutischen Behandlung zum Einsatz kommen können, ist umstritten und sollte sorgfältig im Einzelfall geprüft werden. Teil I dieses Artikels ist erschienen im Psychotherapeutenjournal 4/2015, S. 347ff.¹

Erforschung religiös-spiritueller Ressourcen

Gegenwärtig werden die Ressourcen positiver Religiosität und Spiritualität psychologisch erforscht. Psychologinnen und Psychologen² erkunden mit staatlichen Forschungsgeldern die befreiende Wirkung des Verzeihens, die stabilisierenden Funktionen der Dankbarkeit, die Widerstandskraft von Hoffnung und Vertrauen, besonders im Kontext der Positiven Psychologie (Auhagen, 2008; Frank, 2011; Esch, 2012). Die populären Ansätze der Positiven Psychologie weisen Überschneidungen zur Religionspsychologie auf, weil sich beide um Persönlichkeitswachstum und Sinnfindung bemühen. An dieser Schnittstelle liegt noch ein großes Potenzial zur Weiterarbeit (Plante, 2012; Fischer, Asal & Krueger, 2013; Van Cappellen, Toth-Gauthier, Saroglou & Fredrickson, 2015).

Bei aller Euphorie über die Gesundheitseffekte positiver Spiritualität darf das Missbrauchspotenzial der Religionen nicht vergessen werden.

Weiterbildungen zur Einübung von „Achtsamkeit“ erfreuen sich seit einigen Jahren bei Psychotherapeuten höchster Beliebtheit (Anderssen-Reuster, Meck & Meibert, 2013; Hölzel & Brähler, 2015). Durch die Verbindung von meditativ-buddhistischen Techniken mit kognitiv-behavioralen Modellen

sind empirisch evaluierte Psychotherapieverfahren entstanden. Die zahlreichen achtsamkeitsbasierten Verfahren (DBT, ACT, MBCT u. a.) werden bereits als eine „3. Welle“ der Verhaltenstherapie nach der Phase der Lerntheorie und der kognitiven Wende bezeichnet. Achtsamkeitsbasierte Konzepte als störungsübergreifende Komponenten zielen einerseits auf die Verbesserung der Akzeptanz unangenehmer Lebensumstände und Emotionen, andererseits auf die Verbesserung einer emotionsfreien Beobachtung intrapsychischer Prozesse. Derzeit liegen fünf ausgearbeitete achtsamkeitsbasierte Konzepte vor, jedoch mit unterschiedlichem Wirksamkeitsnachweis (Bohus, 2012).

Pathologische Religiosität

Bei aller Euphorie über die Gesundheitseffekte positiver Spiritualität darf aber das Missbrauchspotenzial der Religionen nicht vergessen werden. Es gibt zahlreiche Patienten, die durch eine unterdrückende religiöse Erziehung psychisch krank wurden (Moser, 2010, 2011). Auch die Mitgliedschaft in religiösen Sekten geht häufig mit pathologischen Auffälligkeiten einher (Kapfham-

¹ Sie finden den gesamten Artikel (Teil I und II) auch als PDF auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de, Ausgabe 1/2016.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

mer, 2008; Utsch, 2012). Übersichtsstudien belegen, dass fanatische und fundamentalistische Glaubensüberzeugungen therapeutisch schwer behandelbar sind (Aten, Mangis & Campell, 2010; Leuzinger-Bohleber & Klumbies, 2010).

Unter bestimmten Voraussetzungen können Sinnkrisen mit religiösen oder spirituellen Mitteln bewältigt werden, bei manchen führt das aber zu Fanatismus und religiösem Extremismus. Eine Studie des Hamburger Universitätsklinikums überprüfte, ob bestimmte Gottesbilder (liebender versus strafender Gott) einen Risiko- versus Schutzfaktor für die erfolgreiche Behandlung einer psychischen Störung darstellen (Agorastos et al., 2012). Extreme religiöse Überzeugungen – etwa das Weltbild des Ku-Klux-Klan oder fundamentalistischer Sekten wie die Davidiander oder Boko Haram – erwiesen sich ebenso wie extreme politische Ansichten potenziell als „wahnfähig“. In weiteren Studien will die Hamburger Forschergruppe herausfinden, wann und durch welche Faktoren Frömmigkeit in Fanatismus umschlagen kann.

Religion, Wahn und Fundamentalismus werden in der Öffentlichkeit oft durcheinandergbracht. Der Atheismus erklärt die Religion im Allgemeinen zur Wahnvorstellung. Intensive religiöse, mystische Erfahrungen werden von Seelsorgern oft als eine religiöse Praxis verstanden. Hier ist die Religionspsychologie gefordert, Unterscheidungskriterien zwischen krankmachenden und gesundheitsförderlichen Glaubensformen zu beschreiben. Die oben referierte Unterscheidung zwischen Sinnobjektivismus und Sinnkonstruktivismus ist ein nützliches Hilfsmittel für die therapeutische Praxis.

Das überraschende Phänomen der Radikalisierung von europäischen Jugendlichen, von denen sich schon mehrere Tausend in islamistischen Terrorcamps in Syrien haben ausbilden lassen, irritiert und macht sprachlos, und ihre psychologischen Ursachen sind unklar (Kilb, 2015). Sie können als Bewältigungsstrategie adoleszenter Widersprüche und gesellschaftlicher Versagungen verstanden werden. Der Psychiater Günter Hole (2004) hat in seiner Übersicht zum politischen und religiösen Fanatismus drei psychologische Merkmale zusammengefasst:

- 1) Fanatismus ist eine durch die Persönlichkeitsstruktur mitbedingte, auf eingeengte Werte und Inhalte bezogene starke Überzeugung von hohem Identifizierungsgrad.
- 2) Die Durchsetzung dieser Überzeugung wird mit großer Intensität, Nachhaltigkeit und Konsequenz verfolgt. Sie wird mit hohem Energieaufwand, mit „fanatischer Energie“ betrieben, wobei keinerlei Dialog- und Kompromissfähigkeit besteht.
- 3) Die Bekämpfung von Außenfeinden wird mit rigorosen, aggressiven und vernichtenden Mitteln betrieben, und das mit innerer Zustimmung und einem „guten Gewissen“.

Die Überkompensation im Fanatismus dient psychodynamisch der Angstbewältigung und der Selbstbestätigung. Neben dem Gesundheitspotenzial positiver Spiritualität müssen also die Gefährdungen abhängiger Beziehungsmuster, utopischer Heilsversprechen und repressiver Gruppenstrukturen bei diesem Thema beachtet werden.

Die mangelnde professionelle Bearbeitung der existenziellen Fragen hat in der Psychotherapie zu einem ausufernden psycho-spirituellen Lebenshilfemarkt mit zum Teil fragwürdigen, teilweise gefährlichen Angeboten beigetragen. Es boomen asiatische Bewusstseinsübungen, magische Rituale sowie esoterische Praktiken. Journalisten haben im Selbstversuch an Seminaren teilgenommen und berichten irritiert über die große Faszination am Übersinnlichen (Fischler, 2013; Kurfer, 2014). Mittels schamanischer Trancetechniken sollen beispielsweise in therapeutischen Sitzungen Informationen aus der unsichtbaren Welt der Ahnen und Geister zugänglich sein und die Heilung erleichtern. Claudia Barth (2013) hat in ihrer Studie Besucherinnen von Esoterik-Messen interviewt und

Die Religionspsychologie ist gefordert, Unterscheidungskriterien zwischen krankmachenden und gesundheitsförderlichen Glaubensformen zu beschreiben.

die dortigen Angebote als subjektives Hilfsmittel zur Lebensbewältigung beschrieben. Dabei konnte sie zwar kurzfristige positive Wirkungen feststellen, konstatierte aber in der Mehrzahl der Fälle schädigende Effekte bis hin zur Selbstaufgabe. Zum Glück enden nur wenige Behandlungsfälle so dramatisch wie die „Psycholytische Therapie“ eines Berliner Arztes, der 2009 in einer Gruppentherapie bewusstseinsweiternde Medikamente einsetzte. Aufgrund seiner Fehldosierung starben zwei Klienten nach dem Selbsterfahrungsseminar. Die dort verwendete „Psycholytische Psychotherapie“ führte auch zum ärztlichen Abbruch einer Weiterbildung im September 2015 in der Lüneburger Heide, weil sich zwei Teilnehmer durch Drogeneinnahme in Lebensgefahr gebracht hatten (Utsch, 2015).

Verbot spiritueller Interventionen in Österreich

Damit unsachgemäß angewandte spirituelle Methoden keinen Schaden anrichten, ist in Österreich eine verbindliche Richtlinie für Psychotherapeuten erlassen worden. Aufgrund zahlreicher Patientenberichte, die sich wegen übergriffigen Verhaltens ihrer behandelnden Therapeuten beim Berufsverband beschwert hatten, hat das österreichische Bundesministerium für Gesundheit im Sommer 2014 eine „Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden“ erlassen (www.bmg.gv.at). Es

wird abgelehnt, dass „religiös, spirituell oder esoterisch begründete Handlungen zu einer umfassenden und stringenten psychotherapeutischen Methode, die eine geplante Krankenbehandlung ermöglicht, gehören können.“ (S. 6). Mit diesem Verbot soll die psychotherapeutische Beziehung unter Wahrung der Berufsethik und der Stärkung der Psychotherapie als eine wissenschaftlich fundierte Krankenbehandlung unter besonderen Schutz gestellt werden.

In zusätzlichen Informationen des Ministeriums zur Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeuten wurde im Oktober 2014 ergänzt: „Psychotherapeutische Angebote, die

Die mangelnde professionelle Bearbeitung der existenziellen Fragen hat in der Psychotherapie zu einem ausufernden psycho-spirituellen Lebenshilfemarkt mit zum Teil fragwürdigen, teilweise gefährlichen Angeboten beigetragen.

sich beispielsweise mit parapsychologischen Phänomenen, Reinkarnationserfahrungen, spirituellen Phänomenen wie Kundaliniprozessen, Chakrenöffnungen oder Egotoderfahrungen, dämonischen Kräften, höheren Mächten oder göttlichen Grundwirklichkeiten beschäftigen oder ‚Meister‘, ‚Schamanen‘ bzw. ‚Gurus‘ bemühen, können nicht als mit der Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit in Einklang stehend angesehen werden. Es handelt sich vielmehr um Inhalte, die in den ‚esoterischen‘, spirituellen bzw. religiösen Bereich fallen“. Aufgaben und Grenzen der Psychotherapie als ein eigenständiges, wissenschaftlich überprüfbares Heilverfahren wird in Österreich seit 1991 durch ein Gesetz geregelt. Durch gesetzliche Regelungen wurde der ausufernde esoterische Psychomarkt zunächst eingedämmt, allerdings zu einem großen Teil in die Heilpraktikerszene verschoben. Wie jetzt das Gesetz in Österreich belegt, kommen solche Methoden nach wie vor in kassenfinanzierten Verfahren zur Anwendung.

Die Beschwerdestelle des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie hat in den letzten Jahren häufiger darauf hingewiesen, dass sich wissenschaftlich fundierte Psychotherapiemethoden zunehmend mit esoterischen, religiösen und spirituellen Methoden mischen würden. Patientenbeschwerden hätten deutlich zugenommen, die einen subtilen Druck durch Psychotherapeuten beklagten. Sie sollten im Rahmen einer Psychotherapie bestimmten Glaubensinhalten folgen und an entsprechenden Ritualen teilnehmen, auch wenn sie diese innerlich nicht gutheißen würden. Das berufsethische Gremium verwies darauf, dass eine solche Vermischung ein klarer ethischer Verstoß gegen den Berufskodex des Psychotherapeuten darstelle.

Die neue österreichische Richtlinie ist hilfreich, weil sie Heilsversprechungen und das aktive Einbringen esoterischer und

spiritueller Rituale in eine Psychotherapie unterbinden will. Sie verweist auf den psychotherapeutischen Berufskodex, der unmissverständlich deutlich macht, dass die persönliche Weltanschauung des Behandlenden nicht aktiv und steuernd in den Behandlungsprozess einfließen darf. Wenn jedoch spirituelle oder religiöse Fragen von Patienten thematisiert werden, sei es Aufgabe der Psychotherapie, die Bedeutung dieser Fragen gemeinsam mit dem Patienten zu verstehen. Das generelle Verbot in Österreich berücksichtigt allerdings nicht den aktuellen Forschungsstand (Utsch, Bonelli & Pfeifer, 2014). Vorsichtiger und fundierter äußert sich Kenneth Pargament: Religion und Spiritualität können Teil des Problems oder Teil der Lösung sein (Pargament, 2014).

Die Klärung und Transparenz der therapeutischen Rolle und Haltung sind ohne Zweifel ein Dreh- und Angelpunkt bei der Bewertung spiritueller Therapien. Die sorgfältig ausgearbeitete Berufsethik des Psychotherapeuten

will insbesondere die spezifische therapeutische Beziehung schützen – ein Psychotherapeut kann kein Guru sein! Es liegen zahlreiche empirische Studien vor, die den therapeutischen Nutzwert religiös-spirituelle Interventionen unter bestimmten Voraussetzungen belegen (Goncalves, Lucchetti, Menezes & Vallada, 2015). Seit zwei Jahren gibt der amerikanische Psychologinnenverband (*American Psychological Association*, APA) die Fachzeitschrift „Spirituality in clinical practice“ heraus, die spirituell geprägte klinische Interventionen wissenschaftlich untersucht und überprüft. (www.apa.org/pubs/journals/scp). Diese aktuellen Befunde werden in der Richtlinie aus Österreich nicht berücksichtigt. Eine kultur- und religionsensible Psychotherapie erfordert aber die Weiterentwicklung der Berufsethik, wenn neue Fakten vorliegen (Utsch & Frick, 2015).

Vor- und Nachteile einer Einbeziehung spiritueller Interventionen

Das Konzept „spirituelle Intervention“ kann dazu verführen, eine symbolische Handlung oder ein Ritual wie ein Medikament einzusetzen – etwa zehn Rosenkranz-Gebete gegen leichte Angstzustände. Um nicht eine naive Heilungsrhetorik zu praktizieren, die außer Placeboeffekten keine Wirksamkeit besitzt, sind bessere Theorien und Messmethoden nötig. Ein neuerer Übersichtsartikel betont, dass zukünftig eine differenziertere Methodologie unter Einbeziehung religionswissenschaftlicher und theologischer Überlegungen entwickelt werden müsse und kulturelle Einflussfaktoren stärker zu berücksichtigen seien (Dein, Cook & Koenig, 2012).

Die brisante Diskussion um Ausschluss oder Einbeziehung spiritueller Interventionen hat auch Europa erreicht. Jeschke (2012, 130ff.) hat im Psychotherapeutenjournal wesentliche

Argumente der amerikanischen Diskussion zusammengefasst. Hauptsächlich sieht sie bei einer Integration von Spiritualität und Religion in Psychotherapie eine ethische Herausforderung. Denn es sei kaum anzunehmen, dass die Haltung des Therapeuten zu Religion und Spiritualität deckungsgleich mit der des Patienten sei.

In Großbritannien ist der Diskussionsstand schon weiter gediehen – vermutlich, weil dort der amerikanische Wissensstand stärker berücksichtigt wird. Außerdem gibt es eine aktive, etwa 3.000 Mitglieder starke Arbeitsgruppe „Spiritualität und Psychiatrie“ in dem „Royal College of Psychiatrists“, die Fachtagungen und Fortbildungen durchführt. Naturgemäß treffen gerade bei der Einschätzung von Religion unterschiedliche Weltbilder aufeinander. Exemplarisch zeigt sich das an der kontroversen Diskussion um die Einbeziehung eines Gebets in die psychiatrische Praxis (Poole & Cook, 2011). Der eine Protagonist, ein bekennender Atheist, möchte derartige Praktiken von jeglicher fachärztlichen Behandlung fernhalten, um eine mögliche Rollenkonfusion von Psychotherapeut und Seelsorger zu vermeiden. Sein Kontrahent ist anglikanischer Priester und argumentiert, dass auf Nachfrage des Patienten unter bestimmten Bedingungen evidenzbasierte spirituelle Interventionen sinnvoll sein können. Bemerkenswert an diesem Fachartikel: Nach der Zusammenfassung im Kopf des Aufsatzes ist die Rubrik „Declaration of Interest“ eingefügt, in der die weltanschaulichen Grundannahmen – Atheist und Priester – offengelegt werden. Auf dem häufig noch schambesetzten Gebiet des persönlichen Glaubens ist die Transparenz des Menschenbildes (siehe Abschnitt „Die Bedeutung des Menschenbildes, Teil I, Psychotherapeutenjournal 4/2015, S. 349ff.) eine wichtige Voraussetzung dafür, dass spirituelle Interventionen zu einer Option werden.

Neue Studien zur Wirksamkeit spiritueller Therapien

In den vergangenen zehn Jahren sind einige amerikanische Lehrbücher zur professionellen Einbeziehung spiritueller Interventionen in die Psychotherapie vorgelegt worden (Richards & Bergin, 2005; Pargament, 2007; Plante, 2009; Aten, Mc-Minn & Worthington, 2011; Sperry, 2012; Pargament, 2013). In diesen Lehrbüchern, die meistens die APA herausgegeben hat, werden spirituelle Interventionen pragmatisch von den empirischen Befunden der Wirksamkeitsforschung her befürwortet. Die Mehrheit amerikanischer Psychiater schätzt religiöse und spirituelle Überzeugungen und Praktiken als bedeutungsvoll ein. 93% von mehr als 1.100 repräsentativ ausgewählten Fachärzten für Psychiatrie setzen sich demnach in ihren Behandlungen mit spirituellen Fragen auseinander (Curlin et al., 2007). Zwei Drittel der Befragten sind sogar der Auffassung, dass es angebracht ist, mit den Patienten zu be-

ten, wenn diese es wünschen oder der Arzt es für richtig hält. Eine kürzlich veröffentlichte Übersichtsstudie aus Australien belegt, dass manche spirituelle Interventionen bei bestimmten Störungen eine hohe Wirksamkeit zeigen, allerdings weisen viele Studien auch methodische Mängel auf (Kennedy, Macnab & Ross, 2015).

In den USA beziehen je nach Untersuchung zwischen 30% und 90% der befragten Therapeuten spirituelle Interventionen mit ein (Richards & Worthington, 2010). Obwohl seit zwei Jahrzehnten zahlreiche Studien dazu durchgeführt wurden, fand gezielte Wirkungsforschung selten statt. So bemängeln auch die Autoren des Cochrane-Reviews über spirituelle In-

„Religion und Spiritualität können Teil des Problems oder Teil der Lösung sein.“ (Kenneth Pargament, 2014)

terventionen bei Patienten in der Terminalphase, dass selbst in den qualitativ hochwertigsten Studien nicht immer dokumentiert wurde, ob und in welcher Form die Klinikseelsorge in die Behandlung einbezogen wurde (Candy et al., 2012). Erst bei differenzierteren und genaueren Studien könnten präzisere Angaben zur Wirksamkeit gemacht werden.

Spirituelle Interventionen können aber bei bestimmten Störungen durchaus nachweisbare Effekte erzielen. In einer aktuellen Übersicht wurden 4.751 Studien aus wissenschaftlichen Datenbanken erfasst und strengen Prüfkriterien unterzogen (Goncalves et al., 2015). Bei den verbleibenden 23 Studien erwiesen sich religiös-spirituelle Interventionen im Vergleich mit Kontrollgruppen besonders wirksam durch die Reduzierung von generellen Angstsymptomen. Eine weitere, ebenfalls methodisch strenge Auswertung von elf Studien kommt zu dem Schluss, dass Psychotherapie mit integrierter Religiosität bei der Behandlung von Depressionen und Angststörungen mindestens so wirksam wie säkulare Formen der gleichen Psychotherapie ist. Allerdings stehe der Nachweis, sie sei langfristig effektiver als diese, noch aus. Darüber hinaus müssten die Wirkungsbedingungen noch genauer und auf Grundlage von größeren Stichproben erforscht werden (Paukert, Phillips, Cully, Romero & Stanley, 2011). Eine Metaanalyse untersuchte 46 durchgeführte Studien in ihren Wirkungen religiös adaptierter Behandlungen und spiritueller Therapien (Worthington et al., 2011). Als klinische Fallbeispiele wurden dafür eine christliche kognitive Therapie bei einer depressiven Störung, eine buddhistische Selbst-Schema-Therapie bei einer Suchterkrankung, eine christliche Vergebungstherapie und eine muslimische kognitive Therapie bei einer Angststörung dargestellt. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass religiös-spirituelle Psychotherapie nachweislich sowohl psychologische als auch spirituelle Wirkungen zeigen. Allerdings wiesen sie darauf hin, dass ein einfaches Hinzufügen religiöser und spirituel-

ler Elemente zu einer etablierten säkularen Psychotherapie keine reliablen Verbesserungen zeigen würden. Die höchste Wirksamkeit religiöser und spiritueller Interventionen ließ sich bei hoch religiösen und spirituellen Patienten nachweisen. Die folgende Übersicht fasst den diesbezüglichen Wissensstand zusammen:

Evidenzbasierte religiöse und spirituelle Interventionen (Hook et al. 2010)

Effiziente Behandlungen:

Christlich adaptierte kognitive Therapie bei Depression
Zwölf-Schritte-Programm bei Alkoholismus

Effiziente Behandlungen in Kombination mit Meditation:

Muslimisch adaptierte Psychotherapie bei Depression

Effiziente stationäre Behandlungen:

Spirituelle Gruppentherapie bei Essstörungen
Buddhistisch adaptierte kognitive Therapie bei Aggressivität

Möglicherweise effiziente Behandlungen:

Christliche Kontemplation bei Angststörungen
Taoistisch adaptierte kognitive Therapie bei Angststörungen
Christlich adaptierte Gruppenbehandlung bei einer Verbitterungsstörung
Spirituelle Gruppenbehandlung bei Verbitterungsstörung
Christlich angepasste kognitiv-behaviorale Paartherapie
Christliche Beratung bei allgemeinen psychischen Problemen

Keine evidenzbasierten Wirkungsnachweise:

Spirituelle kognitiv-behaviorale Gruppentherapie bei Angststörungen
Muslimisch adaptierte kognitiv-behaviorale Therapie bei Schizophrenie
Christlich adaptierte kognitiv-behaviorale Therapie bei Essstörungen

Im Unterschied zu den USA, wo die allermeisten Studien durchgeführt wurden, existieren in Deutschland nur in ersten Ansätzen religiöse oder spirituelle Psychotherapien, die wissenschaftlichen Qualitätskriterien genügen (Grom, 2012). Hier ist ein großer Nachholbedarf zu decken, weil die religiösen Traditionen ohne Zweifel ein hohes therapeutisches Potenzial in sich bergen, das behandlungstechnisch nutzbar gemacht werden kann. Deshalb kann man den Aufsatztitel von Richards und Worthington (2010) aus deutscher Perspektive nur unterstreichen: Es gibt einen hohen „Bedarf an evidenzbasierten, spirituell orientierten Psychotherapien“. Für die deutschsprachige Psychotherapie konstatieren Richard und Freund (2012), dass bestehende religiös-spirituelle Ansätze, seien sie buddhistisch, transpersonal oder christlich ausgerichtet, eher ein Schattendasein führen und in ihrer Wirksamkeit noch nicht im Vergleich zu einer Kontrollgruppe untersucht worden seien.

Spirituell erweiterte Therapien schneiden dabei keinesfalls pauschal besser als herkömmliche Verfahren ab (Wade, Worthington & Vogel, 2007). In einer Metastudie wurden 220 Therapieverläufe von 51 Therapeuten verglichen, die zum Teil in ausgewiesenen christlichen, andere in staatlichen Beratungsstellen arbeiteten. Es wurden sechs traditionelle und

sieben religiöse Interventionen (mit dem Patienten beten, still beten, religiöse Konzepte verwenden, spirituelle Literatur und Praktiken empfehlen) erhoben. Im Gruppenvergleich ergaben sich keine bedeutsamen Verbesserungen durch die Einbeziehung religiöser Maßnahmen. Allerdings stellte die weltanschauliche Passung einen wichtigen Wirksamkeitsfaktor dar. Gemeinsame Glaubensüberzeugungen egal welcher Couleur erweitern demnach das therapeutische Beziehungsgeschehen und machen es möglich, die spirituelle Dimension des Patienten ernst zu nehmen.

Spirituelle Interventionen – pro et contra

Mit einem integrativen Ansatz aus humanistischem Menschenbild, systemischen und tiefenpsychologischen Konzepten wollen Brentrup und Kupitz psychologische und spirituelle Methoden verbinden. Die Autoren stellen zahlreiche schamanische, buddhistische, Quantenheilungs- und hawaiianische Heilrituale zur Einbeziehung in die Psychotherapie vor (Brentrup & Kupitz, 2015).

Wie spirituell darf ein Psychotherapeut sein? Unter welchen Voraussetzungen und Bedingungen können spirituelle Methoden in eine psychotherapeutische Behandlung einbezogen werden? Ein differenzierendes Vorgehen ist unerlässlich, denn es gibt gute Argumente sowohl für als auch wider die Einbeziehung spiritueller Methoden, wie die folgende Übersicht zeigt:

Spirituelle Methoden in der Psychotherapie – Argumente pro et contra

Argumente contra spirituelle Methoden:

- 1) Im öffentlichen Gesundheitswesen muss Psychotherapie weltanschaulich neutral sein, um einem Menschen unabhängig von seinem Glauben nutzen zu können.
- 2) Die Abstinenzverpflichtung des Psychotherapeuten besteht in dem Ziel, unabhängig von der persönlichen Einstellung des Behandelnden dem Patienten objektiv wirksame Bewältigungshilfen zu bieten.
- 3) Die therapeutische Einbeziehung von religiös-spirituellen Symbolen und Ritualen verändert die Rolle des Behandelnden – ein Psychotherapeut darf kein Guru werden!
- 4) Spirituelle Wirkfaktoren entziehen sich einer empirischen Überprüfung.
- 5) Es ist kaum anzunehmen, dass die Haltung des Therapeuten zu Religion und Spiritualität mit der des Patienten übereinstimmt. Aufgrund der fehlenden Passung können Missverständnisse und ethische Probleme entstehen.
- 6) Patienten können zur Abwehr realer Konfliktbewältigung auf eine religiöse oder spirituelle Deutungs- und Interpretationsebene flüchten.

Argumente pro spirituelle Methoden:

- 1) Wenn ein Patient seinen Glauben bisher oder früher als Kraftquelle erlebt hat, sollte diese Ressource in einer Psychotherapie genutzt werden.
- 2) Existenzielle Fragen des Menschseins wie Schuld, Leid, Sinn oder Tod können nicht psychotherapeutisch, wohl aber „gläubig“ beantwortet werden.
- 3) Studien belegen, dass spirituelle Methoden wie Meditation oder Gebet herkömmliche Behandlungsmethoden sinnvoll ergänzen können
- 4) Ein gemeinsames Weltbild von Behandler und Patient stärkt das Arbeitsbündnis.
- 5) Weil ein positives Gottesbild das Selbstwertgefühl und die Resilienz unterstützen, sollte es gezielt in die Behandlung mit einbezogen werden.
- 6) Die Einbeziehung eines „unsichtbaren Dritten“ („Gott“) erweitert die therapeutischen Möglichkeiten des Behandlungsraums.

Grundsätzlich ist zu unterscheiden, ob die professionelle Psychotherapie als Referenzrahmen bestehen bleibt, in dem spirituelle Aspekte integriert werden, oder ob die spirituellen Interventionen zu einer Basistherapie hin tendieren. Bernhard Grom (2012) hat idealtypisch vier Formen der Integration von Spiritualität und Psychotherapie unterschieden:

- Typ I:** Therapeutische Anregungen werden vom Patienten spirituell integriert (z. B. bei den Anonymen Alkoholikern, wo die weltanschaulich neutralen Impulse von gläubigen Patienten religiös gedeutet werden).
- Typ II:** Spirituelle Interventionen werden integriert in eine professionelle Psychotherapie (z. B. ein Gebet, Meditation oder Schriftlesung punktuell und begründet einsetzen).
- Typ III:** Psychotherapeutische Methoden spirituellen Ursprungs (z. B. achtsamkeitsorientierte Verfahren).
- Typ IV:** Spiritualität mit der Tendenz, Basistherapie zu werden (z. B. die transpersonale Psychologie, die von bestimmten weltanschaulichen Setzungen vorausgeht).

Bei den Typen 1 und 2 bleibt die professionelle Psychotherapie das Bezugsmodell, dessen Wirkfaktoren durch religiös-spirituelle Inhalte ergänzt und verstärkt werden. Bei Typ 3 werden die religiös-spirituellen Elemente säkularisiert und weltanschaulich neutral eingesetzt, während in Typ 4 die spirituelle Intervention als entscheidender Wirkfaktor ange-

sehen wird (Zwingmann, 2015). Bei allen Erwägungen einer Einbeziehung spiritueller Methoden muss aber stets der Behandlungsauftrag gewahrt bleiben: Eine Psychotherapie zielt auf eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit ab, nicht auf religiöses oder spirituelles Wachstum.

Wenn es fallbezogen nötig ist und Patient und Psychotherapeut zustimmen, können einzelne religiöse oder spirituelle Elemente begründet in eine professionelle Behandlung einbezogen werden. Zu warnen ist jedoch davor, beide Bereiche unkritisch zu vermischen, weil sonst eine wissenschaftliche Heilbehandlung in eine weltanschauliche Heilsvermittlung überführt wird.

An der Schnittstelle von Psychotherapie und Spiritualität sind noch viele Fragen ungeklärt. Es ist zu wünschen, dass bei der Weiterentwicklung der Psychotherapie die Gratwanderung zwischen dem Patientenschutz und den Möglichkeiten einer Nutzung empirisch geprüfter Ressourcen der Spiritualität – sofern beim Patienten vorhanden – in der Behandlung gelingt. Dazu sind verstärkte wissenschaftstheoretische Reflexionen, religionspsychologische Studien und entsprechende psychotherapeutische Weiterbildungen nötig. Erst dann kann professionell mit religiös-spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen in der Psychotherapie umgegangen werden. Personalisierte Behandlungen werden benötigt, die weder naturalistisch reduziert noch weltanschaulich-ideologisch aufgeladen sind.

Literatur

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



Prof. Dr. Michael Utsch

Evangelische Zentralstelle für
Weltanschauungsfragen (EZW)
Auguststraße 80
10117 Berlin
utsch@ezw-berlin.de

Prof. Dr. Michael Utsch, Dipl.-Psych., approbierter Psychotherapeut, ist nach klinischen Tätigkeiten als wissenschaftlicher Referent der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen in Berlin tätig. Er ist Honorarprofessor für Religionspsychologie an der Evangelischen Hochschule „Tabor“ in Marburg und leitet bei der Dt. Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DG-PPN) das Referat „Religiosität und Spiritualität“.

Langfristige psychische Folgen des „Hamburger Feuersturms“ (1943) durch die Generationen

Ulrich Lamparter & Christa Holstein

Zusammenfassung: In dem interdisziplinären Forschungsprojekt „Zeitzeugen des Hamburger Feuersturms und ihre Familien“ wurden die langfristigen seelischen Folgen der schweren Luftangriffe auf Hamburg Ende Juli 1943 untersucht. Die hier befragten Zeitzeugen haben die Angriffe meist als Kinder oder Jugendliche erlebt. Von Historikern¹ und Psychotherapeuten wurde den Fragen nachgegangen, inwieweit es zu schweren, bis heute nachweisbaren Traumatisierungen gekommen war, wie die Erfahrungen im „Hamburger Feuersturm“ individuell, familiär und gesellschaftlich bearbeitet wurden und was davon über Generationen hinweg weitergegeben wurde und wird. Die Arbeit stellt nach einer Darstellung des methodischen Vorgehens (semistrukturierte Interviews, typologische Auswertung, systematische Eindrucksbildung) das Ausmaß der traumatischen Auswirkungen, die psychische Weiterverarbeitung und die transgenerationale Weitergabe dar. Dabei werden verschiedene Prozesse der Weitergabe der Erfahrung auf die nächste Generation geschildert.

Einleitung

Die psychischen Folgen des Zweiten Weltkriegs in Europa und hier insbesondere des Europäischen Bombenkriegs sind bis heute nicht umfassend erforscht. In den Ländern der Sieger sah man für entsprechende Forschungsanstrengungen wenig Anlass. In Deutschland gab es viele Hemmnisse, sich intensiv damit zu beschäftigen, was der von den Deutschen unter Hitler entfachte und katastrophal verlorene Weltkrieg in den eigenen Seelen an Verstörung bewirkt hatte. In einer kollektiven Abwehr verband sich das Beschweigen der eigenen Taten und der eigenen Verwicklungen in ein verbrecherisches System mit einer Verleugnung der persönlichen Beschädigung. Die nicht zu verleugnende Schuld und die Scham, Hitler gefolgt zu sein oder nichts oder zu wenig gegen ihn getan zu haben, wurden beschwichtigt durch den Stolz über das Wiedergewinnen deutscher Stärke im Wirtschaftswunder. Schuld und Scham wandelten sich in das Bedürfnis anzupacken und wiederaufzubauen, dabei die Vergangenheit hinter sich zu lassen und nach vorne zu schauen. In der DDR gestaltete sich das kollektive Verarbeitungsschicksal anders. Hier gehörte die Erinnerung an die Verbrechen des Nationalsozialismus zur Staatsdoktrin und sie waren so eher manifest. Doch auch hier wurde nicht nach den seelischen Beschädigungen der einzelnen Menschen gefragt, vielmehr war durch die Ankündigung einer neuen Zeit und die Errichtung eines totalitären Überwachungssystems eine Absperrung gegenüber den Fragen nach all dem Vergangenen und seinen psychischen Auswirkungen errichtet.

Das Ausmaß der fortdauernden seelischen Not und Bedrängnis unzähliger scheinbar „normaler“ Menschen ist erst im Aufkommen der „Kriegskind-Bewegung“ deutlich geworden, nachdem die ersten Reflexionen des Geschehenen im Zuge der 1968er-Bewegung mehr der Aufdeckung der Taten und

der Enttarnung der Täter gegolten hatten. Im Jahr 1982 fand eine Tagung der Mitteleuropäischen psychoanalytischen Gesellschaften in Bamberg über die Wiederkehr von Krieg und Verfolgung in Psychoanalysen statt. Zornig und traurig wurde der Mangel an einer Thematisierung der Geschehnisse im und nach dem Zweiten Weltkrieg beklagt. Erst allmählich wurde der Weg frei für eine systematische wissenschaftliche Erforschung der psychischen Folgen des Zweiten Weltkriegs nicht nur bei den unmittelbar Betroffenen, sondern auch für die nächsten Generationen. Ende 2002 bildete sich der Forschungsverbund w2k (weltkrieg2kindheiten) auf Initiative des Psychoanalytikers Hartmut Radebold und des Historikers Jürgen Reulecke. Der in Frankfurt im Jahr 2005 durchgeführte Internationale Kongress „Die Generation der Kriegskinder und ihre Botschaft für Europa 60 Jahre nach Kriegsende“ kann als Markstein eines Perspektivwechsels auf die Erforschung eigener Beschädigung gelten. Von Michael Ermann wurde in München das Forschungsprojekt „Europäische Kindheiten im Zweiten Weltkrieg und ihre Folgen“ (z. B. Ermann, 2004, 2010; Müller, 2014) begründet. Weitere Arbeitsgruppen zum Beispiel in Leipzig um Elmar Brähler, Heide Glaesmer und Oliver Decker (z. B. Brähler, Decker & Radebold, 2004), in Münster um Gereon Heuft (z. B. Heuft et al., 2007) oder in Greifswald um Harald Freyberger, Carsten Spitzer und Philipp Kuwert (z. B. Kuwert et al., 2007) haben in den letzten Jahren zahlreiche empirisch fundierte Belege für ein Fortwirken der Kriegserfahrung in Deutschland erarbeitet. In diesem Kontext ist das im Folgenden geschilderte Projekt verortet. Seine Besonderheiten sind die praktische interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Historikern, die Einbeziehung der Folgegeneration und der lokale Bezug auf ein einzelnes Kriegsereignis.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Interdisziplinäre Perspektiven des Projekts²

Mit dem Begriff „Hamburger Feuersturm“ werden Luftangriffe Ende Juli 1943 auf Hamburg zusammengefasst. Das Ausmaß an Zerstörung übertraf alles damals Bekannte: Man geht von 35.000 Toten und 125.000 Verletzten aus. Über zwei Drittel des Hamburger Wohnraums wurden zerstört. 900.000 Hamburger wurden über das ganze damalige Reichsgebiet verstreut. Dieses Ereignis hat sich tief in das kollektive Gedächtnis der Stadt eingegraben (Thieß, 2007). Die das Projekt „Zeitzeugen des Hamburger Feuersturms (1943) und ihre Familien“ tragenden Historiker und Psychoanalytiker waren sich darin einig, dass gerade die Lokalisation der Forschungsbemühungen auf ein umschriebenes und herausgehobenes Kriegsereignis einen fruchtbaren Ansatz darstellt, langfristige Folgen des Zweiten Weltkriegs in Deutschland zu untersuchen, und brachten doch verschiedene Perspektiven ein. Die Historiker Linde Apel, Malte Thieß und Dorothee Wierling interessierte vor allem, wie die heutigen Zeitzeugen ihre Erinnerung in der Rückschau gestalten und welche Rolle dabei Verarbeitungsvorlagen aus dem soziokulturellen Gedächtnis der Stadt spielen. Sie machten weiter auf die höchst verschiedene Verwendung des Topos „Feuersturm“ in politischen Diskussionen aufmerksam, die Malte Thieß herausgearbeitet hatte (Thieß, 2007). Sie meinten, einen inflationären Gebrauch des Begriffs der Traumatisierung in der Psychotherapie wahrzunehmen und kritisierten dabei mangelnde Differenzierungen zwischen schrecklichen und schlimmen Erlebnissen und tatsächlichem seelischem Trauma. Für die mitarbeitenden Psychoanalytiker und Psychotherapeuten war wichtig, den Blick auf faktische, aber latente Traumatisierungen zu richten und nach ihnen zu suchen. Sie gingen in ihren Grundannahmen von einer „latenten Fortexistenz der Erfahrung“ aus und weniger von einer „situativen Konstruktion der Erinnerung“.

Fragestellung und Methoden

Die zentralen Fragestellungen des Projekts waren, inwieweit es damals zu schweren, bis heute nachweisbaren Traumatisierungen gekommen war, wie die Erfahrungen im „Hamburger Feuersturm“ individuell, familiär und gesellschaftlich bearbeitet wurden und was davon über Generationen hinweg weitergegeben wurde und wird.

Grundlegende Methode waren lebensgeschichtliche, auf Tonband aufgezeichnete Interviews mit Zeitzeugen und ihren erreichbaren Nachkommen. Im Anschluss an eine Artikelserie über den Hamburger Feuersturm im „Hamburger Abendblatt“ konnten 60 Zeitzeugen interviewt werden. Sie waren zum Zeitpunkt des Feuersturms überwiegend Kinder, Jugendliche, vereinzelt auch junge Erwachsene und damals zwischen drei und 27 Jahren alt. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Befragung betrug 75 Jahre (66 bis 91 Jahre).

Die Interviews im Projekt wurden in den Jahren 2005 bis 2010 semistrukturiert von Psychoanalytikern des Hamburger Michael-Balint-Instituts und psychodynamischen Psychotherapeuten durchgeführt, transkribiert und anschließend in *interdisziplinären Fallkonferenzen* diskutiert. Zur Sicherung der Interdisziplinarität wurden die sogenannten *paradigmatischen Fälle* (s. u.) der Zeitzeugen ein zweites Mal durch die Historiker des Projekts interviewt. Es zeigten sich dabei keine Differenzen in den zentralen Befunden. Die Auswertung der einzelnen Interviews hatte das Ziel, die Erfahrung des Feuersturms des einzelnen Zeitzeugen in seinem persönlichen Schicksal einführend-rekonstruierend zu beschreiben und die Auswirkungen auf sein weiteres Leben abzuschätzen. Neben einer aufnehmend-kritischen Analyse des manifesten Materials galt es, auf Brüche oder Auslassungen im Interviewtext zu achten, in denen Funktionen der Abwehr deutlich wurden. Dabei musste das Interview als Ganzes ebenso wie einzelne emotional besonders dicht erscheinende Stellen in ihrer emotionalen Wirkung auf den Interviewer reflektiert werden. Nicht zuletzt wurden auch die emotionalen Vorgänge und Reaktionen bei den Forschern einbezogen, die das Interviewtranskript auswerten.

Die zusammenfassende Auswertung der Interviews über den Einzelfall hinaus geschah über eine typologische Auswertung, in der paradigmatische Fälle bestimmt wurden. Weiter wurden die Interviews mit den Zeitzeugen mittels einer systematisierten Diagnostischen Eindrucksbildung (Lamparter, Drost & Nickel, 2015) ausgewertet. Ergänzend wurden zahlreiche Fragebogendaten mit eingeführten psychometrischen Instrumenten erhoben.

Zentrale Ergebnisse des Projekts

Die *typologische Auswertung* zeigte, dass sich die langfristige Verarbeitung der gesamten Kriegserfahrung unter dem Einfluss „innerer Leitorganismen“ strukturierte. So standen Leitmotive wie etwa berufliche Entwicklung, Familie, Sicherheit und Wohlstand bei unseren Zeitzeugen im Vordergrund. Diese Prozesse in ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung wurden an neun paradigmatischen Fällen näher studiert und zusammenfassend beschrieben (vgl. Lamparter et al., 2010; Möller & Lamparter, 2013). Für die von uns untersuchten Zeitzeugen lässt sich folgende zusammenfassende Aussage treffen: Das Feuersturm-Erleben bildete eine biographische Wende, ein Urerlebnis, das bis heute untergründig wirkt und

² Das Projekt wurde durch die Gerda-Henkel-Stiftung Düsseldorf, die Köhler-Stiftung Essen und die Werner-Otto-Stiftung Hamburg großzügig gefördert. Es erhielt weitere Unterstützung aus dem Forschungsfond der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV). Der Forschungsgruppe „Zeitzeugen des Hamburger Feuersturms und ihre Familien“ gehörten an: PD Dr. Ulrich Lamparter, Dr. Christa Holstein, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Prof. Dr. Silke Wiegand-Greife, PD Dr. Birgit Möller, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Prof. Dr. Dorothee Wierling; Dr. Linde Apel; Jun.-Prof. Malte Thieß, Forschungsstelle für Zeitgeschichte an der Universität Hamburg.

Erlebensdispositionen schaffte, die eine besondere spätere Labilität bedingen. Die Erfahrungen resultierten in einem tiefen inneren Verletzungsgefühl, das bewusst mehr oder weniger zugelassen wird. Berichtet wird vermehrte Ängstlichkeit und eine aversive und ängstliche Haltung gegenüber Sirenen, Brandgeruch (Grillen), Feuerwerk etc. Das wird zum Beispiel in die Aussage gekleidet: „*Da sitzt etwas in mir, das nicht weggeht*“. Diese Traumatisierung im Sinne einer basalen Erschütterung bleibt auch bei Betroffenen mit mehr oder weniger „geglückter“ Verarbeitung erhalten. Die Erinnerung an diese Erfahrung im Bombenkrieg wird einerseits eingekapselt, ist aber weiter dynamisch aktiv und richtet das sonstige Erleben wie ein Magnet aus.

Ein im Rahmen der *Systematischen Diagnostischen Eindrucksbildung* angelegtes diagnostisches Tableau zeigte die relevanten Erlebnisfiguren in der gesamten Untersuchungsgruppe noch deutlicher auf (Drost & Lamparter, 2013). Über 70% unserer Zeitzeugen wurden ausgebombt und verloren ihr Haus oder ihre Wohnung und sämtliche Habe. Doch sie meinten, eher Glück gehabt zu haben, denn sie hatten ja überlebt – es sei denn, es waren weitere Traumatisierungen zum Beispiel durch Trennungen gefolgt. Es gab weniger Verluste der nächsten Familienangehörigen und weniger eigene Verletzungen in unserer Untersuchungsgruppe, als wir erwartet hatten. Es handelte sich um eine Situation, in der man entweder gemeinsam mit seinen Angehörigen überlebte oder umkam. Eingepägt hat sich in charakteristischer Weise der Anblick von Toten, die massenhaft herumlagen, oft grauenvoll entstellt waren oder wie scheinbar lebendig noch dasaßen. Als wichtige diagnostische Gesichtspunkte für die Zeit nach dem Krieg erwiesen sich eine große Anpassungsfähigkeit nach dem Krieg und die Konzentration auf den Wiederaufbau. Für das langfristige Verarbeitungsschicksal zeigte sich die unmittelbare Nachkriegszeit als besonders bedeutsam: Diejenigen, in deren Familien über das Erlebte gesprochen wurde, waren in der Nachkriegszeit weniger Belastungen ausgesetzt und erleben sich heute eher als psychisch gesund (Lamparter, Drost & Nickel, 2015).

Fragebögen und kritische Nachanalyse zur Frage der Traumatisierung

Die mittels Fragebögen erfasste manifeste psychische und psychosomatische Symptomatologie erbrachte Befunde eher im subklinischen Bereich: Die mit dem Instrument HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) erhobenen quantitativen Daten (Sydow, 2013) weisen eine geringfügig höhere Ängstlichkeit und Depressivität gegenüber den altersnormierten Vergleichsdaten der Normalbevölkerung auf.

Zur Erfassung einer fortbestehenden Symptomatik im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung wurde der PDS-1 Fragebogen (Posttraumatic Stress Diagnostic Rating-Scale) (Ehlers, Steil, Winter & Foa, 1996; Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997) eingesetzt. Hier überschritten nur vier Zeitzeugen die kritischen Werte und gaben dabei klar den Feuer-

sturm als Bezugsereignis an (Buder, 2010). Dieser Befund war Anlass, in einer gesonderten Gegenüberstellung der Originalfragebögen und der Interviewtranskripte der Frage der Traumatisierung erneut nachzugehen (Lamparter & Holstein, 2014). Nun zeigte sich, dass noch heute schwer betroffene Zeitzeugen in diesem Instrument die vorgegebenen posttraumatischen Folgesymptome – möglicherweise aus Abwehrgründen – als nicht vorhanden einschätzten. Das Ausmaß der Traumatisierung wurde nach dem klinischen Eindruck aus der kritischen Nachanalyse im Fragebogeninstrument deutlich unterschätzt. Dies liegt nicht nur an einer Limitierung der Fragen nach traumabezogenen Symptomen auf die vorangegangene Woche oder an Schwierigkeiten der oft schon betagten Personen in der Handhabung des Fragebogens, sondern ist in der Konstruktion des PDS-Fragebogens bedingt, der sich streng an die DSM-IV-Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung hält. Im PDS-Bogen werden so psychische Folgen nicht erfasst, die außerhalb des vorgegebenen Symptompektrums liegen: traumatische Beschädigungen, die sich subtil und gleichzeitig umfassend in der Persönlichkeit auswirken und sich als „tiefe Erschütterung des Selbst- und Weltverhältnisses“ bezeichnen lassen, lebenslang vermehrte subtile Ängstlichkeit und Depressivität oder der Verlust empathischer Fähigkeiten. Viele dieser Folgen entziehen sich schon deshalb einer Feststellung durch Fragebögen, weil sie den Zeitzeugen gar nicht als solche bewusst sind, verleugnet oder wenig beachtet werden oder in einer generationspezifischen subjektiven Normalität scheinbar untergehen. Weiter kann in einem Fragebogen kaum abgebildet werden, wenn bei späteren Traumatisierungen im Laufe des Lebens die frühere Feuersturm-Erfahrung erschütternd wirksam ist oder wenn neue Belastungen im weiteren Lebensverlauf in der Struktur der Feuersturm-Erfahrung erlebt und verarbeitet wurden. Die seelischen Folgen tiefgreifender Kriegserfahrungen in der Kindheit gehen so nach unserem Eindruck über eine Traumatisierung im Sinne einer syndromal umschriebenen Posttraumatischen Belastungsstörung weit hinaus und erfordern eine eigene klinische Differenzierung. In einer kritischen Nachanalyse des Interviewmaterials wurden die Traumafolgen mit folgenden Begriffen geordnet: Manifeste Traumatisierung, Grunderschütterung und Prägung (Lamparter & Holstein, 2014).

Wie wurden die Erfahrungen im Feuersturm in der Familie an die nächsten Generationen weitergegeben?

In unserem Projekt haben wir uns darauf verständigt, mit möglichst wenig psychologischen Vorannahmen zu arbeiten. Wir sind deshalb von einem sehr weiten Begriff von Weitergabe ausgegangen und orientierten uns an den Fragen, wie die Zeitzeugen in ihren Familien mit ihren Erlebnissen im Hamburger Feuersturm umgegangen sind und wie ihre Kinder diese Erlebnisse aufgenommen und für sich selbst verarbeitet haben. Methodisch haben wir jede Generation für sich untersucht. Der das Interview strukturierende Leitfaden

wurde entsprechend angepasst. Dazu konnten mit sieben Familien ergänzende Familieninterviews geführt werden.

In unserer Untersuchungsgruppe hatten 53 Zeitzeugen insgesamt 106 Kinder, von denen 45 Personen interviewt werden konnten. Sie repräsentierten altersmäßig ein weites Spektrum. Die meisten wurden in der Zeit des sogenannten Wirtschaftswunders geboren, nämlich in den Jahren 1952 bis 1962, und waren zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 55 und 65 Jahre alt. Elf der Befragten aus der „zweiten Generation“ wurden erst nach 1968 geboren und waren deutlich jünger.

Was weiß die zweite Generation über die Erlebnisse ihrer Eltern im Feuersturm?

Die folgenden Zitate sollen einen Eindruck vermitteln, wie die Kinder das Erleben ihrer Eltern im Feuersturm schilderten:

„Die Hitze, ähm, sehr viel, äh, Wind oder, oder Luft angezogen hat und dadurch es also richtige Stürme in den Straßen gab.“

„Sie sind mit einem nassen Bettlaken über sich durch das Feuer gelaufen.“

„Diese Wahnsinnsängste, die man dort ausgestanden hat, ungeschützt... im Hotelkeller... Naja, sowas läuft einem dann schon eiskalt den Rücken runter.“

„Sie (die Zeitzeugin) war völlig versteinert, erstarrt dort (im Bunker).“

„Sie sah komische schwarze Holzstücke... bis ihr klar geworden ist, dass das verbrannte Leichen waren.“

„Dieser Schock, den man denn ja hatte, alles Trümmer, alles raucht und es ist nichts mehr da.“

„Wie sie dann wieder raus sind, und dann plötzlich alles rundherum in Schutt und Asche war und alles brannte.“

„Dass es also Menschen gegeben hat, die wirklich dann bei, ja lebendigem Leibe verschmort sind oder gar im heißen Asphalt versunken sind.“

„Weil, sie hat die Oma und die Mutter sterben sehen und so aufgrund von Bomben... Und sie dreht sich um und sieht das voll.“

In der kategorialen Auswertung dieser Schilderungen wurde unterschieden zwischen dem konkreten Wissen darüber, was der Mutter oder dem Vater während des Feuersturms zugestoßen ist, also der Kenntnis der äußeren Sachverhalte, und dem emotionalen Wissen, d. h. einem Wissen, das von den Emotionen im Feuersturm wusste oder sie sich vorstellte und die Erlebnisse innerlich nachvollzog. Daraus ergaben sich folgende Kombinationen:

- Konkretes Wissen und emotionale Einfühlung:
15 Kinder (10 Frauen, 5 Männer)

- Konkretes Wissen und wenig emotionale Einfühlung:
4 Kinder (1 Frau, 3 Männer)

- Wenig konkretes Wissen und emotionale Einfühlung:
15 Kinder (8 Frauen, 7 Männer)

- Wenig konkretes Wissen und wenig emotionale Einfühlung:
11 Kinder (9 Frauen, 2 Männer)

Ein Drittel der interviewten Kinder verfügte sowohl über ein konkretes als auch über ein emotionales Wissen in Bezug auf die Kriegs- und Feuersturm-Erlebnisse der Eltern. Sie hatten eine gute Detailkenntnis und konnten plastisch von den Erlebnissen der Zeitzeugen erzählen. Sie nahmen sie mit ihrer persönlichen Geschichte, existenziellen Bedrohung und Angst wahr. Ihre emotionale Beteiligung war für den Interviewer deutlich spürbar. Einige weinten sogar bei der Schilderung von Zerstörung und Todesangst.

Nur vier Kinder konnten sich trotz konkreten Wissens nicht in die Eltern einfühlen. Sie hatten zwar ein Interesse an technischen Details, aber distanzieren sich emotional vom Erleben der Zeitzeugen. Die Gefahr wurde heruntergespielt. Eine Tochter äußerte lediglich die Vermutung, dass ihr Vater wohl Angst gehabt haben müsste.

Ein weiteres Drittel konnte sich trotz wenig konkreten Wissens jedoch in die Erlebnisse der Eltern einfühlen. Sie versuchten, das fehlende Wissen mit ihrer Phantasie auszufüllen. Bei allen gab es ein tiefes inneres Ahnen von den Schrecken des Krieges, von Chaos, existenzieller Angst und Lebensbedrohung, aber eher global und archaisch. Manche konnten sich nur schwer abgrenzen, es kam ihnen vor, als hätten sie es selbst erlebt. Auffällig war, dass sich in dieser Gruppe relativ viele Söhne befanden.

Wenn, wie bei einem Viertel, die untersuchten Kinder die Emotionen im Feuersturm wenig nachvollzogen, verfügten sie auch nur über ein geringes konkretes Wissen um die Geschehnisse. Meistens war die Beziehung zum Zeitzeugen relativ kühl oder auch gestört und ermöglichte wenig Empathie.

Bei den Geschwistern, die wir interviewt haben, traten in Bezug auf ihr Wissen und ihre emotionale Einfühlung große Unterschiede auf. Die jüngeren Geschwister erlebten die Zeitzeugen entspannter, konnten mehr nachfragen und sich auch besser einfühlen. Ein jüngerer Bruder fühlte sich aber auch ausgeschlossen, da in der Familie vor allem mit den älteren Geschwistern über den Krieg gesprochen wurde.

Zusammenfassend ließ sich feststellen, dass in der überwiegenden Anzahl der Familien über den Hamburger Feuersturm und den Krieg gesprochen wurde, sodass ein konkretes Wissen um die Geschehnisse im Interview deutlich wurde. Das variierte jedoch stark in Bezug darauf, wie viel und wann erzählt wurde. Denn die Hälfte der Kinder wusste nur relativ wenig vom Feuersturm. Ein Drittel der Kinder kannte schriftliche Berichte der Eltern, die diese allerdings oft erst im hohen

Alter geschrieben hatten. Die meisten Kinder konnten eine emotional eingefühlte Vorstellung vom Erleben ihrer Mutter oder ihres Vaters im Feuersturm entwickeln (18 Frauen und 12 Männer, bei insgesamt 28 Frauen und 17 Männern). Ein gravierender Geschlechtsunterschied ergab sich nicht.

Bestimmung paradigmatischer Fälle in der Kindergeneration

Ähnlich wie es bereits in der Generation der Zeitzeugen praktiziert worden war, bestimmten wir auch in der Generation der Kinder der Zeitzeugen *paradigmatische Fälle*: einzelne Fälle, die in ihrer Gesamtheit das Spektrum der Beobachtungen hinreichend repräsentieren und gleichsam als „Leuchttürme“ das Feld erhellen. In der Generation der Kinder bestimmten wir in diesem Sinne sieben paradigmatische Fälle (vgl. Holstein & Lamparter, 2013).

Textanalyse: Austauschprozesse zwischen den Generationen

Um mehr über die Austauschprozesse zwischen den Generationen zu erfahren, suchten wir bei den paradigmatischen Fällen aus beiden Generationen zunächst diejenigen Interviewpassagen heraus, welche die *Folgen* des Feuersturms thematisieren. Wir stellten diese Passagen dann themenverwandten Passagen aus den Interviews mit den jeweils zugehörigen Eltern oder Kindern gegenüber und betrachteten diese Textpassagen genauer unter dem Aspekt der sich darin darstellenden intergenerationalen Austauschbezüge. Diese wurden dann unter der Einbeziehung des gesamten Interviewtextes eingehend diskutiert. Nach der Diskussion der Textpassagen im Detail wurde für jedes Eltern-Kind-Paar eine kurze beschreibende Zusammenfassung der Transmissionsprozesse zwischen den Generationen erstellt. Fallnah wurde nach prägnanten Formulierungen gesucht, die möglichst anschaulich und genau die wesentlichen Vorgänge der Weitergabe begrifflich erfassen sollten.

Zur Veranschaulichung werden im Folgenden die in diese Analyse einbezogenen Zeitzeugen-Kinder-Beziehungen in kurzen Fallskizzen geschildert. In diese Darstellung sind zwei Fälle aus der Zeitzeugengeneration (Esther Angel und Heinrich China)³ aufgenommen, die nicht damit einverstanden waren, dass wir an ihre Kinder mit der Bitte um ein Interview herantreten.

Die paradigmatischen Zeitzeugen-Kinder-Beziehungen

Frauen in der Zeitzeugengeneration und ihre Kinder Gerda Berlin, geb. 1921/Christine Berlin, geb. 1950, Jochen Richard Berlin, geb. 1957

Frau Berlin erlebte die Angriffe als existenzielle Grenzerfahrung im Kreis der Familienmitglieder, die sich an den Händen fassten und körperlichen Kontakt suchten. Sie steht in der

typologischen Einschätzung als paradigmatischer Fall für einen ausgeprägten familiären Zusammenhalt, späteren Erfolg im Beruf und eine Identitätssicherung aus dem Überleben. Ihre Tochter Christine schildert diffuse Angstträume, die sie mit Flugzeugangriffen in Verbindung bringt. Ihre Angst, die „Schutzburg zu verlieren“, wird wahrscheinlich aus der Erfahrung des Bombenkriegs der Mutter gespeist. Ihr sind diffuse Stimmungsbilder von deren Erzählungen geblieben. Die gerettete Weihnachtsglocke wird heute noch in Ehren gehalten. Ihr jüngerer Bruder Jochen Richard hat aufgrund von ambivalenten und spannungsreichen Familienbeziehungen eine klare Abwehrhaltung gegen alle Fragen aus der Familiengeschichte und damit auch gegen das Feuersturm-Erleben im Interview präsentiert.

Liesbeth Struve, geb. 1922/Roswitha Hude, geb. 1959

Frau Struve wurde im Projekt als paradigmatischer Fall für die Folgen eigener Verletzung und schwerer Verlust- und Trennungserlebnisse im Feuersturm und ihre abwehrgetragene Verarbeitung benannt. Ihre Tochter Roswitha Hude ist schwer psychisch erkrankt. Die abgewehrten Aspekte der Feuersturm-Erfahrung mit ihren schrecklichen Verlusten wurden offenbar von der Tochter aufgegriffen und empfunden. Die psychische Kapazität der Tochter ist bereits in früheren Jahren überfordert gewesen. Es kann vermutet werden, dass sie unbewusst die verlorenen Menschen ersetzen sollte. Fürsorge für die Mutter ist ihr zentraler Lebensinhalt.

Esther Angel, geb. 1925

Frau Angel erlebte die Angriffe in der zentralen Polizeileitstelle als Funkermädchen. Sie steht typologisch für das mit dem System hochidentifizierte „BDM-Mädel“ mit bis heute ambivalenter Einstellung und Ressentiment. Ihre beiden Söhne sollten nicht interviewt werden.

Edelgard Ballhaus, geb. 1934/Miriam Ballhaus, geb. 1963

Frau Ballhaus war mehrfach den Angriffen ausgesetzt und wurde zweimal „ausgebombt“. Obwohl sie als Beispiel einer positiven und konstruktiven Bewältigung des Feuersturms gelten kann, ist sie auf eine zweite Weise mit dem Geschehen in der NS-Zeit verbunden. Bis heute beschäftigt sie, dass ihr geliebter Vater als Hauswart die Schlüssel der jüdischen Familien entgegennahm und über deren Hausrat sorgfältige Verzeichnisse führte, als diese deportiert wurden. Sie konnte nach dem Krieg viele neue Erfahrungen machen und steht im Projekt als Beispiel für eine bewusste Erinnerung an den Feuersturm und aktive Geschichtsarbeit. Ihre sachlichen und entemotionalisierten Schilderungen der Geschehnisse machten es ihrer Tochter Mirjam möglich, nachzufragen. Sie erzog ihre Tochter früh zur Selbstständigkeit. Die Tochter aber hätte sich mehr Geborgenheit gewünscht. Sie schildert auch aggressive Ausbrüche der Mutter. Jedoch ist sie in der Lage, sich mit dem gesunden Anteil der Mutter zu identifizieren und ihre Abwehrleistung nachzuvollziehen und anzuerkennen. Üb-

³ Es handelt sich um Alias-Namen. Unter diesen Namen sind alle Interviews in der „Werkstatt der Erinnerung“ in der Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg anonymisiert archiviert und können dort eingesehen werden.

rig geblieben ist eine diffuse Angst, dass etwas Schlimmes passieren könnte. Gemeinsam mit ihrer Mutter beschäftigt sie sich mit der Geschichte ihres früher jüdisch geprägten Stadtviertels.

Heidi Behrends, geb. 1939/Sabine Rauhe, geb. 1969

Frau Behrends erlebte die Angriffe im Keller. Als das Haus getroffen wurde, war der Ausgang verschüttet. Schließlich gelang die Flucht, doch die Mutter bot keinen Schutz mehr, sie war „psychisch am Ende“. Frau Behrends zeigt paradigmatisch das Schicksal und die Art des Erlebens und der seelischen Verarbeitung eines sehr kleinen Kindes und die traumatische Reaktivierung des Erfahrungsmusters durch schlimme Erfahrungen im späteren Leben. Ihre Tochter Sabine Rauhe wehrt sich in einer wechselvollen und spannungsreichen Beziehungsgeschichte gegen wahrgenommene Überschwemmungen und Instrumentalisierungen. Als Angehörige der „Aufräumgeneration“ verweigert sie ihrer Mutter den vorgeblich von ihr reklamierten „Dauer-Opfer-Status“ und wehrt sich gegen deren Erzählungen. So weiß sie nichts Genaues, sie wisse nur, dass Hamburg „kaputt gebombt“ werden sollte.

Else Lauf, geb. 1935/Margot Lauf, geb. 1962

Frau Lauf konnte als Achtjährige nur mit Not aus dem verschütteten Keller gerettet werden und sah auf ihrer Flucht durch die brennende Stadt viele verkohlte Leichen. Obwohl sie Ängste und Alpträume bei sich beschreibt, kann sie ihrer Tochter eher sachlich von ihren Erlebnissen erzählen und das Überleben der Familie betonen. Die Tochter nimmt eine Schonhaltung der Mutter gegenüber ein, fragt nicht nach, weint jedoch im Interview, als sie davon erzählt, wie ein Behinderter bei der Flucht aus dem Keller zurückgelassen wurde. Sie merkt kritisch an: „Aber das Silberbesteck konnte gerettet werden“. In der Familie gibt es viele Konflikte und aggressive Spannungen. Die Verwicklung des Vaters in den Nationalsozialismus wird verschwiegen. Die familiäre Weitergabe enthält Elemente von Erzählen und Verschweigen, Einfühlung und Gefühlsabwehr. Hier verbinden sich Angst, Weinen und Verlusterleben mit dem Thema der Aggression. Die Erfahrungen der Eltern im Krieg scheinen die Lebensentwicklung der Tochter thematisch zu bestimmen. Sie widmet ihre berufliche Arbeit den Opfern in einem afrikanischen Bürgerkrieg und verzichtet auf die Gründung einer eigenen Familie.

Eva Hölling, geb. 1936; Carl Hölling, geb. 1938/Ida Fiedler, geb. 1971

Beide Eltern haben den Feuersturm erlebt und wurden ausgebombt. Die Zeitzeugin Eva Hölling fühlte sich immer als einsames, verlassenes Kind, das schon vor dem Feuersturm unter dem frühen Tod ihrer psychotischen Mutter litt, die wohl von den Nationalsozialisten im Rahmen der Euthanasie umgebracht wurde. Ihr Mann und Zeitzeuge Carl Hölling ist für die psychische Stabilität der Zeitzeugin sehr wichtig. Seine zentrale „Feuersturmgeschichte“ ist eine Fluchtgeschichte: „Dem Blockwart eins auf den Schädel geben“, damit man aus dem Keller rauskommt. Er steht damit für die Aggressi-

on, die schützt, aber auch Angst macht. Die Weitergabe der Erfahrungen, auch die des Vaters, wurde über die Mutter vermittelt. Die Tochter erlebt sich als emotionaler Container für die auch heute noch virulenten Ängste der Mutter und wehrt sich dagegen: „Die hat mir ihren Schock vermittelt.“ Dass sie mit der Puppe der Mutter spielen sollte, die im Feuersturm gerettet werden konnte, erlebte sie als besondere Belastung, weil sie Angst hatte, diese kaputt zu machen. Der Feuersturm ist für sie eine prägende Leiderfahrung, real, präsent, überfordernd und überlastend. Sie kann sich schwer von ihren Ängsten vor Feuer und Verlust der Kinder distanzieren. Bei ihren Partnerschaften ist sie an Wiederholungen gescheitert. Die Beziehung zu den Eltern ist von Missverständnissen und Kontaktabbrüchen geprägt. Sie versucht, mit ihren Kindern offener umzugehen als ihre Eltern mit ihr und will sie vor den Kriegserzählungen der Eltern schützen. Als typische transgenerationale Muster erscheinen Funktionalisierungen, Überschwemmungen und ein Fürsorge-Empathie-Missverständnis. Während die Zeitzeugen ihr Mitgefühl in materieller Fürsorge (es warm haben, sichere finanzielle Verhältnisse) ausdrücken und dabei darauf verweisen, was ihnen selbst an Schlimmem widerfahren ist, wünscht sich die Tochter empathische Einfühlung in ihr eigenes Erleben und registriert anhaltend und schmerzlich das Ausbleiben der ersehnten Zuwendung.

Greta Echter, geb. 1940/Susi Echter-Strutz, geb. 1967

Frau Echter wurde als Dreijährige von der Mutter durch die brennende Stadt getragen. Ausbombung und Nachkriegszeit sind für sie ein Kontinuum der Not. Aufgrund ihrer Armut erlebte sie sich als ausgegrenzt. Der Tod des kleinen Bruders an einer versehentlichen Vergiftung war für die Familie traumatisch und führte zu einer Tabuisierung der Kriegserfahrungen. Frau Echter identifizierte sich mit ihrem tüchtigen Vater und kam beruflich voran. Auch eine stabile Partnerbeziehung hilft. Ihre Tochter Susi Echter-Strutz hat eine sehr nahe Beziehung zur Zeitzeugin und ein besonders einführendes, identifikatorisches Verständnis von ihrem Erleben im Feuersturm entwickelt. Ihr Wunsch, das Leid der Mutter zu teilen, geht so weit, dass im Interview verschimmt, über wessen Erleben genau gesprochen wird. Sie übernimmt zentrale Ängste, z. B. die Angst, die Familie könnte auseinandergerissen werden. Wie die Mutter bezieht sie einige ihrer Lebensentscheidungen aus der historischen Erfahrung der Familie, flüchten zu müssen: „Ich habe nur zwei Kinder, damit ich an jeder Hand eins halten kann.“ Sie übernahm identifikatorisch vielfältige zeittypische Einstellungen, die aus der Erfahrung des Krieges und des Verlustes gewachsen sind.

Männer in der Zeitzeugengeneration und ihre Kinder

Heino Stich, geb. 1926/Sabine Reisen, geb. 1956; Gudrun Stich, geb. 1960

Herr Stich sieht sich als „gebranntes Kind des Krieges“. Er erlebte den Feuersturm in einer Flakstellung. Wie viele seiner Altersgenossen musste er später an der russischen Front noch Schlimmeres (Panzerangriffe, Tod von Kameraden im

Schützengraben, Hunger, Gefangenschaft) erleben. Folgen des Krieges sind bis heute choleraische Ausbrüche, Schlaflosigkeit und Alpträume. Er versuchte, nach dem Krieg eine heile Familie zu schaffen, und erträgt nur schwer, dass seine Töchter sich selbständig machen wollen. Der älteren Tochter, Frau Reisen, gelingt die Abgrenzung nur um den Preis eines zeitweiligen Kontaktabbruchs. Sie erlebt seine kontrollierende Fürsorge nicht als Kompensation für das Schreckliche, sondern als massive Einengung. Ihr Gegenentwurf ist Freiheit und Selbstständigkeit. Die jüngere Tochter, Frau Stich, hat sich dem Vater in einer emotional intuitiven Annäherung zugewandt. Sie lebt nach einer Scheidung wieder auf dem elterlichen Grundstück. Ihre Grundhaltung ist schützend und fürsorglich, nicht kritisch. Sie kann das Fürsorgethema des Vaters anders aufnehmen als ihre Schwester und mit einer „Gegenfürsorge“ antworten.

Helmut Stier, geb. 1927/Boris Stier, geb. 1958

Herr Stier hat als Lehrling den Feuersturm voller Angst in einem Aufzugschacht erlebt. Er erinnert die Angst und das Entsetzen beim Gang durch die zerstörten Straßen voller Leichen. Es prägte sich ein tiefes Gefühl der Verlorenheit aus, als gegen Ende des Krieges seine Mutter starb und er selbst noch zu den Endkämpfen eingezogen wurde. Nach dem Krieg konnte er einen beachtlichen beruflichen Aufstieg gestalten. Innerlich blieben Ängste, über die er nicht sprechen kann, die aber von seinem sensiblen Sohn erspürt werden. Der Sohn nimmt die Verletzlichkeit des Vaters wahr und respektiert dessen emotionale Grenzen. Die gemeinsame Haltung einer Vermeidung der Erzählung zieht sich durch die Familie. Es bestehen delegatorische Aufträge, denn die Kinder und Enkelkinder sollen den beruflichen Erfolg und die Bildung erreichen, die der Erlebengeneration durch die Zeitläufe versagt blieben.

Heinrich China, geb. 1933

Herr China hat den Feuersturm im Keller und dann auf der Flucht auf einem freien Platz erlebt und ist durch herumfliegende Gegenstände getroffen worden. Er kann seine Gefühle kaum verbalisieren, aber er entwickelt eine Vorwurfshaltung an die nächsten Generationen, die nichts davon verstünden, was er und seine Altersgenossen durchgemacht hätten. Dementsprechend durften wir seine Tochter nicht interviewen.

Ronald Korn, geb. 1935/Udo Korn, geb. 1962

Für Herrn Korn verband sich sein Erleben von Angst und Destabilisierung bei der Bombardierung im Hochbunker, der Ausbombung und der Flucht durch die zerstörte Stadt mit der Trennungsgeschichte seiner Eltern. Er musste der eher ängstlichen Mutter Halt geben, konnte aktiv sein und damit seine eigene Angst kontrollieren. Heute stellt er sich öffentlich als Zeitzeuge zur Verfügung. Der Sohn fühlt sich durch den delegatorischen Auftrag, seine Familie nicht zu verlassen, überfordert. Vordergründig geschieht die Weitergabe der Erfahrung vor allem durch die von Vater und Sohn geteilte Faszination an allem Technischen und die identifikatorische Teilhabe des

Sohnes am Erleben des Zeitzeugen. Bei allen Bemühungen erreichen Vater und Sohn sich jedoch emotional nicht und können kaum ein gegenseitiges Verständnis entwickeln. Die aktive Zeitzeugenschaft des Vaters setzt sich in der familiären Weitergabe vor allem in den Wunsch des Vaters um, dass der Sohn in Bezug auf seine familiären Beziehungen die Lehren aus der damaligen Zeit zieht.

Heinrich-Jens Lorre, geb. 1935/Melanie Tiger, geb. 1968

Herr Lorre wurde als uneheliches Kind von seinen Großeltern streng erzogen. Während des Feuersturms konnte er sich im Keller als kleiner Held erleben. Im Gegensatz dazu steht die intrusive Erinnerung an eine tote Frau auf einem Leichenberg. In seiner inneren Welt gibt es zwar Angst, Fluchtbewegungen und Sehnsucht nach Wärme und Beziehung, aber es überwiegt die Vorstellung, mit Glück überlebt zu haben. Er kann auf einen beruflich erfolgreichen Lebenslauf zurückblicken. Die Tochter weiß wenig Konkretes von der Geschichte des Vaters, aber ihre emotionale Wahrnehmung ist genau. Sie fühlt sich von seiner Dominanz erdrückt. Die Weitergabe der Kriegserfahrungen wird überlagert von der allgemeinen Dynamik der Beziehungs- und Strukturentwicklung zwischen Vater und Tochter. Aggressive Phantasien werden in dominantes Verhalten umgesetzt. Es gibt beim Vater eine Reaktionsbildung mit starkem Ehrgeiz, von dem sich die Tochter abhängig erlebt, gegen den sie aber auch revoltiert. Auch die partielle Delegation von Schwäche stößt bei der Tochter auf Verweigerung und wird unterlaufen. Sie möchte in ihrer eigenen persönlichen Lebensleistung vom Vater anerkannt werden.

Harald Rangel, geb. 1924/Jochen Rangel, geb. 1964

Der Zeitzeuge war beim Feuersturm vor allem mit dem Bergen von Leichen beschäftigt und erlebte später im Krieg und in russischer Kriegsgefangenschaft noch Schlimmeres. Er war als Jugendlicher „naziüberzeugt“, betont aber, nichts Böses getan zu haben. Im Vordergrund stehen heute Alpträume. Äußerlich abgewehrt hat er das Schreckliche, indem er in der Gefangenschaft zauberte und heute nur heitere Geschichten erzählt. Der Sohn entzog sich als Einzelkind dem Konfliktfeld der Eltern, die sich später scheiden ließen. Er kann sich in die Beschädigung seines Vaters einfühlen, möchte sich und den Vater schützen und geht behutsam mit ihm um. So sucht er mit seinem Vater den Ort auf, an dem er in russische Gefangenschaft geriet. Mit der früheren Verwicklung des Vaters in den Nationalsozialismus setzt er sich jedoch nicht auseinander. Der Sohn möchte seinen eigenen Kindern vermitteln, dass der Krieg schrecklich war, damit sie ihr heutiges Leben wertschätzen. Es wird weniger die eigentliche traumatische Erfahrung tradiert als vielmehr ein Vermächtnis für heutige Einstellungen dem Leben gegenüber.

Mechanismen und Prozesse der transgenerationalen Weitergabe

In den oben geschilderten Fällen zeigten sich verschiedene Austausch- und Interaktionsprozesse zwischen den Ge-

nerationen (vgl. Lamparter & Holstein, 2013; Lamparter & Holstein, 2014) im Umgang mit der Feuersturm-Erfahrung der Zeitzeugen. Sie sind in der folgenden Übersicht dargestellt:

- Absperrungen
- konkordante Regelungen bei beiden Generationen
- direkte Übertragungen von Affekten und Szenen
- direkte Funktionalisierungen der zweiten Generation
- Missverständnisse zwischen den Generationen
- Vermächtnisse
- Transmissionen von Haltungen und Lebensthemen
- bewusste und akzeptierende Mitverarbeitung der Kriegserfahrungen durch die zweite Generation

Im Folgenden werden diese Prozesse weiter differenziert und durch die oben geschilderten paradigmatischen Eltern-Kind-Beziehungen illustrierend belegt.

Absperrungen

Mit dem Begriff „Absperrungen“ fassten wir *abwehrgetragene Prozesse* zusammen, also Prozesse, in denen es darum geht, etwas nicht zur Sprache zu bringen oder durch die etwas nicht erzählt werden kann oder Prozesse, die verhindern, dass es in voller Anerkennung der Realität des Geschehenen, aber auch der Bedürfnisse der Folgegeneration zu einem einvernehmlichen und offenen Austausch zwischen den Generationen kommt.

- das Unsagbare nicht sagen können und wollen (*H. Stier*)
- verfehlte Annäherungen (*L. Struve/R. Hude, H./B. Stier, R./U. Korn*)
- Tradierungen von geschönten Geschichten und Idealisierungen (*H. Rangel*)
- Verwicklungen in den Nationalsozialismus in der eigenen Familie verleugnen (*H. Rangel, E./M. Ballhaus, E. Lauf*)
- resignative Rundumverschanzung (*J. R. Berlin*)
- Vorwurfshaltung an die nächste Generation (*H. China*)
- aktive Verweigerung im Denken und Fühlen (*M. Tiger, S. Reisen*)
- Verweigerung der Annahme von Aufträgen oder „Lehren“ (*I. Fiedler, U. Korn*)

Konkordante Regelungen

Der Begriff „konkordante Regelungen“ soll erfassen, dass es zwischen den Generationen ein *stilles Einverständnis* gab, im Gespräch nicht zu weit zu gehen oder die Emotionalität „draußen zu halten.“ Wir unterschieden:

- Reduktion auf Sachlichkeit (*E. Ballhaus, E. Lauf*)
- gegenseitige Schonung (*E./M. Lauf, H./J. Rangel, G. Stich*)

Direkte Übertragung von Affekten und Szenen von der ersten auf die zweite Generation

Hier ist eine Reihe von einzelnen Mechanismen zusammengefasst, durch welche die Erlebnisse und Gefühle im Feuersturm *intrusiv* in die Emotionalität der zweiten Generation hinein *transportiert* wurden und sich dort abbilden. Sie repräsentieren die klassischen Mechanismen der transgenerationalen Weitergabe.

- Übertragung von Angst und diffusen Stimmungsbildern (*C. Berlin, S. Echter-Strutz, I. Fiedler*)
- phantasierte Reinszenierungen (*S. Echter-Strutz*)
- Übergabe von „Reliquien“ (Reliquien nannten wir im Projekt die Gegenstände, die an den Feuersturm erinnerten und oft besonders in der Familie in Ehren gehalten wurden: der Schuh, der im Feuer steckengeblieben war und nun als Spardose dient, die gerettete Weihnachtsglocke, Kacheln, ein paar Silberbestecke) (*E. Hölling/I. Fiedler, G./C. Berlin, E. Lauf*)
- „Lückenschluss“ durch Phantasie in der zweiten Generation (*S. Echter-Strutz*)
- direkte Funktionalisierungen der zweiten Generation, Übernahme einer „Containerfunktion“ (*H. Behrends/S. Rauhe, L. Struve/R. Hude, E. Hölling/I. Fiedler*)

Missverständnisse zwischen den Generationen

Kollusive Missverständnisse zwischen den Generationen reflektieren die soziokulturellen Brüche in der Nachkriegszeit und nach der Studentenbewegung, die mit grundlegenden Veränderungen der Eltern-Kind-Beziehungen einhergingen. Oft wünschten die Kinder eine empathische Zuwendung, erfuhren aber materielle Fürsorge oder eine Schilderung eigener Sorgen oder sie erlebten das Bemühen um wirtschaftliche Sicherheit als Gefährdung ihrer zentralen Autonomiebedürfnisse. Die Spannungen konnten nur durch zeitweilige Kontaktabbrüche reguliert werden. Im Einzelnen differenzierten wir:

- materielles Fürsorge-Empathie-Missverständnis (*E. Hölling/I. Fiedler*)
- Sicherheits-Freiheits-Kollusion (*H. Stich/S. Reisen*)
- Mangel an Geborgenheit vs. Erziehung zur Selbstständigkeit (*E./M. Ballhaus*)
- Erfahrung von Empathie-Mangel (*S. Rauhe, S. Reisen*)

Vermächtnisse

Als *Vermächtnisse* bezeichneten wir:

- den Verzicht in der ersten Generation für den Aufstieg der zweiten (*H. Stier*)
- Dankbarkeit und Bescheidenheit angesichts dessen, was man hat (*J. Rangel*)
- Versuch einer anderen Beziehungsgestaltung mit den eigenen Kindern als vom Zeitzeugen selbst erlebt (*I. Fiedler*)

- latente Vermächtnisse, Abwehr des Bösen, Abwehr von Schuld (*H./J. Rangel*)

Transmissionen von Haltungen und Lebensthemen

Unter dem Begriff „Transmission von Haltungen und Lebensthemen“ fassten wir Mechanismen zusammen, die sich nicht direkt auf den Feuersturm zurückführen lassen, in denen sich jedoch Erfahrungen der damaligen Zeit mit ihren *Verstörungen und Verwerfungen in der Familiendynamik* spiegeln.

- überschießende Aggressionen („Explosivität“) in der Familie (*E. Ballhaus, C. Hölling, H. Stich*)
- sich wiederholende Familienbeziehungen (*U. Korn*)
- Vermeidung eigener Generativität in der zweiten Generation (*M. Ballhaus, M. Lauf*)
- Vorgabe von Lebensthemen (*R. Hude, B. Stier*)

Bewusste und akzeptierende Mitverarbeitung der Kriegserfahrungen durch die zweite Generation

Unter dieser Rubrik fassten wir zusammen:

- eine bewusste Annahme von transgenerationalen Auswirkungen für die eigene Person (*M. Ballhaus, C. Berlin, M. Lauf*)
- eine gemeinsame aktive Geschichtsarbeit (*E./M. Ballhaus*)

Fazit

Insgesamt zeigen unsere Untersuchungen mit den Zeitzeugen des Hamburger Feuersturms und ihren Familien einen bis heute in den Familien andauernden Verarbeitungsdruck aus der Zeit des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkriegs. Die Feuersturm-Erfahrung unserer Zeitzeugen ist allermeist *die* persönliche Kernerfahrung, in der die Ereignisse und Erfahrungen der NS-Zeit kulminieren und sich verdichten. Die daraus abgeleitete „*Urgeschichte*“ ist der oft nur latent tradierte innere Bezugspunkt der Familie. Auch in der Entwicklung des langfristigen Lebensverlaufs ist die Erinnerung an den Feuersturm präsent. Aus dieser komplexen und von Ambivalenz gekennzeichneten Grunderfahrung ergeben sich vielfältige Verarbeitungsketten in den Familien. Insgesamt zeigen sich generationstypische „psychomentale“ Formationen und intergenerationelle Bruchlinien.

In der Summe bestätigen die erhobenen Daten und Befunde auf den verschiedensten Auswertungsebenen die Annahme, dass sich die Feuersturm-Erfahrung der Eltern tatsächlich – wenn auch auf ganz unterschiedliche Weise – vielen ihrer Kinder strukturprägend vermittelt hat. Vor allem das Angstsystem der Kinder hat eine Prägung erfahren. Zwischen den Generationen bestehen kollusive Verstrickungen, die sich auf die Kriegserfahrungen der Erlebengeneration beziehen.

Viele biographische Entwicklungen in der Kindergeneration werden verstehbar, wenn man der Frage nachgeht, was und wie die Kinder der Zeitzeugengeneration vom Erleben ihrer Eltern im Feuersturm erfahren haben und was davon auf sie als „zweite Generation“ übergegangen ist. Die fortwirkenden Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg in den Familien unserer heutigen Patienten in die psychotherapeutischen Behandlungen konsequent einzubeziehen und auf die subtilen Vermittlungs- und Wirkungszusammenhänge zwischen den Generationen zu achten, ist eine andauernde Herausforderung. Die sich in unseren Untersuchungen zeigende „Länge“ und „Intensität“ der fortdauernden Auswirkungen von traumatischen Kriegserfahrungen kann auch bei anderen massiven traumatischen Erfahrungen in Krieg, Verfolgung und auf der Flucht unterstellt werden.

Literatur

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



**PD. Dr. med. Dipl.-Psych.
Ulrich Lamparter**

Korrespondenzadresse:

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Martinistr. 42, 20246 Hamburg
lamparter@uke.de

PD. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Lamparter ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf und als Psychoanalytiker (DPV) in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig. Er leitet das Adolf-Ernst-Meyer-Institut für Psychotherapie; Forschungsarbeiten zur Beziehung von Zeitgeschichte und Psychosomatik und zur Psychosomatik des Hörsturzes und des Tinnitus.



Dr. med. Christa Holstein

Dr. med. Christa Holstein ist als ärztliche Psychotherapeutin in eigener Praxis tätig, langjährige Mitarbeit im Hamburger Feuersturm-Projekt.

Zwischen technischer Entwicklung und heilkundlichem Selbstverständnis

Möglichkeiten und Grenzen der Nutzung von internetgestützten Medien in der Psychotherapie – eine Diskussion

Mit Beiträgen von Ulrich A. Müller, Jürgen Hardt sowie David D. Ebert & Harald Baumeister

Redaktionelle Vorbemerkung:

Die beiden nachfolgenden Beiträge „Internet- und mobilbasierte Interventionen in der Psychotherapie: Ein Überblick“ von David D. Ebert und Harald Baumeister und „Kollateralien der „Internettherapie“ – Chancen und Gefahren II“ von Jürgen Hardt sind Ergebnis einer Diskussion, die auf Einladung des Ausschusses „Wissenschaft und Forschung“ der Hessischen Landeskammer (LPPKJP Hessen) am 9. September 2015 zur Frage der Möglichkeiten einer Nutzung von internetgestützten Medien in der Psychotherapie zustande kam. Der Beitrag von Jürgen Hardt fasst dessen Argumente zur Diskussion über die Chancen und Risiken konzipiert zusammen, während David D. Ebert seine Überlegungen durch die Hinzuziehung von Harald Baumeister durch umfangreiche Belege aus der internationalen Forschung ergänzt und aufbereitet hat.

Die Debatte, die sich zwischen diesen beiden Beiträgen entfaltet, kann als paradigmatisch für ähnliche Debatten, wie sie an anderen Orten in den Kammern und in den Berufsverbänden der Psychotherapeuten geführt werden, gelesen werden. In der Bundespsychotherapeutenkammer wie auch in vielen Landeskammern wird die Diskussion zur Einbeziehung von internetbasierten Kommunikationsmedien intensiv geführt. Es existieren inzwischen dazu unterschiedliche Stellungnahmen von Kamerausschüssen, von Fach- und Berufsverbänden sowie versorgungsstrategische Überlegungen der Krankenkassen. Der Gesprächskreis II, in dem sich alle psychotherapeutischen Berufsverbände um einen fachlichen Austausch bemühen, hat hierzu im Jahr 2015 eine gemeinsame Stellungnahme beraten, die eine Orientierung bieten soll. Sie soll im Frühjahr 2016 konsentiert werden. Nach einer Diskussion zur Bedeutsamkeit der notwendigen Standards bei der fachlich seriösen Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung hält der Entwurf dieser Stellungnahme resümierend fest:

„Internetbasierte psychotherapeutische Interventionen können eine Face-to-Face-Psychotherapie nicht ersetzen. Sie können ergänzend, nachsorgend oder vorbereitend sein. Internetbasierte psychotherapeutische Interventionen können insbesondere dazu eingesetzt werden, um bestimmte Patient(inn)engruppen zu erreichen, die ansonsten nicht in eine psychotherapeutische Praxis kommen würden oder die eine Praxis (vorübergehend) nicht aufsuchen können (z. B. wg. Krankheit, Auslandsaufenthalt).“

Zweifellos wird die Diskussion mit den fortschreitenden technischen Entwicklungen in der Kommunikationsbranche weitergehen, insbeson-

dere vor dem Hintergrund von Forschungsergebnissen, die eindrucksvolle Daten liefern, um die Effektivität des Einsatzes internetgestützter Programme zu belegen. Während Jürgen Hardt in seinem Beitrag grundsätzliche Vorbehalte gegenüber einer solchen Entwicklung in der psychotherapeutischen Versorgung vorträgt und dabei auch den kulturellen Wandel im Selbstverständnis der Psychotherapie als Heilverfahren ins Zentrum seiner kritischen Überlegungen rückt, berufen sich David D. Ebert und Harald Baumeister vorwiegend auf Forschungen, die unter gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen erhoben wurden, die eine Integration psychotherapeutischer Leistungen in die Krankenversorgung nicht in der uns bekannten Weise kennen. Die kassenfinanzierte psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitssystem ist eine Errungenschaft, die mit den Rahmenbedingungen in angloamerikanischen Ländern oder auch schon in den europäischen Nachbarländern schwer zu vergleichen ist. Schon in der Terminologie (Therapy, Counselling, Coaching etc.) werden Grenzverschiebungen deutlich, die nur ungenau abbilden, worauf sich Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitswesen berufen können, wenn sie eine Psychotherapie als heilkundliches Verfahren aufsuchen.

Daher stellt sich auch die Frage, wie man in dieser Diskussion zu einer gemeinsamen Sprache kommen kann, die – so lassen sich auch die beiden Artikel lesen – noch nicht gefunden worden ist. Die Argumente der Autoren bleiben in Teilen nebeneinander stehen, insofern sich der Praktiker auf die kritische Reflexion seiner Berufserfahrung bezieht, während die Forscher sich in ihren Hypothesen bestätigt sehen, dass Psychotherapie-Module bei Patientinnen und Patienten Erfolge verbuchen können. Der Stellenwert der Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen mag einzigartig sein, doch ist dies keine solche Selbstverständlichkeit, die es zuließe, dass digitalisierte Programme nur übersetzt werden müssten, um auch im Rahmen dieser Versorgungsangebote als Therapieersatz schon erfolgreich sein zu können.

Wir gehen davon aus, dass die Diskussion fortgesetzt wird. Berührt diese Debatte im Grunde doch das Selbstverständnis von Psychotherapie und damit auch das Selbstverständnis der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer beruflichen Praxis.

Ulrich A. Müller,
Mitglied des Redaktionsbeirats

Internet- und mobilbasierte Interventionen in der Psychotherapie: Ein Überblick

David D. Ebert & Harald Baumeister

Zusammenfassung: Internet- und mobilbasierte Interventionen (IMI) werden als große Chance für die Verbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung diskutiert. Während die Wirksamkeit von IMI inzwischen für zahlreiche Indikationen belegt ist, grenzen datenschutzrechtliche und ethische Bedenken sowie berufsrechtliche Einschränkungen die Implementierung ein. Dieser Beitrag bietet einen Überblick zu Konzepten, empirischer Evidenz zur Wirksamkeit, Chancen, Grenzen und Risiken bei der Nutzung von IMI. Dabei wird herausgearbeitet, dass IMI weniger als Ersatz von klassischer Psychotherapie als vielmehr als eine sinnvolle Ergänzung des Behandlungsspektrums verstanden werden sollten. Sie sind einerseits in der Lage, Zielgruppen zu erreichen, die bisher nicht durch klassische Vor-Ort-Maßnahmen erreicht werden, und können andererseits Psychotherapie flankierend ergänzen. Durch die Integration beider Interventionsformen kann zudem eventuell die Ergebnisqualität von Psychotherapie weiter verbessert werden.

Einführung

Trotz einer im internationalen Vergleich herausragenden Versorgung psychischer Störungen bleiben in Deutschland, je nach Störungsbild, 28% bis 63% (Mack et al., 2014) der Betroffenen mit einer psychischen Störung unbehandelt. Als Gründe für die geringen Behandlungsraten werden von den Betroffenen sowohl strukturelle Versorgungsengpässe, wie etwa lange Wartezeiten oder eine mangelnde Verfügbarkeit von ortsnahen Angeboten in ländlichen Gebieten, als auch einstellungsbedingte Faktoren, wie z. B. Stigmatisierungsbefürchtungen, angeführt (Andrade et al., 2014).

Unter anderem vor diesem Hintergrund werden internet- und mobilbasierte Interventionen (IMI) als große Chance für die Verbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung diskutiert. Dieses noch relativ neue Medium zur Bewältigung psychischer Beschwerden eröffnet eine Reihe von Möglichkeiten, u. a. die von Ort und Zeit unabhängige Bereitstellung evidenzbasierter psychotherapeutischer Interventionen, durch die Betroffene erreicht werden können, die von traditionellen Angeboten bisher nicht erreicht wurden. Gleichzeitig grenzen datenschutzrechtliche und ethische Bedenken sowie berufsrechtliche Einschränkungen in Deutschland die Implementierung von IMI ein.

Der folgende Beitrag führt in den Gegenstandsbereich ein und bietet einen Überblick über Wirksamkeit, Anwendungsfelder sowie Grenzen und Risiken von IMI. Abschließend werden notwendige Schritte diskutiert, um das volle Potenzial von IMI für die Versorgung psychischer Erkrankungen auszuschöpfen und die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Gegenstandsbeschreibung von internet- und mobilbasierten Interventionen

Die Möglichkeiten, IMI für die psychosoziale Versorgung zu nutzen, reichen von evidenzbasierten Selbsthilfeinterventionen ohne therapeutische Begleitung über online aufbereitete Therapieeinheiten, integriert als ein zusätzliches Element in klassische psychotherapeutische Konzepte vor Ort (*Blended-Therapie*), bis hin zu synchroner onlinebasierter Therapie mittels Videokonferenz anstelle des persönlichen Kontaktes. Allen gemeinsam ist, dass Betroffene Informationen zu den möglichen Ursachen, Symptomen und Verläufen ihrer Probleme erhalten, emotionale, kognitive sowie behaviorale Lernprozesse mithilfe von bewährten psychologisch-psychotherapeutischen Techniken ausgelöst werden und deren Generalisierung gefördert wird (Ebert & Erbe, 2012). Dabei können IMI unter anderem nach ihrer Nutzung technischer Möglichkeiten, im Ausmaß des menschlichen Supports, in der Theoriebasierung sowie in Bezug auf deren Anwendungsgebiete und Indikationen unterschieden werden (vgl. Abbildung 1).

Technische Umsetzung

Bei der Umsetzung psychologischer Interventionen im virtuellen Raum können zahlreiche technische Möglichkeiten genutzt werden. Diese reichen von

- 1) der Aufbereitung evidenzbasierter Strategien als interaktive Selbsthilfe-Lektion,
- 2) E-Mail, Chat oder videobasierten Sitzungen und Therapien (Kessler et al., 2009),
- 3) virtuellen Umgebungen (*virtual reality*) beispielsweise zur Expositionsbehandlung (Garcia-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness & Botella, 2002),

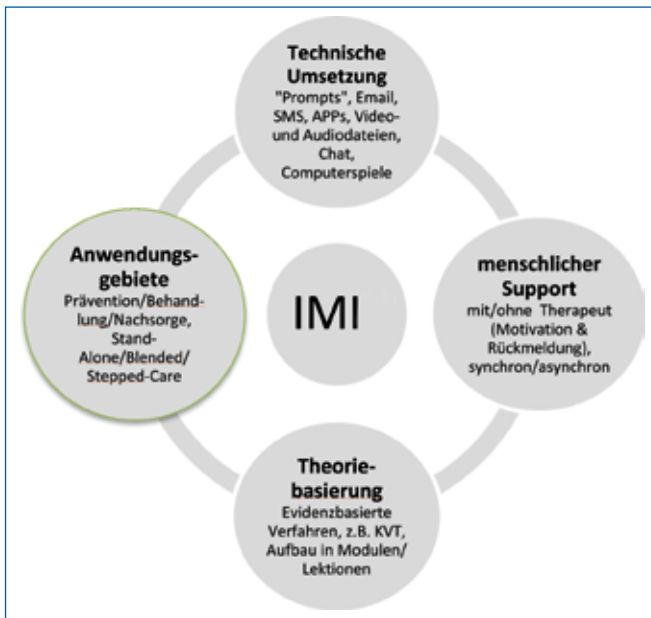


Abbildung 1: Zentrale Aspekte internet- und mobilbasierter Interventionen (IMI) (modifiziert nach Lin et al., 2013)

- 4) Serious-Games, die psychotherapeutische Strategien im Rahmen eines Computerspiels trainieren (Merry et al., 2012),
- 5) der Nutzung von Erinnerungs-, Feedback- und Verstärkungsautomatismen (z. B. via einer App, E-Mail oder SMS, kurz: *Prompts*), die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer¹ unterstützen, Therapieinhalte in den Alltag zu integrieren, bis hin zu
- 6) interaktiven Elementen, z. B. Apps für Aktivitätsmonitoring und Stimmungsratings, die den Lernvorgang ebenfalls unterstützen können (Lin, Ebert, Lehr, Berking & Baumeister, 2013; Lin et al., 2013).

Durch die vielen Möglichkeiten, die technischen Komponenten in einer IMI zu kombinieren, können Betroffene Hilfe auf unterschiedliche Arten erhalten, die u. a. bestimmte therapeutische Funktionen übernehmen.

Theoriebasierung

IMI für psychische Störungen orientieren sich vorwiegend an evidenzbasierten Therapiemanualen. Aufgrund ihrer ausgeprägten Strukturiertheit, Standardisierung und ihrem Fokus auf das Training von Strategien und konkreten Verhaltens eignen sich besonders kognitiv verhaltenstherapeutische Manuale (Ebert & Erbe, 2012). Seit kurzer Zeit werden aber auch andere Ansätze wie beispielsweise psychodynamische, interpersonelle sowie Mindfulness basierte Ansätze oder die Akzeptanz- und Commitment-Therapie als theoretische Basis genutzt (Andersson, Paxling, Roch-Norlund et al., 2012; Donker et al., 2013b; Johansson, Hesser, Ljótsson, Frederick & Andersson,

2012; Lin et al., 2014; Mak, Chan, Cheung, Lin & Ngai, 2015; Andersson, Paxling, Roch-Norlund, et al., 2012; Donker et al., 2013a; Johansson et al., 2012; Mak et al., 2015).

Menschlicher Support

Grundsätzlich können IMI mit unterschiedlichem Ausmaß an menschlichem Support realisiert werden. Die derzeit weltweit meistverbreitete Vorgehensweise ist die sogenannte „geleitete Selbsthilfe“ (*guided self-help*). Dabei werden in der Regel evidenzbasierte Therapieinhalte so aufbereitet, dass Betroffene sie vorwiegend selbstständig durchführen können und ein begleitender Psychotherapeut regelmäßig Rückmeldung zu den bearbeiteten Übungen gibt. Zumeist steht hierbei die Förderung der Therapieadhärenz, also die Einhaltung der mit dem Psychotherapeuten gemeinsam gesetzten Therapieziele (Baumeister, 2009) im Vordergrund und weniger die Vermittlung neuer therapeutischer Inhalte. Wesentliche Aufgaben des Psychotherapeuten sind die Klärung von Verständnisfragen, Rückmeldungen zu bearbeiteten Aufgaben sowie zum Fortschritt und zur Motivierung des Patienten, weiter an sich zu arbeiten (Lin et al., 2014). Die Kommunikation kann dabei grundsätzlich synchron (z. B. per Chat oder Video) oder, was weitaus häufiger genutzt wird, asynchron (z. B. per E-Mail) erfolgen und beansprucht in der Regel wenige Minuten bis wenige Stunden (i. d. R. eine bis drei Stunden) pro Patient und Intervention. Für den Patienten kann das Bearbeiten des Selbsthilfematerials (z. B. Übungsanleitungen und Übungsblätter zur kognitiven Umstrukturierung) sowie das Lesen und Schreiben von Nachrichten von/an den Psychotherapeuten hingegen sehr intensiv sein und ein Vielfaches der durch den begleitenden Psychotherapeuten investierten Zeit in Anspruch nehmen (Baumeister, Lin, Ebert, in Druck; Berger & Andersson, 2009). Die Kombination von über das Internet vermittelten Selbsthilfe-Materialien mit minimalem menschlichen Support erhöht dabei das Ausmaß an selbstgesteuerter Bewältigung der Beschwerden und maximiert gleichzeitig den therapeutischen Wirkungsgrad der

— Aufgrund ihrer ausgeprägten Strukturiertheit, Standardisierung und ihrem Fokus auf das Training von Strategien und konkreten Verhaltens eignen sich besonders kognitiv verhaltenstherapeutische Manuale als Grundlage für internetbasierte Interventionen. —

begleitenden Psychotherapeuten. Durch die orts- und zeitunabhängige Kommunikationsmöglichkeit steigen Flexibilität und Autonomie sowohl für die Patienten als auch für die begleitenden Psychotherapeuten.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Anwendungsgebiete

Die Anwendungsgebiete von IMI reichen von der Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen über die Behandlung psychischer Störungen bis hin zur Rückfallprävention. In der Gesundheitsförderung und Prävention gelten IMI durch ihre Niedrigschwelligkeit sowie der orts- und zeitunabhängigen, anonymen Nutzbarkeit als ein vielversprechender Ansatz, evidenzbasierte psychotherapeutische Techniken einer breiten Personengruppe der Allgemeinbevölkerung zukommen zu lassen (Buntrock et al., 2014). IMI können zur Behandlung psychischer Störungen entweder als sog. *Stand-Alone-Maßnahme* (für sich stehende Intervention), als Teil eines gestuften Behandlungsplanes (*Stepped-Care-Ansatz*) oder als integriertes Element einer kombinierten Therapie von Online- und klassischer Therapie vor Ort (*Blended-Therapie*) eingesetzt werden.

Als **Stand-Alone-Maßnahme** können IMI die Reichweite von effektiven psychotherapeutischen Interventionen erhöhen. Beispielsweise kann durch die grundsätzliche Zeit- und Ortsunabhängigkeit dieser Konzepte der Zugang zu evidenzbasierten Interventionen für Betroffene in Gebieten mit niedriger Versorgung oder für Menschen mit Mobilitätseinschrän-

— Durch die Möglichkeit, im Rahmen von IMI zunächst niedrigschwellig Hilfe suchen zu können, können Betroffene erste positive Erfahrungen mit psychotherapeutischen Angeboten machen.

kung erleichtert werden (Vallury, Jones & Oosterbroek, 2015). Berufstätige, die zu üblichen Praxiszeiten nicht die Möglichkeit haben, Angebote der Routineversorgung in Anspruch zu nehmen, können so ebenfalls abends oder am Wochenende selbstständig und in eigenem Tempo an diesen Interventionen teilnehmen. Auch könnte ein Teil der Betroffenen erreicht werden, der aus persönlichen Gründen, wie z. B. Schamgefühlen, bisher keine Behandlung in Anspruch nimmt. Trotz zunehmender gesellschaftlicher Akzeptanz von Psychotherapie besteht bei psychischen Problemen oft ein Schamgefühl, das eine Barriere für die tatsächliche Inanspruchnahme fachlicher Hilfe darstellt. Gleichzeitig besteht Unsicherheit oder Unwissen darüber, inwieweit psychotherapeutische Angebote bei der Bewältigung der individuellen Problematik hilfreich sein können. Verschiedene Studien zeigen, dass ein beträchtlicher Teil der Teilnehmer in IMI zum ersten Mal in ihrem Leben mit psychotherapeutischen Angeboten in Berührung kommen (Buntrock et al., 2015; Ebert et al., 2016; Thiart, Lehr, Ebert, Berking & Riper, 2015). Durch die Möglichkeit, im Rahmen von IMI zunächst niedrigschwellig Hilfe zu erhalten, können Betroffene erste positive Erfahrungen mit psychotherapeutischen Angeboten machen, was auch den Einstieg in weiterführende psychotherapeutische Angebote vor Ort erleichtern könnte.

In Rahmen von **Stepped-Care-Konzepten** kann das Ausmaß der therapeutischen Unterstützung in Abhängigkeit des tatsächlichen individuellen Bedarfs gestaltet werden (Bower & Gilbody, 2005). Als *Step-Up-Intervention* können *Self-Help*- oder *Guided-Self-Help-Ansätze* den Patienten als erstes Element in der Behandlungskette angeboten werden. Sprechen Patienten nicht ausreichend auf die Intervention an, erfolgt eine Weiterleitung in Angebote mit intensiverer psychotherapeutischer Unterstützung. Derart kann bei gleichbleibendem Ressourceneinsatz ein größerer Anteil der psychisch belasteten behandlungsbedürftigen Bevölkerung psychotherapeutisch versorgt werden. Zudem werden die Kompetenzen eines Psychotherapeuten gezielter für die Fälle eingesetzt, bei denen niedrigschwellige Selbsthilfeangebote unzureichend sind. Dieses gestufte Vorgehen bietet dabei gegenüber der zumeist beträchtlichen Wartezeit auf ambulante Psychotherapien den erheblichen Vorteil, psychotherapeutische Unterstützung unmittelbar anbieten zu können. Analog dazu schließen sich *Step-Down-Interventionen* mit niedriger Intensität an intensivere Maßnahmen an. Beispielsweise können internetbasierte Konzepte Patienten einer stationären Psychotherapie dabei unterstützen, die dort erzielten Behandlungserfolge in ihren Alltag zu überführen und langfristig zu stabilisieren (Ebert, Tarnowski, Gollwitzer, Sieland & Berking, 2013; Ebert, Gollwitzer et al., 2013; Golkaramnay, Bauer, Haug, Wolf & Kordy, 2007).

Im Rahmen kombinierter **Blended-Konzepte** können IMI einzelne Psychotherapiebausteine übernehmen, die nicht zwingend durch einen Psychotherapeuten vermit-

telt werden müssen, sodass mehr Therapeutenzeit für gezielte psychotherapeutische Prozessarbeit genutzt werden kann (Ebert & Erbe, 2012). Psychotherapeuten können ihre Patienten beispielsweise für zeitintensive Routineaspekte, wie die Vermittlung von Störungswissen, auf internetbasierte Therapiemodule verweisen. IMI können auch dazu genutzt werden, die Wirksamkeit von Psychotherapien weiter zu verbessern, z. B. indem Patienten zwischen Präsenzsitzungen weitere Therapiebausteine im Rahmen von IMI durcharbeiten und damit die Therapieintensität als einen der wesentlichen psychotherapeutischen Wirkfaktoren erhöhen (Cuijpers, Huibers, Ebert, Koole & Andersson, 2013). Eine andere Möglichkeit, IMI zur Verbesserung psychotherapeutischer Erfolge zu nutzen, besteht darin, mithilfe von IMI die Integration von Verhaltensänderungen oder dem Training therapeutischer Techniken im Alltag zu begleiten und so den „therapeutischen Arm“ in den Alltag des Patienten zu verlängern. Dies kann beispielsweise durch die Nutzung Smartphone basierter Verhaltenstagebücher, dem Versenden von Nachrichten mit alltagsintegrierten Ultra-Kurz-Übungen oder Smartphone basierter therapeutischer Unterstützung von Expositionsübungen erfolgen. Die genannten Einsatzmöglichkeiten von IMI im Rahmen von Blended-Konzepten zielen entsprechend auf eine verbesserte Ressourcennutzung oder auf die Steigerung

der psychotherapeutischen Wirksamkeit ab. In Bezug auf Letzteres ist auch die verhaltensaktivierende Eigenschaft von IMI von zentraler Bedeutung. IMI betonen die aktive Rolle des Betroffenen im Genesungsprozess und unterstützen so im Sinne von Empowerment Patienten dabei, eigene Ressourcen zur Problemlösung einzusetzen und ihre Selbstmanagementkompetenz zu steigern.

Zur Veranschaulichung der typischen Vorgehensweise im Rahmen therapeutengestützter Selbsthilfe-IMI wird im Folgenden eine Intervention im Detail beispielhaft vorgestellt:



Abbildung 2: Planung stimmungsförderlicher Aktivitäten in Rahmen der IMI GET.ON Mood Enhancer

Beispielhafte Darstellung einer IMI: GET.ON Mood Enhancer

Die IMI *GET.ON Mood Enhancer* ist eine im Rahmen eines europäischen Forschungsprojektes (GET.ON Gesundheitstrainings online) entwickelte Selbsthilfeintervention zur Bewältigung von Depression. Die Intervention existiert in verschiedenen Varianten, beispielsweise für Betroffene mit subklinischer Depression (Buntrock et al., 2014b, 2015), Major Depression (Ebert et al., 2014), für Betroffene auf der Warteliste für eine Psychotherapie (Reins et al., 2013), für komorbide Depression und Diabetes (Nobis et al., 2013, 2015). Kürzlich wurde die Intervention für komorbide Depression bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen angepasst (eSano).

GET.ON Mood Enhancer (Beispielseite siehe Abbildung 2) besteht aus sechs aufeinanderfolgenden Lektionen und einer Auffrischungslektion vier Wochen nach Abschluss der Intervention. Die Kerninhalte basieren auf systematischen Problemlösetraining sowie Verhaltensaktivierung. Darüber hinaus werden in optionalen Modulen weitere Themen behandelt, wie beispielsweise Techniken zur Bewältigung von Rumination, zur Akzeptanz negativer Affekte, zur Schlafhygiene, sozialen Unterstützung und progressiven Muskelentspannung.

Alle Lektionen enthalten Informationen zum Lesen, Expertenvideos, Audiodateien, interaktive Übungen sowie konkrete Hausaufgaben. Des Weiteren gibt es für jede von den Teilnehmenden durchzuführende Aufgabe unterschiedliche

lebensnahe Teilnehmerbeispiele mit verschiedenen soziodemographischen und klinischen Charakteristika, die als Identifikationsfiguren und Ideengeber dienen. Der Transfer neu erlernter Strategien in den individuellen Alltag stellt ein wichtiges Element des Programms dar. Er wird durch verschiedene Elemente, wie beispielsweise Wochenpläne, digitale mobilbasierte Verhaltenstagebücher oder sogenannte „*Tiny Tasks*“, unterstützt. Im Zuge der *Tiny Tasks* erhalten Teilnehmende täglich mehrfach Kurznachrichten auf ihr Handy, die konkrete Mini-Aufgaben zum Training der Interventionsinhalte im Alltag enthalten (z. B. „Spüren Sie in sich hinein und benennen Sie alle Emotionen, die gerade aktiviert sind, sowie deren Intensität auf einer Skala von 1-10.“).

Das Programm wurde als geleitete Selbsthilfeintervention konzipiert, sodass die Teilnehmenden durch einen begleitenden Psychologen wöchentlich schriftlich Rückmeldung auf die Bearbeitung der Lektionen und die Umsetzung der Hausaufgaben erhalten. Sämtliche Kommunikation erfolgt ausschließlich über ein in die technische Plattform integriertes Nachrichtensystem, das nur mit einer spezifischen Username-Passwort-Kombination zugänglich ist und deren Datenübertragung ausschließlich nach aktuellen technischen Standards verschlüsselt stattfindet, um das Risiko eines Zugriffs durch Unberechtigte zu minimieren.

Neben den oben dargestellten Lektionen kann der begleitende Psychotherapeut dem Teilnehmenden auch weitere Inhalte freischalten, um die Intervention individuell an den Bedarf des Patienten anzupassen. Diese können weitere Lektionen, die für den individuellen Teilnehmer indiziert sind, aber auch spezifische mobile Tagebücher, wie zum Beispiel ein Gedankentagebuch, Emotions- oder Schlaftagebuch, sein. Auch können dem Patienten verschiedene standardisierte diagnostische Fragebögen zum Symptom-Monitoring digital bereitgestellt werden, die automatisch ausgewertet und dem Psychotherapeuten grafisch aufbereitet werden. Grundsätzlich können einzelne Interventionsinhalte auch außerhalb von geleiteten Selbsthilfeansätzen genutzt werden, beispielsweise zur Erhöhung der Therapieintensität ambulanter Verhaltenstherapie.

Wirksamkeit

Inzwischen existieren weit über 100 randomisierte klinische Studien zu internetbasierten Konzepten, die das große Potenzial dieser Vorgehensweise für die Prävention und Behandlung von psychischen Störungen aufzeigen. Besonders gut erforscht sind *Stand-Alone-Interventionen*, die meist als geleitete Selbsthilfeansätze (*Guided-Self-Help-Ansätze*) konzipiert sind.

Als bislang am besten etablierte und häufig untersuchte IMI gelten Programme für Angststörungen und Depression. Hierbei ergaben sich in zahlreichen Studien und Metaanalysen hohe Effektstärken im Vergleich zu nicht behandelten Kon-

trollgruppen (Olthuis, Watt, Bailey, Hayden & Stewart, 2015; Richards, Richardson, Timulak & McElvaney, 2015; Richards & Richardson, 2012). In einer Metaanalyse zu IMI bei Depression und Angststörungen zeigte sich eine standardisierte ge-

bestätigt (Kuester, Niemeyer & Knaevelsrud, 2016; Macea, Gajos, Daglia Calil & Fregni, 2010; Riper et al., 2014; Zachariae, Lyby, Ritterband & O’Toole, 2015). Die Evidenzlage für weitere psychische Störungen wie z. B. Zwangsstörungen, psychotische, bipolare und somatoforme Störungen ist dahingegen noch weitgehend unklar, wobei vielversprechende erste Ergebnisse für Zwangsstörungen und psychotische Störungen auf Einzelstudienebene vorliegen. Der Großteil der bisherigen evaluierten Interventionen richtet sich

Als bislang am besten etablierte und häufig untersuchte internet- und mobilbasierte Interventionen gelten Programme für Angststörungen und Depressionen.

mittelte große Effektstärke von $g = 0.88$ auf Basis von 22 randomisiert-kontrollierten Studien (*randomized controlled trials, RCT*) (Olthuis et al., 2015). Die Größe der gefundenen Effekte ist interessanterweise in etwa vergleichbar mit Effektgrößen, die man auch für klassische Psychotherapie vor Ort findet (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper & Hedman, 2014; Andersson, 2012; Cuijpers, Donker, van Straten, Li & Andersson, 2010). Auch für andere psychische Störungen wie beispielsweise Posttraumatische Belastungsstörungen, Schlafstörungen, Essstörungen, Schmerzstörungen oder Substanzmissbrauch wurde die Anwendbarkeit und Wirksamkeit von IMI metaanalytisch auf Basis randomisiert-kontrollierter Studien

an eine erwachsene Zielgruppe, wobei sich in den letzten Jahren auch Studien mehrten, die das mögliche Potenzial zur Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen untersuchten. In einer aktuellen Metaanalyse auf Basis von 14 RCT fanden Ebert und Kollegen (Ebert & Zarski et al., 2015) signifikante mittlere bis große Effektgrößen ($d = 0.72$) für die Behandlung von Angststörungen und/oder Depression mit IMI bei Kindern und Jugendlichen.

Die Tabelle gibt einen Überblick über die Wirksamkeit von IMI in verschiedenen Störungsbereichen.

Zielpopulation	Autoren	SMD	[95 % KI]	N
Erwachsene				
Depressive Störungen	(Richards & Richardson, 2012) including examining variables which may effect outcomes. Database and hand searches were made using specific search terms and inclusion criteria. The review included a total of 40 studies (45 published papers)	0.56	[0.41,0.71]	19
Panikstörungen	(Olthuis et al., 2015)	0.83	[0.45,1.21]	6
Soziale Phobie	(Olthuis et al., 2015)	0.92	[0.74,1.09]	8
Generalisierte Angststörung	(Richards et al., 2015)	0.91	[0.56,1.25]	8
PTBS	(Kuester et al., 2016)	0.95	[0.56,1.43]	8
Schlafstörung	(Zachariae et al., 2015)	1.09	[0.74–1.45]	8
Essstörung	(Hedman et al., 2012)	0.97	[0.63,1.30]	5
Alkoholmissbrauch	(Riper et al., 2014)	0.2	[0.13,0.27]	16
Zwangsstörung	Eigene Berechnung ¹	1.02	[0.66,1.38]	2
Chronische Schmerzen	(Eccleston et al., 2014)	0.50	[0.20,0.79]	15
Kinder und Jugendliche				
Depression	(Ebert, Zarski et al., 2015)	0.76	[0.41,1.12]	4
Angst	(Ebert, Zarski et al., 2015)	0.68	[0.45,0.92]	7

Tabelle: Wirksamkeit internetbasierter Interventionen basierend auf ausgewählten Metaanalysen

¹ Eigene Berechnung (Hedges’ g mittels Review Manager 5.2) basierend auf Primärstudienresultate von (E. Andersson et al., 2012; Herbst et al., 2014) Andersson, Enander, Andrén et al. (E. Andersson et al., 2012) und Herbst et al. (Herbst et al., 2014). KI = Konfidenzintervall; N = Anzahl an der Metaanalyse zugrundeliegender RCTs; PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung; SMD = Standardisierte Mittelwertsdifferenz (Cohens’ d /Hedges’ g). Tabelle modifiziert nach Paganini, Lin, Ebert & Baumeister (in Druck).

Noch eindrücklicher als die gerade für Kliniker wenig intuitiven Effektgrößen der oben genannten Studien dürften die Ergebnisse der Studien sein, die die Wirksamkeit von IMI mit entsprechenden *Face-to-Face-Psychotherapien* verglichen haben. In einer Metaanalyse auf Basis 13 randomisiert-kontrollierter Studien zu unterschiedlichen Störungsbildern (u. a. Depression, soziale Phobien, Tinnitus, Panikstörung, sexuelle Funktionsstörungen, spezifische Phobie) fanden Andersson und Kollegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den *Face-to-Face-Psychotherapien* und IMI, die als therapeutenunterstützte, auf der kognitiven Verhaltenstherapie basierenden *Stand-Alone-Interventionen* konzipiert waren (Andersson et al., 2014). Auf störungsspezifischer Ebene zeigt sich dieser Befund in zwei aktuelleren Übersichtsarbeiten für Angststörungen (Olthuis et al., 2015) und depressive Störungen (Andersson et al., 2016). Auch wenn die bisherige Anzahl von randomisiert-kontrollierten Studien, die IMI im direkten Vergleich zu klassischer Psychotherapie vor Ort evaluieren, noch begrenzt ist, deuten die bisherigen Ergebnisse darauf hin, dass beide Interventionsformen äquivalente Behandlungserfolge erzielen können. Allerdings muss hier einschränkend erwähnt werden, dass dies bisher ausschließlich für kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen untersucht worden ist und nur für Patienten gilt, die potenziell bereit sind, im Rahmen beider Interventionsformen, *face-to-face* und internetbasiert, behandelt zu werden. Nicht alle Betroffenen beurteilen IMI als eine für sie adäquate Behandlungsform (Ebert, Berking et al., 2015), genauso wenig wie für alle Betroffenen *Face-to-Face-Psychotherapien* die erste Präferenz darstellen (Andrade et al., 2014).

Hinsichtlich des Nutzens von IMI als kombinierte Intervention mit *Face-to-Face-Psychotherapie* (*Blended-Ansätze*) gibt es im Vergleich zur Evidenzlage als *Stand-Alone-Intervention* deutlich geringere Evidenz. Erste metaanalytische Befunde weisen allerdings auf das grundsätzliche Potenzial hin, dass sich mit IMI die Wirksamkeit von klassischer *Face-to-Face-Psychotherapie* möglicherweise tatsächlich steigern lässt. Lindhiem und Kollegen zeigen in ihrer Metaanalyse auf Basis von zehn RCT, dass eine mobile Komponente als zusätzliches Behandlungselement (bspw. SMS zur Unterstützung von Verhaltensänderungen zwischen Therapiesitzungen) die Effektivität einer psychologischen Intervention im Vergleich zu einer reinen Vor-Ort-Intervention bedeutsam ($SMD = 0.27$) steigern kann (Lindhiem, Bennett, Rosen & Silk, 2015). Hinsichtlich einer optimalen Integration von IMI in Vor-Ort-Interventionen sowie einer Steigerung der Effektivität von Psychotherapien durch die Nutzung von IMI befindet sich die Forschung allerdings noch in den Kinderschuhen.

Neben Evidenznachweisen auf Basis randomisiert-kontrollierter Studien mehren sich inzwischen auch die Befunde, die die

Wirksamkeit von therapeutenunterstützten IMI unter Routinebedingungen im klinischen Alltag für verschiedene Störungsbilder nachweisen (Andrews & Williams, 2014; El Alaoui, Hedman, Ljótsson & Lindefors, 2015; El Alaoui, Hedman, Kaldo et al., 2015; Hedman et al., 2014; Williams, O'Moore, Mason & Andrews, 2014). Wobei gleichzeitig Befunde vorliegen, die keinen Zusatznutzen von vorwiegend unbegleiteten reinen Selbsthilfeprogrammen gegenüber der Standardbehandlung nachweisen konnten (Gilbody et al., 2015; Littlewood et al., 2015). Dies verdeutlicht, dass – wie in der Psychotherapieforschung im Allgemeinen (Baumeister, 2014) – auch im Bereich der IMI-Forschung die Evidenz zur Wirksamkeit noch keinen gesicherten Schluss zur Effektivität von IMI unter Routinebedingungen erlaubt. Erkenntnisse aus den bisherigen Studien deuten hierbei vor allem darauf hin, dass es bei der Implementierung von IMI insbesondere Konzepte zur Sicherstellung der Interventionsadhärenz bedarf (Gilbody et al., 2015). So scheint es insbesondere auch in der klinischen Routine von zentraler Bedeutung, dass IMI eine ausreichend qualifizierte therapeutische Begleitung bieten (Jones et al., 2015).

Der Psychotherapeut in IMI

In *Face-to-Face-Psychotherapien* gehört die therapeutische Beziehung zu den wesentlichen Wirkfaktoren. Doch welche Rolle spielt der Psychotherapeut für den Erfolg innerhalb von IMI und lässt sich auch über das „unpersönliche“ Medium Internet eine therapeutische Beziehung aufbauen? Trotz der qualitativen wie auch quantitativen Reduktion des therapeutischen Kontaktes durch z. B. das Ausbleiben von sozialen

_____ Therapeutenunterstützte IMI können bei Betroffenen mit Depressionen oder Angststörungen, die sich diese Behandlungsform vorstellen können, ähnlich gute Ergebnisse erzielen wie klassische Vor-Ort-Psychotherapie.

und nonverbalen Signalen weisen bisherige Studien darauf hin, dass bei IMI eine qualitativ hochwertige (Andersson, Paxling, Wiwe et al., 2012) und vergleichbare therapeutische Beziehung wie im *Face-to-Face-Setting* aufgebaut werden kann (Cook & Doyle, 2002; Ebert, Hannig et al., 2013; Klasen, Knaevelsrud & Böttche, 2013; Preschl, Maercker & Wagner, 2011). Im Rahmen einer Studie zur Evaluation des internetgestützten Verfahrens „Interapy“ charakterisierten beispielsweise 88% der Patienten den Kontakt mit ihrem Onlinetherapeuten als angenehm und 80% empfanden die Tatsache, dass der therapeutische Kontakt ausschließlich über das Internet stattfand, als positiv (Lange et al., 2003). Ähnliche Befunde finden sich auf Basis standardisierter Instrumente zur Erfassung der Beziehungsqualität u. a. für therapeutenunterstützte IMI zur Behandlung von Depression, generalisierter Angststörung, sozialer Phobie, Panikstörung und posttrauma-

tischer Belastungsstörung (Andersson, Paxling, Wiwe et al., 2012; Knaevelsrud & Maercker, 2006).

In Bezug auf die Fragestellung, ob und in welchem Ausmaß IMI therapeutische Begleitung benötigen, zeigt die aktuelle Befundlage, dass IMI mit psychotherapeutischer Begleitung deutlich größere Therapieerfolge erzielen als IMI ohne Support (Baumeister, Reichler, Munzinger & Lin, 2014; Klein & Berger, 2013; Palmqvist, Carlbring & Andersson, 2007). Baumeister und Kollegen wiesen in einem systematischen Review nach, dass IMI mit begleitender Unterstützung eine deutlich geringere Abbruchrate aufwies, mehr durchgeführte Module pro Intervention und eine stärkere Symptomreduktion erzielten als IMI ohne therapeutische Unterstützung.

Die Relevanz des therapeutischen Kontaktes bestätigte auch eine Metaanalyse zu IMI von Richards und Richardson, die eine mittlere Effektstärke von $d = 0.36$ ohne und eine deutlich höhere ($d = 0.78$) mit Support in der Behandlung von Depression nachwies (Richards & Richardson, 2012).

Obwohl diese und andere Arbeiten auch für unbegleitete Selbsthilfeintervention signifikante Effekte nachweisen, muss einschränkend erwähnt werden, dass diese auf klinischen Studien beruhen, die eine per se recht hohe Strukturierung der teilnehmenden Patienten mit sich bringt, die in der Routine so nicht vorzufinden ist. So kann z. B. angenommen werden, dass die in Studien notwendigen Forschungskontakte, wie z. B. Telefonanrufe zur Durchführung der Diagnostik, einen Teil der notwendigen Interventionsverbindlichkeit herstellt, die ohne Begleitforschung bei reinen Selbsthilfeinterventionen in der Routineversorgung nicht gegeben wäre. Entsprechend ist auf der Basis der derzeitigen Evidenzlage die Integration von IMI in die Routineversorgung nur in psychotherapeutisch begleiteter Version zu empfehlen.

In Bezug auf die Dosiswirksamkeitsrelation deuten zwei Übersichtsarbeiten darauf hin, dass mit steigender Supportzeit auch die Wirksamkeit der IMI steigt, wobei Andersson und Kollegen auf der Grundlage bisheriger Studien schätzen, dass eine gesteigerte Therapeutenzeit ab 100 Minuten pro Patient innerhalb einer zehnwöchigen IMI keinen bedeutsamen Wirkungszuwachs mehr erbringt (Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv & Cuijpers, 2009; Johansson & Andersson, 2012; Palmqvist et al., 2007).

Grenzen und mögliche negative Effekte

Neben den potenziellen Vorteilen von IMI gilt es auch, die Grenzen und Risiken der Vorgehensweise zu betrachten. Zum jetzigen Zeitpunkt fehlen allerdings zuverlässige empirische Informationen zur Kontraindikation von IMI. Offensichtlich ist, dass

1) im Rahmen von *Stand-Alone-Konzepten* ohne therapeutische Begleitung vor Ort die Möglichkeit, auf Notfälle

(wie bspw. Suizidalität) adäquat zu reagieren, stark eingeschränkt ist. Daher gilt z. B. akute Suizidalität in den meisten Studien als Ausschlusskriterium, auch wenn erste Studien dafür sprechen, dass IMI auch effektiv in der Behandlung suizidaler Patienten eingesetzt werden können (Christensen et al., 2013; Mewton & Andrews, 2014).

Weitere potenzielle Risiken und negative Effekte könnten sein (Rozental et al., 2014):

- 2) unklare oder auch fehlende Diagnosestellung, die eine adäquate Behandlung hilfesuchender Personen begrenzt,
- 3) die Entwicklung einer reduzierten gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung, wenn Teilnehmende im Rahmen von IMI nicht erfolgreich sein sollten,
- 4) die Entwicklung einer negativen Einstellung gegenüber Psychotherapie im Allgemeinen, wenn Teilnehmende unzufrieden mit ihrer IMI sein sollten,
- 5) eine Überforderung von Betroffenen bei der selbstständigen Anwendung therapeutischer Methoden,
- 6) eine mögliche Symptomverschlechterung bei Subgruppen von Patienten.

Während erste Studien sich der Thematik potenzieller Risiken von IMI annehmen (Boettcher, Rozental, Andersson & Carlbring, 2014; Ebert et al., 2014; Rozental, Boettcher, Andersson, Schmidt & Carlbring, 2015), bedarf es in diesem Bereich, wie in der Psychotherapieforschung im Allgemeinen, dringend einer erhöhten wissenschaftlichen Aufmerksamkeit.

Berufs- und datenschutzrechtliche sowie ethische Aspekte²

Das in Deutschland gültige Fernbehandlungsverbot schließt vor dem Hintergrund der Muster-Berufsordnungen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2007) für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) eine ausschließliche Fernbehandlung aus. Dennoch lässt das Regelwerk Raum für den Einsatz von IMI (Almer & Warntjen, 2009). So erlaubt die Muster-Berufsordnung nach Satz 2 der Vorschrift, beispielsweise „in begründeten Ausnahmefällen“ die psychotherapeutische Behandlung ausschließlich über elektronische Kommunikationsmedien durchzuführen. Ein solcher Ausnahmefall kann z. B. die Sicherstellung einer therapeutischen Nachsorge oder die Durchführung von Modellprojekten sein (Almer & Warntjen, 2009; Almer, 2008). Darüber hinaus ist es wichtig zu differenzieren, dass zwar die ausschließliche psychotherapeutische Behandlung mittels IMI aktuell in der Regel rechtswidrig ist, es aber auch unter den derzeitigen Regelungen möglich ist, dass IMI, die psychotherapeutischen Techniken beinhalten, von Patienten zur Selbsthilfe genutzt werden. Gleichzeitig erlaubt die Formulierung in der Berufsordnung, dass die Be-

² Der folgende Abschnitt fasst die Kernaussagen aus einer durch die Autoren bereits publizierten Arbeit zusammen: Baumeister, Lin & Ebert (in Druck).

handlung „nicht ausschließlich“ über elektronische Medien erfolgen darf, den Einsatz von IMI, wenn beispielsweise eine Diagnosestellung vor Ort erfolgt ist und zumindest ein Teil der Psychotherapie nicht über elektronische Kommunikationsmedien stattfindet.

Das Rational hinter den rechtlichen Einschränkungen bezüglich der ausschließlichen Behandlung von Patienten mittels IMI ergibt sich aus der Möglichkeit, dass anerkannte diagnostische oder therapeutische Standards nicht eingehalten werden könnten. Aus dem fehlenden persönlichen Kontakt könne ein Behandlungsfehler resultieren und Patienten entsprechend pflichtwidrig und schuldhaft ein Schaden zugefügt werden (Almer, 2008). Entsprechend gilt der Grundsatz, dass bei vergleichbaren Erfolgsaussichten von IMI keine zusätzlichen Gefahren für die Patienten entstehen dürfen. Verletzungen dieser Sorgfaltspflicht können zu Haftungsfällen in Form von Zahlungen von Schmerzensgeld und Schadensersatz führen und ggf. auch eine strafrechtliche Konsequenz nach sich ziehen (Almer & Warntjen, 2009; Almer, 2008; Erlinger & Hausdorf, 2004).

Die vorangegangenen Abschnitte verdeutlichen, dass der Gewährleistung der Patientensicherheit ein sehr hoher Stellenwert zukommen muss und die Abklärung zusätzlicher Gefahren eine notwendige Voraussetzung für die Implementierung von IMI darstellt. Bislang mangelt es dieser Diskussion jedoch an empirischen Daten. Zudem erfolgt eine teils einseitige Betonung der möglichen zusätzlichen Gefahren (Hardt & Ochs, 2011), während mögliche Gefahrenreduktionen im Vergleich zum persönlichen Kontakt nicht diskutiert werden. Denkbar wären hier z. B. eine geringere Gefahr des Patientenmissbrauchs im Vergleich zum persönlichen Behandlungssetting (Rüger, 2003) sowie eine geringere Wahrscheinlichkeit, dass unnötige invasive Behandlungen erfolgen (z. B. fraglicher Einsatz von Antidepressiva bei leichtgradigen Depressionen (Baumeister, 2012)). Insgesamt wäre eine sachlichere Diskussion der berufsrechtlichen Aspekte von IMIs auf der Grundlage empirischer Erkenntnisse zur Patientensicherheit von IMI im Vergleich zur Standardbehandlung wünschenswert.

Datenschutzrechtliche Aspekte

Die rechtlichen Datenschutzgrundlagen in Deutschland beziehen sich hauptsächlich auf den Schutz der Privatheit von Menschen. Dabei handelt es sich rechtlich gesehen um das grundgesetzlich verbürgte „Recht auf informationelle Selbstbestimmung“ der Individuen (Wenzel, 2006), das sich unmittelbar auf die Grundrechte „Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit“ (Art. 2, Abs. 1 Grundgesetz (GG)) in Kombination mit der Menschenwürde (Art. 1, Abs. 1 GG) stützt. Das gesamte Datenschutzrecht unterstreicht das Freiheitsrecht einer Person, grundsätzlich über ihre Daten selbst verfügen zu dürfen und darüber in Kenntnis gesetzt zu werden, welche

Daten über sie vorliegen und wie und zu welchen Zwecken diese verarbeitet und genutzt werden. Um dies zu gewährleisten, wurde im sogenannten „Volkszählungsurteil“ des Bundesverfassungsgerichtes konkretisiert, dass alle personen-

_____ Persönliche Daten sollten verschlüsselt übertragen und gespeichert sowie die Kommunikation über unsichere Kommunikationskanäle wie z. B. E-Mails vermieden werden. Hier kann nicht sichergestellt werden, dass nicht auch Unbefugte Zugriff erlangen. _____

bezogenen Daten ausnahmslos unter den grundgesetzlichen Schutz fallen (Wenzel, 2006). Diese Regelung erscheint umso wichtiger, da bei IMI aufschlussreiche Daten von Personen in ihrer Entwicklung von der Behandlungsursache bis zu den Therapieabläufen sichtbar sind (Ulsenheimer & Heinemann, 1999).

Konkrete Kontrollmaßnahmen im Datenschutzmanagement sind gesetzlich vorgegeben. Dies umfasst u. a. Maßnahmen bezüglich der

- 1) Zutrittskontrolle,
- 2) Zugangskontrolle,
- 3) Zugriffskontrolle,
- 4) Weitergabekontrolle,
- 5) Eingabekontrolle,
- 6) Auftragskontrolle,
- 7) Verfügbarkeitskontrolle und
- 8) Trennung der Daten nach Zwecken (Wenzel, 2006).

Die Aufzählung verdeutlicht, dass das Datenschutzmanagement sich nicht nur im rechtlichen Bereich vollzieht, sondern auch Aspekte zu Technik und Organisation betrifft. Hierzu gehören beispielsweise, dass professionelle Schutzmaßnahmen mit Firewalls als Hardwarelösung eingeführt und regelmäßige Datensicherungen durchgeführt werden. Außerdem sollten persönliche Daten und Kommunikationen immer verschlüsselt übertragen und gespeichert sowie die Kommunikation über unsichere Kommunikationskanäle wie z. B. E-Mails vermieden werden, da hier nicht sichergestellt werden kann, dass nicht auch Unbefugte Zugriff auf den Kommunikationsverlauf erlangen. Um diesen umfangreichen Maßnahmen gerecht zu werden, empfiehlt sich daher bei der Entwicklung und Implementierung von IMI das Hinzuziehen von Experten im Datenschutzbereich.

Ethische Aspekte

Aus ethischer Sicht können bei der Anwendung von IMI sowohl Risiken als auch Chancen entstehen (Bauer & Kordy,

2008; Berger & Andersson, 2009; Hardt & Ochs, 2011; Hilgart, Thorndike, Pardo & Ritterband, 2012; Wagner & Maercker, 2011). Die zentralen Bedenken gegenüber IMI beschäftigen sich hauptsächlich mit den Gefahren im Diagnostik- und Behandlungsverlauf, wie sie im Abschnitt zu den berufsrechtlichen Aspekten beschrieben wurden. Zudem bestehen Bedenken bezüglich der Qualität zahlreicher Angebote, da diese bislang keiner einheitlichen Qualitätssicherung unterliegen. Andererseits werden die Chancen von IMI häufig im Zusammenhang mit positiven empirischen Befunden diskutiert, die nahelegen, dass der Verzicht auf IMI als eine Behandlungsoption für Betroffene ethisch fraglich ist. So sprechen, wie oben dargelegt, Untersuchungsergebnisse dafür, dass IMI in vielen Behandlungsbereichen gute bis sehr gute Behandlungseffekte aufzeigen, die vergleichbar mit der jeweiligen Standardbehandlung sind. Zudem bieten IMI die Möglichkeit, Betroffene zu erreichen, die aus unterschiedlichen Gründen (z. B. Schamgefühl, keine Verfügbarkeit eines Psychotherapeuten, gesundheitliche Einschränkungen, Präferenz für Selbsthilfe)

— Für eine ausreichende Behandlungssicherheit müssten u. a. die datenschutzrechtlichen und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen weiter geklärt werden. —

keine Behandlung in Anspruch nehmen würden. Entsprechend gilt es bei der Diskussion zu differenzieren, ob man IMI als ergänzende oder ersetzende Behandlungsmethode versteht. Während es in Bezug auf Ersteres zwar immer noch gilt, die berufsrechtlichen Fragestellungen zu klären, ist die zumeist ökonomisch geführte Diskussion von IMI als Ersatz für die Standardbehandlung ethisch deutlich kritischer zu sehen.

In Bezug auf die Qualität zahlreicher Angebote im Internet bedarf es einer getrennten Betrachtung der in diesem Beitrag zumeist beschriebenen, idealerweise wissenschaftlich evaluierten Selbsthilfeprogramme und der Vielzahl an kommerziellen, nicht wissenschaftlich fundierten Behandlungsangeboten im Internet. Problematisch ist dabei insgesamt die Kommerzialisierung des Marktes zu sehen, die derzeit in einigen Ländern zu beobachten ist, in denen die Implementierung von IMI ins Versorgungssystem schon weiter vorangeschritten ist, während die Qualität der Angebote vielfach nicht sichergestellt ist. Um Betroffene vor fragwürdigen Angeboten zu schützen und eine Hilfestellung bei der Auswahl wirksamer Angebote zu bieten, sind ethische Richtlinien notwendig, die qualitativ hochwertige, seriöse IMI kennzeichnen. Verbindliche Regelungen zur Qualitätssicherung existieren derzeit allerdings noch nicht. Denkbar und vor dem Hintergrund höchstmöglicher Patientensicherheit und Versorgungsqualität wünschenswert wäre es, wenn langfristig, nach dem Beispiel von Medizinprodukten, ausschließlich IMI, die sich in Rahmen randomisiert-kontrollierter klinischer Studien als

wirksam erwiesen haben, systematisch in die Versorgung integriert und deren Kosten von den Leistungsträgern übernommen werden.

Stand der Implementierung

Während in zahlreichen Ländern weltweit, wie beispielsweise den Niederlanden, Schweden, Australien und England, IMI bereits etablierter Bestandteil der Routineversorgung darstellen, sind IMI u. a. aufgrund der berufsrechtlichen Einschränkungen in Deutschland nur selten im Versorgungssystem zu finden.

Derzeit erfolgt die Integration von IMI vielfach im Rahmen von Modellprojekten. In einem Projekt des St. Alexius-/St. Josef-Krankenhauses und der AOK-Krankenkasse³ wurde von 2011 bis 2015 etwa die Behandlung von Depressionen, Panikstörung und sozialer Phobie im Rahmen der regionalen ambulanten Routineversorgung erfolgreich erprobt.

Die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg implementiert derzeit in Zusammenarbeit mit den Schön-Kliniken und der BARMER GEK internet- und videogestützte Therapieverfahren.

Im Rahmen dieses Modellprojektes erhalten Versicherte in ländlichen Gebieten ohne Zugang zu zeit- und ortsnaher ambulanter psychotherapeutischer Versorgung die Möglichkeit, nach intensiver Diagnostik in einer der bundesweiten Schön-Kliniken an einer videobasierten Kurzzeittherapie mit begleitenden Online-Selbsthilfe-Lektionen teilzunehmen.⁴ Darüber hinaus erhalten alle stationär behandelten Patienten, die im Anschluss an ihre stationäre Behandlung keinen Therapieplatz vor Ort finden, die Möglichkeit, die Anschlussbehandlung solange videobasiert mit Psychotherapeuten der Klinik durchzuführen, bis sie eine Psychotherapie an ihrem Wohnort beginnen können.

Das Vorhaben ist Teil eines von der Europäischen Union geförderten Großprojektes mit dem Ziel, IMI für die Behandlung von Depression in die Routineversorgung von elf europäischen Ländern zu integrieren, um so die Versorgung depressiv Erkrankter zu verbessern.

Neben diesen Modellprojekten bieten oft auch Leistungserbringer und Leistungsträger auf Selbsthilfe basierte IMI zur Bewältigung psychischer Beschwerden im Sinne eines *life coaches* an. Da es bisher allerdings keinerlei Standards zur Sicherstellung der Qualität und der Patientensicherheit für solche Angebote gibt, ist dies durchaus als problematisch zu bewerten.

³ www.net-step.de

⁴ www.schoen-kliniken.de/ptp/kkh/bar/anmeldung/online-therapie

Fazit

IMI sind flexible, technisch vielfältige Verfahren, die sich für eine Bandbreite von Anwendungsfeldern und Indikationen mit unterschiedlichen Schweregraden anbieten. Aktuell wird die Implementierung von IMI in die gesundheitliche Routineversorgung durch datenschutz- und berufsrechtliche Grenzen sowie ethische Bedenken eingeschränkt. An den dargelegten empirischen Befunden zum Einfluss von menschlichem Support wird deutlich, dass IMI weniger als Ersatz von klassischen psychologischen Interventionen zu sehen sind, als vielmehr als eine sinnvolle Ergänzung des Behandlungsspektrums verstanden werden sollten (Baumeister et al., in Druck). Sie sind einerseits in der Lage, Zielgruppen zu erreichen, die bisher nicht durch klassische Vor-Ort-Maßnahmen erreicht werden, und können andererseits klassische Psychotherapie flankierend ergänzen. Durch die Integration beider Interventionsformen kann zudem eventuell die Ergebnisqualität von Psychotherapie weiter verbessert werden.

Erste internationale Befunde legen auch die Effektivität von *Stand-Alone-therapeutengestützten* IMI unter Routinebedingungen nahe, obwohl es hier, insbesondere in Deutschland, noch weiterer Forschung bedarf. Im Gegensatz zu den Problembereichen Angst und Depression stellt sich die Evidenzlage bei IMI für viele andere Störungen allerdings noch als lückenhaft heraus. Bisher ist wenig darüber bekannt, wie im Rahmen von *Blended-Konzepten* IMI und *Face-to-Face-Angebote* optimal kombiniert werden können, um beispielsweise die Wirksamkeit gegenwärtiger psychotherapeutischer Verfahren zu verbessern.

Hinsichtlich der weiteren Nutzung von IMI im Versorgungssystem ergeben sich eine Reihe relevanter zu klärender Fragen, um einerseits das Potenzial solcher Ansätze für das Versorgungssystem voll auszuschöpfen und andererseits auch die Patientensicherheit sowie die Handlungssicherheit aufseiten durchführender Psychotherapeuten sicherzustellen. Für eine ausreichende Behandlungssicherheit müssten beispielsweise die datenschutzrechtlichen und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen weiter geklärt werden. Problematisch am gegenwärtigen Stand ist, dass auf Basis der jetzigen Regelungen verschiedene Leistungserbringer und Leistungsträger IMI in der Versorgung psychischer Störungen anbieten, ohne diese als psychotherapeutische Interventionen zu kennzeichnen. Damit gibt es weder eine klare Qualitätskontrolle noch sind die Anbieter den gängigen Standards zur Patientensicherheit und des Datenschutzes unterworfen. Ein wichtiger nächster Schritt wird daher darin bestehen, dass diese Rahmenbedingungen festgelegt werden, z. B. indem Sicherheitsstandards, standardisierte Konzepte zur Sicherstellung der Patientensicherheit etwa im Umgang mit Krisen definiert sowie Qualifikationsanforderungen für begleitende Psychotherapeuten vereinbart werden. Zudem bedarf es einer Klärung der Frage, welche Qualitätsstandards IMI erfüllen müssen, um in der Prävention und Behandlung psychischer Störungen zum Einsatz zu kommen. Ebenso müssen Abrechnungs- und Finan-

zierungsmodelle entwickelt werden, die ermöglichen, dass sich Betroffene IMI leisten können und Leistungserbringer die Patientenversorgung mittels evidenzbasierter IMI abrechnen können.

Sind diese grundlegenden strukturellen Fragen geklärt, wird es möglich sein, das Potenzial von IMI für die weitere Verbesserung unseres Gesundheitssystems bestmöglich zu nutzen.

Literatur

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



Dr. rer. nat. David Daniel Ebert

Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg
Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie
Nägelsbachstr. 25a
90152 Erlangen
david.ebert@fau.de

David D. Ebert ist derzeit Wissenschaftler am Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Erlangen-Nürnberg und leitet dort eine Arbeitsgruppe zu E-Mental Health. Seine Forschung fokussiert auf die Entwicklung und Evaluation internet- und mobilbasierter Gesundheitsinterventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit. Er ist Mitglied des Vorstandes und Präsident-elect der International Society for Research on Internet Interventions (ISRII), Gründungsmitglied und Teil des Vorstandes der „European Society for Research on Internet Interventions (ESRII) und Repräsentant der DGPS in der Task Force eHealth der European Federation of Psychologists' Associations.



Prof. Dr. Harald Baumeister

Universität Ulm
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie und Pädagogik
Albert-Einstein-Allee 47
89069 Ulm
harald.baumeister@uni-ulm.de

Harald Baumeister, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, ist Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie und Pädagogik der Universität Ulm sowie Teil der professoralen Leitung der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz (PHSA) der Universität Ulm. Inhaltliche Schwerpunkte seiner Forschung liegen in den Bereichen Depression und somato-psychische Komorbidität, methodische Schwerpunkte in der Epidemiologie, evidenzbasierten Psychotherapie und Versorgungsforschung, mit einem speziellen Fokus auf der Entwicklung und Überprüfung Technologie basierter Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen.

Kollateralien der „Internettherapie“ – Chancen¹ und Gefahren II

Jürgen Hardt

Zusammenfassung: Jenseits des ausschließlichen und dominierenden Effizienz- und Effektivitätsdiskurses wird die „Internetpsychotherapie“ einer psychologischen Kulturkritik im zeitgenössischen Kontext unterzogen. Dabei wird sie als Kulturtechnik angesehen, die die Transformation von Gesellschaft, Wissenschaft und Subjekt mit betreibt und den lebensweltlichen Kontext der Psychotherapie vernachlässigt. Diese kulturelle Nebenwirkung wird in der gängigen Literatur zur Promotion von Internetpsychotherapie nicht berücksichtigt. Die implizite Psychologie – Alltagspsychologie – erlaubt keine kritische Absetzung vom Verwertungszusammenhang. So besteht die Gefahr, dass die Internettherapie zu einer schlanken Gesundheitsproduktion wird, die sich in die postmoderne Kultur – gekennzeichnet durch Globalismus, Ökonomismus und Digitalismus – bruchlos einfügt. Nach Meinung des Autors verfehlt eine solche Psychotherapie ihre kulturelle Aufgabe: Hüterin der Lebenswelt zu sein.

Sprachlosigkeit im Widerstreit

Argumente für und gegen psychotherapeutische Online-Angebote² in einem Pro-und-Contra-Katalog gegenüberzustellen, ist schwer möglich, weil die jeweiligen Argumente keine Entsprechungen auf der anderen Seite haben. So sind die unbezweifelbare Nützlichkeit sowie die Effektivitäts- und Effizienzbeweise von Online-Angeboten im kulturpsychologischen Kontext irrelevant, während die Bedenken gegenüber der Eingliederung der Psychotherapie in einen neoliberal geprägten Gesundheitsmarkt und ihre drohende Entprofessionalisierung im dominierenden Diskurs nicht vorkommen. Trotz aller Forderungen nach Multi- und Interdisziplinarität findet keine Rezeption der – dem „wissenschaftlichen“ Denken fremden – Argumente statt. Die kulturpsychologischen Einwände werden so zu unpassenden Zwischenrufen.

2011 erschien im Psychotherapeutenjournal der gemeinsam mit Matthias Ochs verfasste Artikel „Internettherapie“ – Chancen und Gefahren (Hardt, J. & Ochs, M., 2011).³ Infolge habe ich in mehreren Publikationen (Hardt, 2012a, 2012b, 2013, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b) eine psychoanalytisch basierte, medien- und kulturpsychologische Kritik an den psychotherapeutischen Online-Angeboten formuliert. Diese Publikationen beruhen zum Teil auf Vorträgen, die auf Tagungen gehalten wurden, an denen auch Protagonisten der Internettherapie beteiligt waren und referiert haben. Ein Austausch über die unterschiedlichen Sichtweisen kam nicht zustande: möglicherweise, weil solcherart kritische Anmerkungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten⁴, die Online-Angebote befürworten, belanglos sind. Denn ihres Erachtens beruhen sie auf Unkenntnis der erwiesenen Effektivität und Effizienz ihrer Angebote und gehen somit an der Sache, die zur Entscheidung ansteht, vorbei. Dem widerspricht, dass kritische Anmerkungen zu Online-Angeboten viele psycho-

therapeutisch fachkundige Zuhörer und Diskutanten überzeugen. Und nicht etwa nur Psychoanalytiker oder alte Praktiker. – Wie könnte der Nichtdiskurs zu verstehen sein?

Befürworter und Kritiker der psychotherapeutischen Hilfsangebote im Netz sprechen nicht nur andere Sprachen, sie scheinen sich in unterschiedlichen Diskurswelten – Kulturen – zu bewegen. Vielleicht hat sich der fachpsychologische Diskurs von kulturellen Fragen zurückgezogen, was man als Emanzipation und Verwissenschaftlichung oder als Verlust und Lebensferne verstehen könnte? Tatsächlich werden kultur-, geistes- und sozialwissenschaftliche Inhalte in klinisch-psychologischen Studiengängen auch nicht gelehrt. Eine andere Erklärung könnte sein, und das entspricht allgemeiner Beobachtung in den Medienwissenschaften, dass User von Medien blind für ein Instrument werden, das sie alltäglich nutzen. Wenn aber ein Medium kulturelle und das heißt auch sozialpsychologische Auswirkungen hat, was in den Medi-

¹ Die Chancen und Vorteile der Internettherapie werden in allen mir bekannten Publikationen ausführlich beschrieben; es handelt sich um unbestreitbare Vorteile, erstens auf dem therapeutischen Markt: Kundenfreundlichkeit, leichter Zugang, Verständlichkeit, Schutz vor Diskriminierung, Barrierefreiheit, globale und allzeitige Zugänglichkeit und für die Kostenträger eine Senkung der Therapieausgaben. Zweitens auf dem Wissenschaftsmarkt: detaillierte Dokumentation und damit Nachvollziehbarkeit, direkter Einbezug von Experten, damit best practice und unendliches Verbesserungspotenzial. In der Marktsprache handelt es sich bei der Internettherapie um eine exquisit schlanke, qualitätsgesicherte Gesundheitsproduktion. Die genannten Vorteile sind so oft beschrieben worden, dass ich sie als bekannt voraussetzen kann und nicht im Einzelnen diskutieren muss.

² Im weiteren Text werde ich summarisch von Internettherapie reden und meine damit alle Angebote im Netz, die explizit mit psychotherapeutischem Anspruch auftreten. Eine Differenzierung zwischen exquisiter Therapie und hilfreicher Information, Beratung, Aufklärung und anderen Formen von nützlicher Lebenshilfe mache ich nicht. Letzterer Wert ist in einer digitalisierten Gesellschaft unstrittig.

³ Ich danke Matthias Ochs für Gegenlesen und kritische Anmerkungen.

⁴ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

enwissenschaften als längst erwiesene Tatsache gilt, ist es für die in der Psychotherapie angewandte Psychologie unerlässlich, sich mit Effekten und Nebeneffekten jener „Instrumente“ auseinanderzusetzen, die massenhafte Verwendung finden.

Offensichtlich haben sich völlig getrennte Sprach- und Denkweisen entwickelt, die nicht ineinander zu übersetzen sind. Wobei sie nicht im Widerspruch, sondern – um das Konzept von Lyotard (Lyotard, 1987) zu verwenden – im Widerstreit zueinander stehen.⁵ Dann sind Versuche, sich zu verständigen, sinnlos und Zeitverschwendung. Eine Entscheidung könnte höchstens von außerhalb getroffen werden.⁶

Diskurse sind mit Selbstverständlichkeiten und Machtverhältnissen verbunden, die nur sichtbar werden, wenn der eigene Standpunkt infrage gestellt wird. Lyotard hat in der Situation der Unterlegenheit eine Strategie der Paralogie (Lyotard, 1982, S. 175ff: das systematische Danebenreden) empfohlen, um den dominierenden Diskurs zu labilisieren; dann, wenn ein mächtiger Diskurs sich als Selbstverständlichkeit etabliert hat und keine vernünftige Widerrede mehr erlaubt. Wenn auch die Labilisierung/Bedenklichkeit nicht gelingt, ist es verlockend, weitere Versuche der Verständigung aufzugeben und sich mit dem Ergebnis abzufinden, dass über verschiedene Dinge geredet wurde, die nichts miteinander zu tun haben. Oder aber, was von einem psychoanalytischen Standpunkt naheliegt, zu versuchen, die Dynamik auszumachen, die eine Auseinandersetzung verhindert.

Kurze Kritik der meist angegebenen Vorteile

Kundenfreundlichkeit und Senkung der Zugangsschwelle sprechen für die Online-Therapie-Angebote, die in vielfältigen Formen auftreten. Unbezweifelbar fällt es vielen Menschen leichter, sich an eine anonyme Netzadresse oder ein Programm zu wenden, als sich zu bekennen und leibhaftig eine psychotherapeutische Praxis aufzusuchen – besonders in ländlichen Gemeinschaften, wo jeder mitbekommt, wenn jemand eine psychotherapeutische Praxis aufsucht. Aber auch deswegen, weil meist eine Diagnose befürchtet wird, die von Laien als Etikettierung von Verrücktheit missverstanden werden kann. So kann der Kunde solcher Gesundheitsleistungen in seinem Verständniszusammenhang bleiben und riskiert keine Beschämung, die er befürchtet, wenn er zugeben muss, psychotherapeutische Hilfe zu benötigen. Er bleibt mündig und dem Ideal des freien und unabhängigen Selbstunternehmers (Bröckling, 2007) treu.

Weil es meist „Schnupperangebote“ von Online-Selbsthilfen gibt, kann er sich erst einmal umsehen, ob ihm das Ange-

bot entspricht; dabei muss er sich nicht auf eine ungewisse Beziehung einlassen und sich nicht in irgendeine Obhut begeben, was meist als Unterordnung erlebt wird, er bleibt mündig, entscheidet selbst, was vonnöten ist. In sicherer Verbindlichkeit ist es ganz ihm überlassen, das Angebot anzunehmen oder nicht.

Sollte eine Beziehung eingegangen werden, stellt sie scheinbar keine besonderen, dem allgemeinen Verständnis fremden Ansprüche. Die Kunden bleiben zunächst und oft durchgängig

— Befürworter und Kritiker der psychotherapeutischen Hilfsangebote im Netz sprechen nicht nur andere Sprachen, sie scheinen sich in unterschiedlichen Diskurswelten – Kulturen – zu bewegen. —

in ihrer alltäglichen Verständnisswelt, in der sie sich auskennen, sie bekommen Informationen, wohlwollenden Rat und Aufgaben, die sie nach eigenem Belieben befolgen und erledigen können. Die Anforderungen an sie richten sich nach ihrem Verstehen und stellen dies nur im Einvernehmen infrage.

Auch die therapeutische Beziehung ist anspruchslos, meist auf Konkordanz mit dem Kunden bedacht, so dass dieser sich verstanden, gut aufgehoben und gestützt fühlen kann. Im Konfliktfall wird normalerweise schnell versucht, die Spannungen auszuräumen, weil sonst ein Abbruch droht, der unkompliziert erfolgen kann. So erscheint die Beziehung dem Kunden gut und oft besser als eine Beziehung mit einem leibhaftigen Gegenüber.

Diskretion ist in der Anonymität aufgehoben. Der Austausch zwischen den beiden Partnern der therapeutischen Prozesse geschieht meist in abgesicherten Netzen und der Kunde wird auf mögliche Risiken hingewiesen und es ist ihm überlassen, was er von sich sagen, schreiben und preisgeben will (sozusagen: *at one's own risk*).

Alle Angebote richten sich nach dem Verständnis des Kunden, der psychologischer Laie ist und bleibt; so regiert ungebrochen das alltägliche Verstehen seelischer Prozesse:

⁵ Lyotard spricht von einem Widerspruch, wenn sich beide Gesprächspartner einigen können, dass es einen Bezug oder eine Instanz gibt, die über Wahrheit oder Unwahrheit entscheiden kann. Wenn es eine solche Instanz nicht gibt oder sie nicht anerkannt wird, spricht er von einem Widerstreit, der mit rationalen Mitteln des Diskurses nicht mehr entschieden werden kann. Dann entscheiden Machtverhältnisse. Lyotard sah die postmoderne Kondition unserer Kultur durch solche Widerstreite gekennzeichnet. Habermas (1981) dagegen hielt, mit der gleichen unübersichtlich gewordenen Geistessituation konfrontiert, daran fest, dass durch Kommunikation eine Einigung gesucht werden und möglich sein müsse. Rorty (1989) empfahl einen ironischen Umgang mit solcher Art Unverträglichkeiten.

⁶ Lyotard verlangte, dass in solchen Fällen die Philosophie die Rolle der Richter übernehme solle. Sie könne allerdings nicht entscheiden, sondern lediglich die Widerstreite artikulieren und darauf achten, dass der aufgrund der Machtverhältnisse unterlegene Part nicht in Vergessenheit gerate.

die Alltagspsychologie und die Alltagspsychotherapie (Hardt, 2007b) des „Man“. Damit sind solchen Angeboten bei allen Vorteilen enge Grenzen gesetzt: Psychotraining, Psychocoaching, Psychoedukation, die Psychotherapie oft notwendig begleiten, aber nicht Psychotherapie sind.

Alle Angebote richten sich nach dem Verständnis des Kunden, der psychologischer Laie ist und bleibt; so regiert ungebrochen das alltägliche Verstehen seelischer Prozesse.

Die „Qualität“ der Beziehung richtet sich nach dem Laienurteil, ob sie angenehm ist und sich gut anfühlt. Dass professionell gesehene die Güte einer therapeutischen Beziehung eher an Belastbarkeit oder Konfliktresistenz ermessen werden sollte, ist dem Laien fremd.

Der Verkehr richtet sich ausschließlich nach den Regeln des Alltagsverständnisses, hat zwar eine fördernde und stützende Kraft, aber stellt das Subjekt nicht systematisch infrage, was erforderlich ist, wenn das Selbst Behandlung braucht. Dann ist es notwendig, das Selbst zuerst aus dem Gefangensein in seinen eigenen Selbstverständlichkeiten zu befreien. So wird in den kundenorientierten Angeboten das Man⁷, eine wichtige Substruktur menschlichen Lebens, behandelt, das Selbst nicht tangiert; was oft ausreicht, um erlebtes Leiden zu mildern. Die Dekonstruktion des Selbst ist dagegen immer zugleich eine Dekonstruktion alltäglicher Selbstverständlichkeiten. Um das Selbst zu behandeln, muss das Selbstverständliche dekonstruiert werden; damit werden Bereiche betreten, die nicht öffentlich zugänglich sind. Das erfordert einen besonderen Schutz: die therapeutische Diskretion.

Die grundsätzliche Datenunsicherheit lässt in den medialen Ferntherapien aber keine strenge Diskretion⁸ zu, deren Zusage als notwendiger Gegenpart zur völligen Offenheit in einem psychotherapeutischen Behandlungsprozess gewährleistet sein muss. Die Dekonstruktion des Selbst braucht, um als Behandlung wirksam zu sein, die absolut verlässliche Vertraulichkeit, sonst wäre es nicht zu verantworten, dass der innere Dialog eines Menschen in einer zwischenmenschlichen Situation hörbar wird, was durch die Aufforderung zu völliger Offenheit, alles mitzuteilen, was in den Sinn kommt, technisch bewerkstelligt wird.⁹ So wird der verantwortliche Online-Therapeut stellvertretend für seinen Kunden darauf achten müssen, dass er nicht mehr preisgibt, als für die begrenzte Erledigung der therapeutischen Aufgabe unbedingt erforderlich ist, er wird sich im Alltagsverstehen aufhalten müssen.

Die Postmodernistische Situation

Von einem kulturkritischen Standpunkt aus gesehen, gibt es weitergehende grundsätzliche Bedenken gegen psychothera-

peutische Online-Angebote. Mit solchen Angeboten tritt die Psychotherapie in den Kulturprozess der ökonomischen Digitalisierung ein und befördert ihn, anstatt kritische Distanz zu ihm zu bewahren und sich gegebenenfalls den Auswirkungen auf die Lebenswelt entgegenzustellen.

Lyotard (1982) hat in einem Gutachten über die geistige Situation der Zeit vor etwa 35 Jahren mit der aufkommenden Computerisierung (Digitalisierung/„Internet“) eine radikale Wirkung auf den Kulturprozess vorausgesehen. Der Computer, so prophe-

zeitete er, werde zu einem äußerst potenten Kulturinstrument, das die Grundwerte und Ziele der Moderne verunsichern und schließlich aufheben werde, auch wenn es den Anschein haben könnte, die Moderne werde sich in einer Steigerung fortsetzen.¹⁰ Lyotard stellte fest, dass die „großen Erzählungen“ der Moderne von der Aufklärung und der Emanzipation der Menschen im Streben nach Wahrheit – gegenüber einer bloßen Verrechnung von Effektivität und Effizienz – ihren „Glauben“ verlieren werden, das heißt, dass sie nicht mehr Leitlinie und Ziel der kulturellen Anstrengungen sein werden. Damit setze sich ein ökonomisches und administratives Denken durch, das, weil es auch die universitäre Lehre bestimme,

7 Das Man repräsentiert, wie man zu sein hat, wie man sich versteht und sein möchte, besonders aber, wie man vor sich und anderen erscheinen möchte. Das Man ist dabei jeder und keiner (Heidegger 1963/1926, s. a. Hardt, 2015a).
8 „Mit den Neurotikern schließen wir also den Vertrag: volle Aufrichtigkeit gegen strenge Diskretion“ (Freud, 1938, S. 413). Die Zusicherung der absoluten Verschwiegenheit (Diskretion) ergibt sich aus den beiden Traditionen, denen die Psychotherapie in unserer Kultur verpflichtet ist. Erstens der ärztlichen Tradition, in der der hippokratische Eid den Therapeuten zu absoluter Verschwiegenheit bis über den Tod hinaus verpflichtet, und zweitens die Tradition der Beichte, in der die geforderte Offenheit ihren Gegenpart im Beichtgeheimnis hat. Die Psychotherapie hat weitgehend die Funktion einer säkularisierten Beichte übernommen, geht aber noch darüber hinaus. Dass in jeder Ferntherapie die Einhaltung der Diskretion zum Problem werden kann, wird schon in der ersten überlieferten Brieftherapie zwischen dem französischen Philosophen René Descartes und seiner Patientin Elisabeth von Böhmen deutlich (Ebbesmeyer, 2015). Die junge Frau aus dem europäischen Hochadel mahnt Descartes schon zu Beginn des Briefwechsels an den hippokratischen Eid und er beteuert, ihn zu befolgen, was er auch bis zu seinem Lebensende eingehalten hat. Die Herausgeber seines Nachlasses wandten sich 1650 an Elisabeth und suchten um ihr Einverständnis, ihre Briefe wegen der philosophischen Bedeutung publizieren zu dürfen, was Elisabeth aber verweigerte (Ebbesmeyer, S. 22). Dass die Briefe schließlich doch an die Öffentlichkeit gelangt sind, widerspricht dem Eid, dem sich Descartes verpflichtet hatte. Heute hätte Descartes damit einen Verstoß gegen die Berufsordnung begangen.

9 Die Forderung der strengen Diskretion ergibt sich aus einem methodischen Grundprinzip jeder tiefenpsychologischen Therapie. Weil die Tiefenpsychologien davon ausgehen, dass im therapeutischen Prozess Probleme bearbeitet werden müssen, die jenseits des Bewusstseins der Patienten zu lokalisieren sind, werden die Patienten zu völliger Aufrichtigkeit angehalten (sogenannte freie Assoziation oder Grundregel). Denn die Psychotherapie geht über die Beichte hinaus, indem sie nicht nur zur Sprache bringen muss, was Patienten vor anderen, sondern auch das, was sie vor sich selbst geheim halten wollen oder besser geheim halten müssen, um ihr seelisches Gleichgewicht aufrechterhalten zu können. So wird der innere Dialog, zum Beispiel zwischen Gewissen und Phantasie, zu einem zwischenmenschlichen Ereignis. Das bedarf absoluter Diskretion.

10 Das war der Dissens zwischen Habermas und Lyotard, ob die Werte der Moderne erhalten bleiben oder nicht. M. E. hat Lyotard mit seiner düsteren Prognose Recht behalten.

schließlich auch das wissenschaftliche Denken affiziere und zur unhinterfragten Selbstverständlichkeit werde. Die ganze Welt, bis in die privatesten Bereiche, werde von der Computerisierung durchzogen. Selbst die Subjekte, so vermutete er, werden sich in ihrem Selbstverständnis dem ökonomischen Regime fügen.

Die Diagnose der postmodernen Kondition hat sich bewahrt und die damit verbundene Prognose in einer Weise erfüllt, die die Ahnungen von Lyotard bei Weitem übertrifft. Die heutige Kultur trägt deutlich postmodernistische Züge. Eine Skizze kann das augenfällig belegen (vgl. Hardt, 2009):

Die postmodernistische Situation stellt sich in der globalen Konnektivität dar, die ökonomisch betrieben und ausgebeutet wird. So werden zwischenmenschliche Beziehungen zu einer Ressource und zu einer Ware, die einen hohen Marktwert haben. Dabei stellen digitale Konnektionen einen geringen Anspruch an ihre User, sie sind leicht herstellbar und mit einer Wischbewegung kündbar. Das schafft eine Unverbindlichkeit, die höchstens noch durch das Gebot der Fairness auf dem Markt gemildert wird. Zugleich droht das reale Subjekt in der Masse der digital miteinander verknüpften User zu vereinsamen.¹¹ Und wer einsam ist, bekommt es mit der Angst zu tun – deshalb die Zunahme an Angststörungen.

Soziale Einrichtungen, wie besonders die solidarisch moderne Krankenversorgung, sind mithilfe der Digitalisierung ökonomistisch transformiert. Die Logik des Gesundheitsmarktes hat kulturelle Konzepte der modernen Heilkunde in ihrer Bedeutung verändert. Krankheit ist zum Unwort (Hardt, 2007a) geworden; statt Krankheiten zu behandeln, soll Gesundheit hergestellt und gehandelt werden und zwar in möglichst nachvollziehbaren, schlanken und kostengünstigen Produktionsprozessen. Patienten wurden zu mündigen Kunden ermächtigt, die über Bedarf und Anwendung von Gesundheitsleistungen selbst entscheiden dürfen/sollen/müssen, auch wenn ihnen die notwendige Fachkenntnis fehlt. Fachwissen wird auf dem Markt als Herrschaftswissen diffamiert, das sich gegenüber dem Laien auszuweisen hat. So tritt besonders in der Psychotherapie, die sich schon immer gegen die Alltagspsychotherapie mit ihren Plausibilitäten zu wehren hatte, eine schleichende Entprofessionalisierung ein. Das Transparenzgebot führt schließlich dazu, dass Krankheit den diskreten, privaten Raum, der als Ort der Genesung galt, verliert ...

In der globalen Informationsgesellschaft sind Daten begehrte Güter.¹² Das führt trotz aller technischen Aufrüstungen zu einer prinzipiellen Datenunsicherheit. Niemand mehr ist in der Lage, Diskretion und Privatheit zu garantieren – Werte, die im Mittelpunkt der modernen Demokratisierungsbewegung standen. Weil der Anspruch auf Privatheit und Diskretion den freien Datenmarkt behindert, folglich geschäftsschädigend

ist, werden Privatheit und Diskretion als romantische Konzepte diffamiert und für obsolet erklärt. Damit verliert das Subjekt seine schutzwürdige Basis. Das Ende der Privatheit ist zugleich das Ende des Subjekts, wie es sich in der Geschichte der Aufklärung und Emanzipation herausgebildet hat.

Die abendländische Subjektkonzeption, das schützenswerte Individuum in seiner unverwechselbaren Eigenart, löst sich auf. Identitäten scheinen frei wählbar und die Möglichkeiten der Ausgestaltung scheinen unbegrenzt (Reckwitz, 2006). So wird das Subjekt zu einem Unternehmen (Bröckling, 2007), das auf Ressourcen zurückgreift, Investitionen tätigt, die sich lohnen sollen. Training und Coaching stellen Techniken des Self-Enhancement bereit, die der kluge Selbstunternehmer für seine Marktchancen zu nützen weiß. Die freie Wahl der Identitäten ist allerdings durch das marktgängige Angebot begrenzt, Identitäten sind durch jeweilige Zusammenstellungen von Versatzstücken gekennzeichnet (Persönlichkeit als Colla-

Digitale Konnektionen stellen einen geringen Anspruch an ihre User, sie sind leicht herstellbar und mit einer Wischbewegung kündbar.

ge). Das führt zu einer ständigen Such- und Optimierungsbewegung, die nie abgeschlossen werden kann: Das Subjekt wird zu einem unendlichen Projekt. Die Datenspuren, die das Subjekt bei seinem Bemühen um sich selbst hinterlässt, dienen dazu, die geheimsten Wünsche, noch bevor sie bewusst werden, manipulativ zu erfüllen. Priddat (2014) sieht darin das Aufkommen des Homo dyctos, der den modernen Homo sapiens ablösen wird, ein Typ Mensch, dessen Unbewusstes sich in der unbemerkten Datenmanipulation darstellt.

Alle diese Einzelmomente stehen im Zusammenhang mit dem, was Habermas die Kolonialisierung und Ausbeutung der Lebenswelt durch das funktional überlegene System von Verwaltung und Wirtschaft genannt hat (Habermas, 1981, Bd. 2, S 229ff). Die Digitalisierung, als dessen wirksamstes Instrument das „Internet“ angesehen werden muss, hat diesen Prozess beschleunigt und zugleich wegen seiner leichten Verfügbarkeit zur alternativlosen Selbstverständlichkeit werden lassen (Vgl. das Forschungsprogramm: Digitalisierung als Kulturprozess 2014). Die ökonomistische Transformation hat über die Kolonialisierung fast aller gesellschaftlichen Bereiche hinaus, unterstützt durch die Digitalisierung, auch das Subjekt ergriffen. Kann sich Psychotherapie ohne kritische Reflexion diesem Prozess anschließen?

¹¹ Turkle (2011) hat diese Folge in „Alone Together“ deutlich herausgearbeitet.

¹² Das trifft besonders auf sogenannte Gesundheitsdaten zu!

Die Aufgabe der Psychotherapie in der postmodernistischen Situation

Im Zusammenhang mit der Kritik an der ökonomistischen, „lebensfernen“ (Hardt, 2015d) Transformation der solidarischen Krankenbehandlung in den freien Gesundheitsmarkt habe ich des Öfteren gefordert, dass die Psychotherapie Hüterin der Lebenswelt sein müsse und die Lebenswelt gegenüber jeglichen Übergriffen zu schützen habe. Eine Psychotherapie, die

— Die Psychotherapie muss Hüterin der Lebenswelt sein und diese gegenüber jeglichen Übergriffen schützen. Eine Psychotherapie, die sich der postmodernistischen Logik unterwirft, kann diese Funktion nicht mehr wahrnehmen.

sich der postmodernistischen Logik, das heißt einer Logik, die durch Digitalismus, Ökonomismus, Globalismus und Bürokratismus gekennzeichnet ist, unterwirft, kann diese Funktion nicht mehr wahrnehmen. Psychotherapeuten sind gefordert, gegenüber den Medien, die sie verwenden, kritisch zu sein, ihre kulturellen Auswirkungen in Rechnung zu stellen und sie kritisch zu befragen, bevor sie schlanke therapeutische Hilfen für Lebensprobleme anbieten.

Literatur

- Bröckling, U. (2007). Das unternehmerische Selbst – Soziologie einer Subjektivierungsform, Frankfurt: Suhrkamp.
- Ebbersmeyer, S. (Hg.) (2015). Der Briefwechsel zwischen Elisabeth von der Pfalz und René Descartes. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Forschungsprogramm: Digitalisierung als Kulturprozess. Universität Witten-Herdecke und Internationale Psychoanalytische Universität (IPU) Berlin. Verfügbar unter: www.ipu-berlin.de und www.uni-wh.de [28.9.2015].
- Freud, S. (1938). Abriß der Psychoanalyse, die Psychoanalytische Technik. In Studienausgabe (1975), Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik (S. 407-421). Frankfurt: S. Fischer.
- Habermas, J. (1981). Theorie des kommunikativen Handelns. Besonders Band 2, VI: System und Lebenswelt (S.173-283). Frankfurt: Suhrkamp.
- Hardt, J. (2007a). Das „Unwort“ Krankheit in der Gesundheitswirtschaft. Frankfurter Rundschau, 2. Januar 2007.
- Hardt, J. (2007b). Alltagsverstehen und die Kunst des Verstehens. In J. Hein & K.-O. Hentze (Hrsg.), Das Unbehagen in der (Psychotherapie-)Kultur. Sinnverstehende Traditionen – Grundlagen und Perspektiven (S. 188-195). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Hardt, J. (2009). Ökonomismus als letzte Heilslehre – ein Vortrag für gebildete Laien. Verfügbar unter: www.lppkjp.de/uploads/2014/09/Hardt-Ökonomismus-als-Heilslehre.pdf [28.9.2015].
- Hardt, J. (2012a). Psychoanalyse in der virtuellen Welt. In A. Springer et al. (Hrsg.), Nutzt Psychoanalyse?! (S. 111-130). Gießen: Psychosozialverlag.
- Hardt, J. (2012b). „Virtuelle Psychoanalyse“ – Glosse über ein wissenschaftliches Oxymoron. Forum der Psychoanalyse, Bd. 28 (2), 197-199.
- Hardt, J. (2013). Psychoanalyse in der virtuellen Welt. VPP Aktuell, Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP, 23, 2-6.
- Hardt, J. (2014a). Was kann eine psychotherapeutische Fernbehandlung leisten und was nicht? – ein medienpsychologischer Beitrag. Psychotherapie Aktuell (DPTV), 6 (2), 15-17. Originaltext mit Literatur www.dptv.de [28.9.2015].

Hardt, J. (2014b). Psychotherapie unter Herrschaft des Man – Subjekt und Beziehung in der Internettherapie. In P. Wahl & U. Lehmkuhl (Hrsg.), Seelische Wirklichkeiten in virtuellen Welten. Beiträge zur Individualpsychologie, Band 40 (S. 253-270). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hardt, J. (2015a). Psychotherapie unter Herrschaft des Man II – Beziehungen im Internet. In A. Krieger, H. Winter, U. A. Müller, M. Ochs, & W. Broicher (Hg.), Geht die Psychotherapie ins Netz? – Möglichkeiten und Probleme von Therapie und Beratung im Internet (S.89-123). Gießen: Psychosozialverlag.

Hardt, J. (2015b). Das „Internet“ aus kulturpsychologischer Sicht: Kulturinstrument und ambivalentes Kulturobjekt. Hintergrundpapier des Vortrages auf dem 6. Bayrischen Psychotherapeutentag am 9.5.2015. Verfügbar unter: [http://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/FF747C5B58CFD762C1257E51002F0B35/\\$file/Vortrag_Hardt_LPT_2015.pdf](http://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/FF747C5B58CFD762C1257E51002F0B35/$file/Vortrag_Hardt_LPT_2015.pdf) [29.01.2016].

Hardt, J. (2015c). Wirkungen und Nebenwirkungen der Digitalisierung des Gesundheitswesens. In Mitgliederrundschreiben DGPT 02/2015, S.2-14 (Vortrag auf der ASG Tagung Berlin Februar 2015).

Hardt, J. (2015d). Postmoderne Gesundheitswirtschaft – effizient, digital und lebensfern. Vortrag auf dem 3. Saarländischen Psychotherapeutentag „Ökonomisierung im Gesundheitswesen“ am 28. November 2015. Verfügbar unter: www.ptk-saar.de.

Hardt, J. & Ochs, M. (2011). „Internettherapie“ – Chancen und Gefahren – eine erste Annäherung. Psychotherapeutenjournal, 10 (1), 28-32.

Heidegger, M. (1926). Sein und Zeit. Ausgabe 1963. Tübingen: Max Niemeyer.

Liotard, J.-F. (1979). La condition postmoderne. Rapport sur le savoir. Paris, Les Éditions de Minuit. Deutsch (1982): Das postmoderne Wissen – ein Bericht. Übersetzt von Otto Pfersmann. Wien: Passagen Verlag.

Liotard, J.-F. (1983). Le Différend, Paris, Les Éditions de Minuit. Deutsch (1987). Der Widerstreit. Übersetzt von Joseph Vogel. München: Wilhelm Fink Verlag.

Priddat, B. (2014). Homo Dycotos – Netze, Menschen, Märkte. Über das neue Ich: market-generated identities. Marburg: Metropolis-Verlag.

Reckwitz, A. (2006). Das hybride Subjekt . Eine Theorie der Subjektkulturen von der bürgerlichen Moderne zur Postmoderne. Stuttgart: Velbrück Wissenschaft.

Rorty, R. (1989). Kontingenz, Ironie und Solidarität. Frankfurt: Suhrkamp.

Turkle, S. (2011). Alone Together – Why We Expect More from Technology and Less from Each Other. New York: Basic Book.



Jürgen Hardt

juergenhardt@psychoanalyse-wetzlar.de

Jürgen Hardt ist Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker, Organisationsberater und Gründungspräsident der PTK Hessen; Psychoanalytischer Publizist. Schwerpunkte: Jürgen Hardt arbeitet an der Reichweite der psychoanalytischen Methode – Kulturkritik der „Verantwortung“ gegenüber der Lebenswelt in der Gesundheitsökonomie, auf dem Bildungsmarkt und der globalen Finanzkrise.

Herausforderungen einer teilhabeorientierten Psychotherapie

Beate Muschalla, Jürgen Bengel, Matthias Morfeld & Ulrike Worrigen

Zusammenfassung: Psychische Erkrankungen, wie rezidivierende affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder auch psychotische Erkrankungen, gehen für die betroffenen Menschen häufig mit anhaltenden Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben einher. Daher spielt bei ihrer psychotherapeutischen Behandlung die Teilhabeorientierung im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) IX eine bedeutsame Rolle. Teilhabeorientierung zielt darauf, dass Patientinnen und Patienten¹ auch mit einer chronischen Erkrankung in beruflichen und sozialen Lebensbezügen integriert sein sollen und Behinderung im Sinne der krankheitsbedingten Beeinträchtigung in bestimmten Lebensbereichen überwunden werden soll. In der bisherigen Ausbildung von Psychotherapeuten hat die Teilhabeorientierung häufig nur einen impliziten Stellenwert. In der alltäglichen Psychotherapiepraxis sind teilhabe- und rehabilitationsorientierte Inhalte jedoch seit jeher von großer Bedeutung. Um in der Psychotherapie das Teilhabemodell nutzbar zu machen, ist eine verfahrensübergreifende Orientierung am biopsychosozialen Krankheitsverständnis sinnvoll, welches der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zugrunde liegt. Kenntnisse über die medizinische und berufliche Rehabilitation und weitere medizinische und psychosoziale Hilfsangebote im deutschen Sozialversicherungssystem sind ebenfalls notwendig, um eine teilhabeorientierte Psychotherapie bei chronisch kranken Patienten durchzuführen zu können.

Hintergrund

Was haben Psychotherapeuten mit „Teilhabe“ zu tun? Sie telefonieren mit Kollegen aus Rehabilitationseinrichtungen, um den weiteren Behandlungsverlauf ihres Patienten abzustimmen. Sie nehmen Patienten neu auf, die zuvor in einer Rehabilitationseinrichtung waren und dort eine „Psychotherapie“ empfohlen bekommen haben. Und in ihren Therapiegesprächen geht es häufig weniger darum, beim Patienten „die Paniksymptome vollständig zu beseitigen“, sondern vielmehr um Fragen der Art „Wie schaffen Sie es, einkaufen zu gehen, auch wenn Sie eine Panikattacke bekommen könnten?“. Ob man sich in der täglichen Praxis von Psychotherapeuten umsieht oder sich um die Ausbildungsreform der Psychotherapeuten in Deutschland Gedanken macht – auf das Thema „Teilhabeorientierung“ und „Rehabilitation“ stößt man bei Fragen der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unweigerlich.

Behandlungsaktivitäten von Psychotherapeuten sind vielfältig, jedoch wurde in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und in der Ausbildungspraxis der Aspekt der Rehabilitation und Teilhabe eher nachrangig betrachtet. Letztendlich geht es jedoch in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, ambulant wie stationär, vielfach um die Behandlung von

chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen, also von Krankheitsverläufen (Wittchen & Fehm, 2003; Wittchen et al., 2003). Neben das Ziel der Symptombehandlung der Krankheit tritt im Sinne einer „teilhabeorientierten“ Psychotherapie häufig auch das Ziel, Fähigkeiten zu trainieren und eine Wiederherstellung der Teilhabe in Alltag und Beruf zu erreichen: Patienten sollen in die Lage versetzt werden, wieder ins Kino, zum Sport oder zur Arbeit zu gehen, auch wenn Symptome bestehen bleiben oder wiederkehren (können). Manchmal ist auch bei unveränderter Symptomatik und gravierenden Fähigkeitsbeeinträchtigung eine Kontextänderung notwendig. So ist etwa auch eine durch den Psychotherapeuten angestoßene Anpassung des Arbeitsplatzes (z. B. Umsetzung eines Patienten mit sozialer Phobie aus einer Tätigkeit mit 80% Verkaufstätigkeit in eine Tätigkeit mit reduzierter Kontaktfähigkeitsanforderung im Back Office) eine teilhabeorientierte psychotherapeutische Intervention. Teilhabeorientierte Psychotherapie spielt sich also auf drei Ebenen ab:

— In den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychotherapeuten und in der Ausbildungspraxis wurde der Aspekt der Rehabilitation und Teilhabe bislang eher nachrangig betrachtet.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

- Reduktion der Symptomatik,
- Fähigkeitstraining und
- Kontextanpassung.

Sich diesem Ziel der Teilhabeförderung auf diesen verschiedenen Ebenen annähern zu können, erfordert beim Psychotherapeuten nicht nur ein breites störungs- und interventionsbezogenes Wissen und Fertigkeiten, sondern auch Kenntnisse über die Strukturen des Gesundheitssystems, sozialmedizinische Kenntnisse, Wissen über kontextbezogene Behandlungsmöglichkeiten der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung und eine therapeutische Grundhaltung für eine teilhabeorientierte Behandlung.

Neben der ambulanten Versorgung und der psychiatrischen und psychosomatischen Akutversorgung stellt die medizinische Rehabilitation ein wichtiges Arbeitsfeld für Psychotherapeuten dar. Ca. 16.400 PP oder KJP arbeiten aktuell in ambulanter vertragspsychotherapeutischer Versorgung, ca. 6.000 arbeiteten 2013 im Angestelltenverhältnis in psychiatrischen oder psychosomatischen Akutkrankenhäusern, ca. 5.000 Psychotherapeuten und Psychologen in Rehabilitationseinrichtungen (42% Psychosomatik, 31% Sucht, BPtK, 2014a,b). Der Anteil der Rehabilitationsleistungen wegen psychischer Erkrankungen ist in den letzten Jahren signifikant gestiegen. Aktuell sind psychische Erkrankungen neben Muskel-Skelett-

— Mit der ICF hat sich ein verändertes Verständnis des Behinderungsbegriffes etabliert, weg von der Idee der Behinderung als Personenfaktor, hin zum Verständnis von Behinderung als kontextbedingte Beeinträchtigung. —

Erkrankungen der häufigste Anlass für eine medizinische Rehabilitationsleistung (BPtK, 2014b). Mit dem Versorgungstärkungsgesetz wird es für Psychotherapeuten möglich, „Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation“ zu verordnen (GKV, 2015).

In Anlehnung an den Lernzielkatalog Medizin (GMA, 2015; Mau et al., 2004; siehe auch Bengel et al., 2014) möchten wir im Folgenden einige zentrale teilhaberelevante Inhalte zusammenstellen, die auch im Rahmen der Ausbildung von Psychotherapeuten Berücksichtigung finden sollten. Sie stellen – explizit wie implizit – wichtige Konzepte und Inhalte der rehabilitations- bzw. teilhabeorientierten Behandlung bei psychischen Erkrankungen dar. Rehabilitation sollte von (zukünftigen) Psychotherapeuten nicht (nur) im strukturellen Sinne als ein Versorgungsbereich im Gesundheitswesen verstanden werden (klassisch „die Rehaklinik“), sondern im Sinne einer teilhabeorientierten Behandlung bei psychischen Erkrankungen interpretiert werden können.

Grundsätze der Teilhabeorientierung und zentrale Lernbereiche in der Psychotherapieausbildung

Krankheitsfolgenorientierung und der funktionale Gesundheitsbegriff

Ein grundlegendes, in der Ausbildung unverzichtbares Konzept zum Verständnis und zur Beschreibung des Teilhabe- und Rehabilitationsgedankens ist das biopsychosoziale Krankheitsfolgenmodell der *Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, 2001; Bengel et al., 2012, siehe Abbildung)*. In der ICF werden Gesundheitsprobleme als mehrdimensionale biopsychosoziale Phänomene verstanden. Ein Gesundheitsproblem wird im Sinne der ICF nicht nur über die Krankheitssymptomatik beschrieben, sondern es geht um die aus der Symptomatik folgenden Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Teilhabe in bestimmten Alltagskontexten (z. B. die krankheitsbedingte Beeinträchtigung, die Rolle der Mutter, Bürokollegin oder Vereinsvorsitzenden angemessen auszufüllen).

Obwohl der Gedanke eines biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses nicht neu ist (Meyer, 1917), so hat sich doch erst mit der Einführung der ICF ein verändertes Verständnis von Gesundheit etabliert, in dem Gesundheit als funktionale Gesundheit verstanden wird. Gesundheit bedeutet nach diesem Verständnis, dass jemand im Leben etwas tun kann (z. B. einkaufen gehen, zur Arbeit gehen), am (sozialen) Leben teilhaben kann, trotz einer Erkrankung und Symptomatik (z. B. übermäßige

Sorgen im Rahmen einer generalisierten Angsterkrankung). Auch hat sich mit der ICF ein verändertes Verständnis des Behinderungsbegriffes etabliert, weg von der Idee der Behinderung als Personenfaktor, hin zum Verständnis von Behinderung als kontextbedingte Beeinträchtigung. Mit dem Bild des Rollstuhlfahrers vor einer Treppe: jemand ist nicht behindert, sondern wird behindert. Im Beispiel eines Patienten mit einer sozialen Phobie mag dies bedeuten, dass dieser Mensch mit eingeschränkter Kontaktfähigkeit als Verkäufer arbeitsunfähig ist, in der Buchhaltung jedoch gut leistungsfähig sein kann.

Psychische Erkrankungen als chronische Erkrankungen

Rehabilitation bedeutet Behandlung chronischer Erkrankungen und Behinderungen über die Lebensspanne mit dem Ziel der Förderung der sozialen Teilhabe und Inklusion (SGB IX, BMAS, 2012). Erkrankungen die (trotz Behandlungen) über sechs Monate oder länger persistieren und zu überdauernden Beeinträchtigungen im alltäglichen Lebensvollzug führen,



Abbildung: Biopsychosoziales Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF (zitiert nach Bengel et al., 2012; Linden et al., 2015)

werden fachlich (Muschalla & Linden, 2011a, 2011b) wie sozialrechtlich (§ 2 SGB IX) als Behinderungen verstanden. Psychische Erkrankungen können zu längerfristigen Beeinträchtigungen in zentralen Lebensbereichen führen (z. B. bei sozialer Phobie: ausbleibende Beförderung aufgrund der Unfähigkeit, einen Vortrag zu halten). Diese Beeinträchtigungen sind oft schwerwiegender als die Symptomatik (z. B. dysfunktionale Kognitionen und Vermeidungsverhalten) an sich. Somit ist eine soziale Phobie eine bzgl. der Querschnittssymptomatik vergleichsweise harmlose Erkrankung, die jedoch mit überdauerndem Charakter zu schwerwiegenden Problemen im Lebensvollzug führen und biografische Entwicklungsmöglichkeiten einengen kann. Soziale Phobien, affektive Erkrankungen, Angsterkrankungen, Anpassungsstörungen, hirnorganische Erkrankungen sind häufig chronische Erkrankungen, die eine teilhabe- und lebensspannenorientierte Diagnostik und Behandlung benötigen.

Behandlung psychischer Erkrankungen unter der Fähigkeits- und Teilhabeperspektive

Nach der ICF können Behandlungen auf verschiedene Ebenen abzielen: auf eine Reduktion von Krankheitssymptomatik (z. B. Angstmanagement, Exposition), eine Förderung von Bewältigungsfähigkeiten (z. B. soziales Kompetenztraining), und/oder eine Veränderung von Kontextfaktoren (z. B. Arbeitsplatzanpassung). Insbesondere bei Langzeiterkrankungsverläufen hat die Behandlung zum großen Teil das Ziel der Förderung von Fähigkeiten und, kontextbezogen, der Teilhabe. Zu den Kernkompetenzen eines Psychotherapeuten muss es daher gehören, dieser Teilhabeorientierung in der Behandlung gerecht zu werden. Überdauernde Krankheitsverläufe findet man häufig in der stationären medizinischen Rehabilitation, jedoch auch in der Primärbehandlung (Muschalla et al., 2013). Daher sollten Psychotherapeuten sich mit den Behandlungsmöglichkeiten nicht nur von Krankheitsepisoden, sondern auch mit Behandlung im Hinblick auf Krankheitsverläufe auskennen. Dies gilt unabhängig davon, ob sie in einer Rehabilitationseinrichtung arbeiten oder in der ambulanten Versorgung.

Bei psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen bei psychischen Erkrankungen und auch bei psychischer

Begleitsymptomatik bei somatischen Erkrankungen geht es darum, allgemeine Bewältigungsfähigkeiten aufzubauen, zu Lebensstiländerungen zu motivieren und die soziale Teilhabe zu fördern. Psychotherapie ist im Kern eine fähigkeits- und bewältigungsorientierte Behandlungsform. Soziale Kompetenz, Problem- und Zeitmanagement, Selbstberuhigungs- und Selbstmanagement sowie Emotionsregulation dienen der Bewältigung. Der Teilhabegedanke stärkt die Perspektive der Krankheitsfolgenbewältigung in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Neben dem Ziel der Reduktion von Krankheitssymptomen geht es um Kompensation überdauernder Beeinträchtigungen. Dies kann im Sinne des Kompensationsgedankens nach dem Modell der Selektiven Optimierung und Kompensation (SOK-Modell) verstanden werden, d. h. analog zur Idee des gelungenen Alterns (Baltes & Baltes, 1989). Vorhandene Fähigkeiten sollen trainiert und erhalten werden (z. B. Organisationstalent), um überdauernde Defizite in anderen Bereichen (z. B. Sprechen vor Publikum) auszugleichen.

Diese Teilhabe- und Kontextorientierung in der psychotherapeutischen Behandlung ist kein fundamental neuer Gedanke: soziale Umwelt, Bezugspersonen und Konfliktpartner in der Familie, bei der Arbeit und das ambulante oder stationäre Behandlungsteam sind schon immer Gegenstand von psychotherapeutischen Behandlungen, z. B. mit dem Ziel der Unterstützung durch Angehörige bzgl. der Behandlungs-Compliance oder Rückmeldungen über Problemverhalten.

Behandlungskoordination

Eng verknüpft mit der Teilhabeperspektive ist auch der Gedanke der Behandlungskoordination. Patienten sind im Verlauf ihres Lebens bei unterschiedlichen Ärzten und ggf. in zeitlich befristeten Psychotherapien, ergotherapeutischen Behandlungen oder berufsbezogenen Trainings eingebunden. Der gute fachliche Austausch im multiprofessionellen Team zur Behandlungskoordination spielt nicht nur in der Teamarbeit in einer Rehabilitationsklinik eine wichtige Rolle, sondern auch in der niedergelassenen Psychotherapiepraxis, wenn es darum geht, mit Mitbehandlern oder Institutionen (z. B. Hausarzt oder Krankenkasse, Rentenversicherung) Weichenstellungen für den weiteren Behandlungsweg vorzunehmen. Hier geht es z. B. um Fragen, ob und wann im Verlauf eine medizinische oder eine berufliche Rehabilitationsleistung durchgeführt werden sollte, und auch, wie und welche Nachsorgemaßnahmen nach einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung genutzt werden können (Bengel, 2015). Da Rehabilitation nicht nur das ist, was in und um eine Rehabilitationsklinik stattfindet, sind auch weitere Felder mitzudenken, wie beispielsweise Entwicklungsförderung bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen, Entwicklung von Lebensperspektiven bei älteren Menschen, die auch jenseits des Berufs liegen.

Berufs- und Arbeitsorientierung

Ein weiterer wichtiger inhaltlicher Bereich der teilhabeorientierten Behandlung ist die Berufs- und Arbeitsorientierung.

Auch wenn PP bislang keine Arbeits(un)fähigkeitsbescheinigung ausstellen, so gehört es im Sinne der Teilhabeförderung doch auch zentral zu ihren Aufgaben, sich um den Lebensbereich „Arbeit“ bei ihren Patienten zu kümmern. Dies bedeutet auch die Kenntnis sozialmedizinischer Aspekte wie die Diagnostik und die Beschreibung von Arbeits(un)fähigkeit im Sinne eines psychologischen Fähigkeitsbefunds (Linden et al., 2015; DRV, 2016). Kenntnisse über arbeitspsychologische Grundlagenkonzepte im Sinne von Arbeitsanforderungsanalysen und Verständnis des *Person-Environment-Fit* (Person-

Job-Passung, Kulik et al., 1987; „leidensgerechte“ Arbeitsplätze) sind eine wichtige Voraussetzung, um Maßnahmen zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Hillert et al., 2009) zu verstehen und anzuwenden. Auch Kenntnisse spezieller Erkrankungszustände mit Bezug zum Lebensbereich Arbeit, wie etwa arbeitsplatzbezogene Ängste und deren Behandlungsmöglichkeiten (Muschalla & Linden, 2013), sind von zentraler Bedeutung. Arbeitsbezogene Problemstellungen sind nicht nur bei Patienten mit psychischen Erkrankungen zu beobachten, sondern kommen auch in der

Lehrbereiche	Bachelorstudium	Masterstudium (Abschluss: Approbation)	Weiterbildung (Abschluss: Fachkunde)
1. Menschliches Erleben und Verhalten und dessen Entwicklung	Demografischer Wandel, Entwicklungspsychologie: Life-Span-Development, Modell der selektiven Optimierung und Kompensation, Arbeitspsychologische Grundlagen: Berufsbiographie, Person-Environment-Fit, Arbeitsplatzanforderungen	reherelevante Fallbeispiele	Nutzung und Vertiefung der Grundlagenkenntnisse im Rahmen von Fallbeispielen aus der Rehabilitation
2. Methoden wissenschaftlicher Forschung		reherelevante und versorgungsbezogene Fragestellungen	Leitliniengerechte Behandlung, verschiedene Formen der Qualitätssicherung und Evaluation klinischer Interventionen
3. Störungslehre: Psychische Erkrankung und psychische Faktoren körperlicher Erkrankungen	Psychopathologischer Befund und Anamnese, Fähigkeits- und teilhabebezogene Diagnostik	Psychische Erkrankungen unter der Perspektive der Krankheitsverläufe, Vertiefung von reherelevanten Störungsbildern aus anderen medizinischen Bereichen (z. B. Neurologie, Kardiologie, Orthopädie)	Anwendung und Vertiefung im Rahmen von Fallanalysen, Diagnostik, Verlaufsanalysen, u. a. in der medizinischen Rehabilitation (z. B. Depressive Episode im Akutkrankenhaus, rezidivierende depressive Erkrankung in der Rehaklinik)
4. Diagnostik und Begutachtung	Diagnostik psychischer Funktionen und Strukturen, biopsychosoziales Gesundheitsverständnis, Modell der ICF, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit nach SGB und in der Praxis	Gutachten (verschiedene Rechtsgebiete), medizinische Differentialdiagnostik, Anwendung des Modells der ICF	Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, Konsiliaraufträge (z. B. als Psychotherapeut in einer somatischen Rehabilitationsklinik), ICF-orientierte Diagnostik und Begutachtung in der Anwendung
5. Psychotherapeutische Methoden und Verfahren der Behandlung, Prävention und Rehabilitation	Psychologische Interventionen, die in verschiedenen Settings durchgeführt werden können: Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung, Patientenschulung, Partner- und Angehörigenberatung	Teilhabeorientierung in der Behandlung verschiedener Erkrankungsbilder, fähigkeitsorientierte Psychotherapie	Indikationsstellung, Auswahl und Anwendung von psychosozialen und psychotherapeutischen Methoden in unterschiedlichen Settings, therapeutisches Milieu (z.B. Rehaklinik) und Nebenwirkungen von Psychotherapie und Psychoedukation
6. Institutionelle, gesetzliche und ethische Rahmenbedingungen	Grundlagen des Sozialsystems, medizinische und berufliche Rehabilitation, Inklusion, menschenrechtliche Grundlagen	Psychosoziale Versorgung, häufige sozialrechtliche Fragestellungen (Arbeits- und Erwerbs-/Leistungsfähigkeit), rechtliche Rahmenbedingungen, SGB VI, IX, XII Zugang zu Reha-Maßnahmen nach SGB IX (z. B. Antragsverfahren für medizinische und berufliche Rehabilitation)	Teil der praktischen Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation, reherebezogene Falldokumentationen, die Lebenszeitperspektive der Behandlung und Verlaufsdiagnostik erkennen lassen, Nachsorge nach stationären Rehabilitationsmaßnahmen
7. Reflexion / Selbsterfahrung	Multiprofessionelle Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen (unabhängig vom Behandlungsetting)	Reflexion der kontextbezogenen Rolle des Psychotherapeuten (z.B. Rehabilitationsklinik, ambulante Versorgung)	Rollenkonflikt Therapeut oder Gutachter in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Tabelle: Rehabilitationsrelevante Ausbildungsinhalte entsprechend den im Strukturentwurf Direktstudium vorgeschlagenen Lehrbereichen (DGPs/DGPT, 2014)

somatischen Rehabilitationsmedizin vor. Berufliche Wiedereingliederungsprozesse (Bengel, 2015) rechtzeitig (Nash-Wright, 2011) und in guter Kooperation mit dem Arbeitgeber anzustoßen und zu managen, ist ebenfalls eine wichtige Behandlungsmaßnahme, die ambulant wie stationär durch Psychotherapeuten unterstützt werden kann. Für potenzielle Tätigkeiten im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist in der Ausbildung zu reflektieren, dass Psychotherapeuten hier ggf. in einer Doppelfunktion als sozialmedizinische Gutachter und Therapeuten in einer Person mit Patienten tätig sein werden. Dies entspricht der Arbeitsrealität in Rehabilitationskliniken. Psychotherapeuten in Rehabilitationskliniken haben dieses Spannungsfeld erlebt und die Erfahrung gemacht, dass man es dennoch auch therapeutisch nutzen kann („Das Beste draus machen.“). Man kann im Sinne einer für den Patienten günstigen Weichenstellung die problematischen Themen ansprechen (z. B. Langzeitarbeitsunfähigkeit verstärkt Angst vor der Arbeit), den Patienten dort abholen wo er steht, Problemklärung unternehmen (z. B. Vermeidung sollte unterbrochen werden), Motivationsarbeit leisten (z. B. was hat es Gutes, wenn der Patient einen Arbeitsversuch starten würde). Man kann dann die Leistungsbeurteilung (z. B. vom Fähigkeitsniveau her ist der Patient in der Lage, seine Büroarbeit zu erledigen) im Zusammenhang mit einer therapeutisch sinnvollen Richtung mit dem Patienten besprechen (z. B. Aufgabe von Vermeidungsverhalten bzgl. der Arbeit durch Einleiten einer stufenweisen Wiedereingliederung). Es kann therapeutisch richtungsweisend sein für das Kompetenzerleben des Patienten, wenn man nach einer abgeklungenen depressiven Episode einem noch ambivalenten Patienten eine günstige Erwerbsprognose und Arbeitsfähigkeit empfiehlt. Andererseits kann bei einem Patienten mit krankheitsbedingter realitätsferner Selbstüberschätzung eine Attestierung von Leistungsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine notwendige Schutzmaßnahme sein. Es kann eine Empfehlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gegeben werden, mit ggf. Umorientierung auf andere Berufsfelder.

Psychische Komorbidität und psychosoziale Interventionen bei somatischen Erkrankungen

Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen richtig diagnostizieren und zielführende Behandlungen einleiten zu können, ist eine weitere wichtige Kompetenz für Psychotherapeuten (DRV, 2012, 2014; Härter et al., 2007). Hierbei muss insbesondere eine sorgfältige klinische Differentialdiagnostik erlernt werden, um die verschiedenen Phänomene, zum Beispiel eine psychische Begleitsymptomatik im Rahmen einer somatischen Erkrankung, Medikamentennebenwirkungen, iatrogen oder erkrankungsbedingt verursachte

psychische Irritation („Mein Therapeut meinte, der Stress sei zu groß gewesen“, „Darf ich mich denn nach Herzinfarkt noch bewegen?“) und echte psychische Erkrankungen, voneinander unterscheiden zu können. Nicht jeder depressiv an-

— Berufliche Wiedereingliederungsprozesse rechtzeitig und in guter Kooperation mit dem Arbeitgeber anzustoßen und zu managen, ist eine wichtige Behandlungsmaßnahme, die durch Psychotherapeuten unterstützt werden kann. —

mutende oder beklagte Zustand eines Patienten nach Herzinfarkt ist gleichzusetzen mit einer depressiven Erkrankung.

Bei psychisch gesunden Patienten mit somatischen Erkrankungen sind verhaltensmedizinische Inhalte im Sinne von Krankheitsbewältigungscoaching von Bedeutung. Hierbei geht es vor allem um Behandlungs- und Medikamenten-Compliance, Wissensvermittlung und Aufbau von Krankheitsmanagementfähigkeiten im Rahmen von Patientenschulungen sowie den Aufbau von normalgesundem Verhalten hinsichtlich Ernährung und Bewegung im Alltag (DRV, 2012).

Reha- und teilhaberelevante Aspekte in der Psychotherapeutenausbildung

In der Tabelle sind die zentralen teilhaberelevanten Inhalte zusammengefasst, die in der Psychotherapeutenausbildung Berücksichtigung finden sollten. Die Inhalte sind geordnet entsprechend der Ausbildungsabschnitte Bachelorstudium, Masterstudium und Weiterbildung. In dieser Zusammenstellung werden auch Inhalte genannt, die zum Teil bereits in den aktuellen Psychologiestudiengängen gelehrt werden. Hier wurden sie dennoch mitaufgeführt, um die Reha-Relevanz dieser Aspekte zu verdeutlichen.

Auf Basis langjähriger Erfahrungen sowohl in den universitären Psychologiestudiengängen wie auch in den Psychotherapieausbildungsinstituten und den Einrichtungen der praktischen Tätigkeit erscheint es als realistischer Anspruch, dass im grundständigen Bachelorstudium zunächst verfahrens- und settingübergreifend generelle Aspekte vermittelt werden. Dies sind beispielsweise die Grundlagen der klinischen Diagnostik (Prävalenz und Diagnostik psychischer Erkrankungen, Komorbiditäten, Verlaufstypen, Fähigkeitsbeeinträchtigungen) und die Breite der psychosozialen, -edukativen und -therapeutischen Interventionen.

Im Masterstudium sollte verstärkt der Teilhabegedanke in der Diagnostik und Behandlung eingeübt und dies anhand unterschiedlicher Störungsbilder und unterschiedlicher Stationen im Krankheitsverlauf reflektiert werden. Hier kann etwa eine Depressionsbehandlung unter der Verlaufsperspektive erlernt werden: Behandlung einer akuten depressiven Episode

im Rahmen einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie mit dem Ziel der Symptomreduktion, Behandlung einer Depression unter der Perspektive des Krankheitsverlaufs mit dem Ziel der Teilhabeförderung im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation und kontextorientierte Mitbehandlung einer Depression im Rahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements in Kooperation mit einem Betriebsarzt.

Settingspezifische Besonderheiten in den verschiedenen Versorgungsbereichen entsprechend des gegliederten Sozialsystems (z. B. Rolle als Behandler in der ambulanten Richtli-

nienspsychotherapie versus Rolle als Gutachter und Behandler in einer Rehabilitationsbehandlung) sollten Inhalte in der praktischen Weiterbildung zur Fachkunde sein. Ein Mindestanteil an nachgewiesenen Behandlungsstunden mit chronisch psychisch kranken Menschen sollte zur Voraussetzung für die Erlangung der verfahrens- bzw. fachspezifischen Fachkunde gemacht werden.

Literatur

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



Dr. Beate Muschalla

Korrespondenzadresse:

Freie Universität Berlin
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
Beate.muschalla@fu-berlin.de

Dr. Beate Muschalla ist Psychologische Psychotherapeutin Verhaltenstherapie, arbeitet als Wissenschaftlerin an der Freien Universität Berlin und als Leitende Psychologin der Abteilung Rehabilitation bei der DRV Bund und war zuvor langjährig in der psychosomatischen Rehabilitation tätig. Seit 2004 beschäftigt sie sich in Praxis und Forschung mit arbeitsplatzbezogenen Ängsten und Fähigkeitsbeeinträchtigungen sowie mit Sozialmedizin.



Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Psychologischer Psychotherapeut, ist Direktor der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie an der Universität Freiburg. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Psychologie in der Rehabilitation, psychologische Diagnostik, Psychotraumatologie und Versorgungsforschung; er leitet die Ambulanz für Somatopsychologie und das Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie.



Prof. Dr. Matthias Morfeld

matthias.morfeld@hs-magdeburg.de

Prof. Dr. Matthias Morfeld ist Inhaber der Professur „System der Rehabilitation“ am Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften an der Hochschule Magdeburg-Stendal und forscht zu Fragen der Weiterentwicklung der Rehabilitation. Er ist Mitglied im Vorstand der DGRW.



Dr. Ulrike Worrigen

dr.ulrike.worrigen@drv-bund.de

Dr. Ulrike Worrigen ist Psychologische Psychotherapeutin und Leitende Psychologin der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie Mitglied der DGRW.

Sondergutachten des Sachverständigenrats zum Krankengeld

Theresa Unger

Zusammenfassung: Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Dezember 2015 sein Sondergutachten zum Krankengeld vorgelegt. Mit dem Gutachten soll analysiert werden, warum die Ausgaben für Krankengeld seit 2006 gestiegen sind und welche Möglichkeiten es gibt, die Krankengeldausgaben zu steuern. Der folgende Beitrag stellt die wichtigsten empirischen Befunde des Sondergutachtens – mit dem Fokus auf psychische Erkrankungen – dar und verdeutlicht die hohe Relevanz psychischer Erkrankungen für das Krankengeldgeschehen. Bereichert wird der Beitrag durch ein Interview mit dem Vorsitzenden des Sachverständigenrats Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, der Fragen zu den Ursachen der großen Bedeutung psychischer Erkrankungen für das Krankengeldgeschehen und den Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Verminderung von Krankengeldbezug bei psychischen Erkrankungen beantwortet.

Steigende Ausgaben für Krankengeld

Gesundheitsminister Gröhe hat den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Dezember 2014 beauftragt, ein Sondergutachten zur Analyse der Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankengeld zu erstellen. Anlass des Gutachtauftrags war die überproportionale Zunahme der Ausgaben für Krankengeld seit 2006. Die Krankengeldausgaben sind – mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 8,1% – von 5,7 Milliarden Euro im Jahr 2006 auf 10,6 Milliarden Euro im Jahr 2014 gestiegen. 98% dieser Ausgaben – das waren im Jahr 2014 10,4 Milliarden Euro – entfielen dabei auf Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und 2% auf das Kinderkrankengeld. Der Sachverständigenrat hat das Gutachten im Dezember 2015 vorgelegt (SVR, 2015).

Für die empirischen Analysen standen dem Sachverständigenrat neben öffentlich zugänglichen Datenquellen wie der amtlichen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit auch Statistiken wie Auswertungen durch das Bundesversicherungsamt und eine Datenerhebung bei ausgewählten Krankenkassen sowie durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdo) aufbereitete Statistiken zur Verfügung.

Psychische Erkrankung – die zweithäufigste Ursache für Krankengeld

Die empirischen Analysen des Sachverständigenrats zeigen, dass psychische Erkrankungen eine hohe Bedeutung für das Krankengeldgeschehen haben. Sie sind für einen Großteil der Krankengeldfälle, -tage und -ausgaben verantwortlich. Auswertungen der Daten der BARMER-GEK für das Jahr 2014 zeigen, dass psychische Erkrankungen der zweithäufigste

Grund für den Erhalt von Krankengeld (sog. Krankengeldfälle) sind. Bei fast einem Viertel der Krankengeldfälle (23,1%) war eine psychische Erkrankung der Anlass für den Bezug von Krankengeld. Nur Muskel-Skelett-Erkrankungen führten mit 29% der Krankengeldfälle häufiger dazu, dass eine Krankenkasse Krankengeld zahlen musste.

Besonders bei sehr langen Krankheitsfällen sind psychische Erkrankungen überproportional häufig vertreten. Sie sind mit rund einem Drittel der Fälle die häufigste Ursache für Krankengeldfälle mit einer Höchstdauer von 78 Wochen. Weiterhin zeigen die Analysen, dass die Wahrscheinlichkeit, wegen einer psychischen Erkrankung Krankengeld zu beziehen, mit dem Alter kontinuierlich und deutlich ansteigt.

Aber nicht nur bei den Krankengeldfällen, sondern auch bei der Anzahl der Krankengeldtage stehen psychische Erkrankungen an zweiter Stelle der häufigsten Ursachen. Entsprechend einer Analyse der Daten der AOK zu Langzeitarbeitsunfähigkeit (d. h. Arbeitsunfähigkeit mit einer Mindestlänge von sechs Wochen, was in der Regel mit Krankengeldanspruch einhergeht) für das Jahr 2014 waren 14% aller Langzeitarbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Nur Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachten mehr Langzeitarbeitsunfähigkeitstage (25%).

Was ist das Krankengeld?

Das Krankengeld ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, durch die ein Versicherter bei längerer Krankheit und Arbeitsunfähigkeit (ab sieben Wochen) finanziell abgesichert werden soll. Die Dauer der Krankengeldzahlungen ist begrenzt. Der Versicherte erhält diesen Lohnersatz maximal 78 Wochen lang (inklusive der sechs Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber) für dieselbe Krankheit innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren. Bei Arbeitnehmern beträgt das Krankengeld 70% des Bruttolohns, jedoch nicht mehr als 90% des Nettolohns.

Starke Zunahme von Krankengeldtagen aufgrund psychischer Erkrankungen

Analysen der AOK-Daten zeigen außerdem, dass seit dem Jahr 2000 besonders die Zahl der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen deutlich gestiegen ist – um 114%. Hierbei zeigt sich besonders für die Diagnosen depressive Episode (F32) und Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) ein besonders starker Anstieg – jeweils um rund 250%. Von diesem Anstieg sind am stärksten die Altersgruppen ab 50 Jahre betroffen.

Depressive Episode besonders bedeutsam

Eine herausragende Rolle beim Krankengeld spielt die depressive Episode (F32). Sie ist unter allen ICD-10-Dreistellern diejenige Diagnose mit den größten Anteilen an Krankengeldfällen, -tagen und -ausgaben. Auswertungen der Daten von acht Krankenkassen durch den Sachverständigenrat für das Jahr 2014 zeigen, dass bei Frauen fast ein Viertel der Krankengeldausgaben auf eine F32-Diagnose zurückzuführen ist, bei Männern waren es etwa 17%. Bei Frauen folgen mit Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) und rezidivierenden depressiven Störungen (F33) mit jeweils etwa 10% der Krankengeldausgaben zwei weitere psychische Erkrankungen. Bei den Männern stehen an zweiter und dritter Stelle der häufigsten Ursachen für Krankengeldausgaben Rückenschmerzen und Bandscheibenschäden. Bei Betrachtung der Krankengeldfälle statt der Ausgaben liegen bei Frauen die depressive Episode mit rund 14% der Krankengeldfälle auf Platz 1, bei Männern mit etwa 9% nach Rückenschmerzen auf Platz 2.

Ost-West-Gefälle

Der Sachverständigenrat hat anhand von Daten des Bundesversicherungsamts für das Jahr 2011 auch eine regionale Analyse des Krankengeldgeschehens vorgenommen. Es zeigt sich, dass in den neuen Bundesländern der Anteil der Krankengeldbeziehenden mit einer depressiven Episode an allen Versicherten, die Krankengeld erhalten, geringer ist als in den alten Bundesländern. Auch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der Anteil von Krankengeldbeziehenden mit einer Depression in den Großstädten höher ist als auf dem Land. Das korrespondiert mit Befunden des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zur regionalen Verteilung der administrativen Prävalenzen depressiver Störungen, das heißt den von niedergelassenen Ärztinnen

und Ärzten¹ vergebenen Depressionsdiagnosen (Erhart & Stillfried, 2012).

Krankengeldfallmanagement – Psychische Erkrankungen sind besonders steuerungsrelevant

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in den letzten zwanzig Jahren das Krankengeldfallmanagement aufgebaut, um krankgeschriebene Arbeitnehmer bei ihrem Gesundungsprozess, bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und einer raschen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu unterstützen. Bei Krankenkassen besteht häufig auch die Erwartung, damit die Krankengeldausgaben steuern und dadurch die eigene Wettbewerbsposition verbessern zu können. Somit befindet sich das Krankengeldfallmanagement in einem stetigen Spannungsfeld zwischen Serviceorientierung einerseits und Kostenmanagement andererseits (SVR, 2015 vgl. hierzu auch BPtK, 2015).

Der Sachverständigenrat hat im Rahmen des Sondergutachtens zum Krankengeld auch eine Umfrage bei 91 gesetzlichen Krankenkassen zur Struktur, Durchführung und Effektivität ihres Krankengeldfallmanagements durchgeführt. Die Befragung zeigt, dass auch beim Krankengeldfallmanagement psychische Erkrankungen einen hohen Stellenwert einnehmen. Auf die Frage, bei welchen Erkrankungen eine Fallsteuerung besonders wichtig sei, wurden von den Krankenkassen die psychischen Erkrankungen am häufigsten genannt.



Dr. Theresa Unger

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
unger@bptk.de

Dr. Theresa Unger, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, ist wissenschaftliche Referentin bei der Bundespsychotherapeutenkammer. Ihre Themenschwerpunkte liegen im Bereich Arbeit und psychische Gesundheit, Rehabilitation, Bedarfsplanung sowie der Versorgung von Migranten und Flüchtlingen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Interview

„Wenn ein Patient mit einer akuten Depression erst nach sechs Wochen ein Erstgespräch bekommt, kann uns das nicht egal sein“

BPtK im Gespräch mit Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates, zum Sondergutachten zum Krankengeld

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat Herrn Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, Vorsitzenden des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, dazu befragt, welche Ursachen es für die große Bedeutung psychischer Erkrankungen für das Krankengeldgeschehen gibt und was getan werden kann, um lange betriebliche Fehlzeiten – und damit Krankengeldzahlungen – wegen psychischer Erkrankungen zu vermeiden.

Der Gesundheitsminister hat den Sachverständigenrat beauftragt, ein Sondergutachten zu erstellen, weil die Ausgaben für Krankengeld immer weiter steigen. Worin sehen Sie Ursachen für diesen Anstieg?

Ferdinand Gerlach: Hier gibt es überraschende und vor allem auch gute Nachrichten: Wir haben – auch für uns etwas unerwartet – zunächst einmal festgestellt, dass der Anstieg der Ausgaben für Krankengeld bei Weitem nicht so dramatisch ist, wie er auf den ersten Blick erscheint: Zwar gibt es seit 2006 mit 8,1% pro Jahr einen deutlichen Anstieg der Krankengeldausgaben. Allerdings sind die Ausgaben in den zehn Jahren zuvor fast ebenso deutlich gesunken: nämlich von 9,4 Milliarden Euro im Jahre 1995 auf 5,7 Milliarden Euro im Jahr 2006. Über die letzten 20 Jahre hatten wir also einen U-förmigen Verlauf bei den Krankengeldausgaben. Der Anteil des Krankengelds an den Gesamtleistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung war 1995 mit damals 8% sogar deutlich höher als im Jahr 2014 mit „nur“ noch 5,5%.

Und noch etwas Bemerkenswertes: Die Hälfte des Anstiegs seit 2006 lässt sich auf drei sozialpolitisch erwünschte, letztlich also erfreuliche Ursachen zurückführen. Zum einen ist seit 2006 die Zahl der Beschäftigten gestiegen. Mehr Beschäftigte bedeuten automatisch ja auch mehr Krankengeldberechtigte.

Zum Zweiten sind die Einkommen gestiegen. Da das Krankengeld eine Lohnersatzleistung ist und als Prozentsatz vom Lohn ausgezahlt wird (70% vom Brutto, maximal 90% vom Netto) steigen damit natürlich auch die Zahlungsbeträge je Tag. Schon diese beiden Faktoren führen dazu, dass mehr Personen im Krankheitsfall Anspruch auf ein durchschnittlich höheres Krankengeld haben. Eine dritte Ursache kommt hinzu: Es gibt heute absolut und relativ mehr ältere Beschäftigte. Viele Arbeitnehmer gehen heute später in den Ruhestand und arbeiten damit länger. Da ältere Arbeitnehmer ein höheres Risiko haben, auch einmal längerfristig zu erkranken, und außerdem im Durchschnitt mehr verdienen als jüngere, steigen auch aus diesen Gründen die Krankengeldzahlungen. Also: mehr Beschäftigte, höhere Gehälter und eine höhere Lebensarbeitszeit mit mehr älteren Arbeitnehmern – drei positive Faktoren, die maßgeblich dazu beitragen, dass die Krankengeldausgaben in den letzten Jahren gestiegen sind. Die genauen Gründe für die andere Hälfte des Anstiegs können wir vermuten, aber nicht so exakt quantifizieren. Hier kommt ein ganzes Bündel von Ursachen infrage, die wir im Gutachten auch ausführlich dargestellt haben. In jedem Fall ist es uns wichtig darauf hinzuweisen, dass das

— **Die Hälfte des Anstiegs der Ausgaben für Krankengeld lässt sich auf drei sozialpolitisch erwünschte, erfreuliche Ursachen zurückführen.** —

Krankengeld eine sehr sinnvolle Absicherung des Risikos einer längerfristigen Erkrankung darstellt. Es handelt sich nicht etwa um eine sozialpolitische Wohltat, sondern um einen berechtigten Anspruch, den die Versicherten zuvor durch Beitragszahlungen erworben haben.

Warum sind psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, ein immer häufigerer Grund für Krankengeldzahlungen?

Psychische Erkrankungen, und unter ihnen vor allem depressive Erkrankungen, sind inzwischen gleich nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen, die ja zum Teil ebenfalls eine psychosoziale Komponente haben, der zweithäufigste Grund für Langzeitarbeitsunfähigkeit und damit auch für die Auszahlung von Krankengeld. Was außerdem auffällt: Wenn Menschen wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig sind, sind sie das im Mittel länger als bei den meisten anderen Krankheiten. Das Überwinden einer Depression dauert in der Regel nun einmal länger als das Auskurieren einer Infektion. Das hat natürlich Auswirkungen auf die Krankengeldausgaben.

Warum neben der Dauer auch die Fallzahlen steigen, darüber kann man spekulieren: Bevölkerungsbezogene Studien deuten darauf hin, dass wahrscheinlich nicht mehr Menschen eine Depression haben, als dies früher der Fall war, dass aber mehr Menschen psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Steigende Diagnoseraten wiederum könnten zum Beispiel mit einem steigenden Angebot an Psychotherapeuten sowie einer besseren Erkennung und einer weniger ausgeprägten Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zusammenhängen. So wurde früher vielleicht manche Depression als Rückenschmerz codiert.

Was kann getan werden, um lange betriebliche Fehlzeiten – und damit Krankengeldzahlungen – wegen psychischer Erkrankungen zu vermeiden?

Wenn ein Patient mit einer neu aufgetretenen Depression erst nach sechs Wochen einen Termin für ein Erstgespräch bekommt und vielleicht erst nach drei Monaten eine Psychotherapie beginnen kann, kann uns allen das nicht egal sein. Das ist inakzeptabel für die Betroffenen und führt mehr oder weniger zwangsläufig auch zu längeren Krankengeldbezugsdauern.

Drei unserer insgesamt dreizehn Empfehlungen betreffen diesen Bereich: So sollte nach unserer Auffassung zukünftig geprüft werden, inwieweit die tatsächlich erbrachten Psychotherapiestunden mit der Zahl der Kassensitze, die nach „Köpfen“ gezählt werden, korreliert. Auf der Basis der tatsächlichen Abrechnungen könnten empirisch „Bedarfsplanungsgewichte“ ermittelt werden. Das wiederum würde gezielte Anpassungen der Bedarfsplanung an die tatsächliche Versorgungskapazität erlauben. Wir empfehlen darüber hinaus die Nutzung von Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die entsprechende Zugangsgarantien vorsehen – so wie zum Beispiel in Baden-Württemberg bereits praktiziert. Auch die flächendeckende Einrichtung niedrigschwellig erreichbarer psychotherapeutischer Akutsprechstunden und schwerefallabhängige Honoraranreize für ambulante Psychotherapeuten scheinen uns sinnvolle

Lösungsansätze. Mit Blick auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung empfehlen wir den Ausbau gestufter Versorgungsmodelle und flexibler, ambulanter Angebote – etwa Krisenpensionen oder ambulantes Case-Management – insbesondere im Krisenfall.

Mit Blick auf die heutige Arbeitswelt stellen wir ja in nahezu allen Branchen eine zunehmende Beschleunigung und Verdichtung der Arbeitsprozesse fest. Erhöhte Anforderungen an Mobilität, Erreichbarkeit und lebenslanges Lernen, auch die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes belasten die Menschen unterschiedlich stark. Es ist bekannt, dass Betriebskli-

— Mit Blick auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung empfehlen wir den Ausbau gestufter Versorgungsmodelle und flexibler, ambulanter Angebote. —

ma und Führungsverhalten hier eine große Rolle spielen. Vor allem größere Betriebe bemühen sich, auch angesichts eines Fachkräftemangels, die Arbeitswelt gesundheitsfördernd zu gestalten. Für kleine und mittlere Betriebe benötigen wir noch passende Lösungen. Dieser Ansatz der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde erst kürzlich mit dem Präventionsgesetz gestärkt. Mit Beginn dieses Jahres wenden die Krankenkassen im Jahr sieben Euro pro Versichertem für die Primärprävention auf – zwei Euro gehen in die Betriebliche Gesundheitsförderung. Das ist aus unserer Sicht sehr zu begrüßen, denn über die Betriebe können ca. 40 Millionen Erwerbstätige erreicht werden. Darunter auch solche, die sonst vielleicht eher wenig für ihre Gesundheit tun. Oder auch ältere Beschäftigte, die man in den Betrieben ganz gezielt mit altersspezifischen Themen ansprechen kann.

Im Bereich der Prävention von psychischen Erkrankungen werden in den Betrieben beispielsweise Seminare zu Stressbewältigungstechniken oder Konfliktlösungsstrategien angeboten und es wird auch geschaut, was konkret in der Arbeitsorganisation verbessert werden kann. So kann auch ein besseres Bewusstsein bei Führungskräften und bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Risiken von Burn-Out und Überforderung geweckt werden. Insgesamt zeigen empirische Studien, dass positiv wertschätzende Arbeitsbedingungen, wie etwa ein aufmerksames Verhalten der Führungskräfte und eine offene Gesprächskultur mit geringeren Fehlzeiten einhergehen. Aber: Unsere Analysen machen deutlich, dass es kaum belastbare, aussagekräftige Studien gibt, die belegen, dass die vielen verschiedenen Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit der Mitarbeiter auch tatsächlich positiv beeinflussen. Wir empfehlen hier dringend methodisch anspruchsvolle Studien, damit zukünftig vorrangig solche Maßnahmen eingeführt werden, die nachweislich einen Nutzen haben.

Sie schlagen vor, nicht mehr immer zu 100% krankzuschreiben, sondern auch z. B. zu 50%. Der Beschäftigte ginge dann auch weiter zu 50% arbeiten. Welche positiven Effekte kann das haben?

So mancher Beschäftigte steht – vielleicht auch angesichts der zuvor geschilderten Arbeitsverdichtung – einen vollen Arbeitstag nur noch mit größter Mühe durch. Das kenne ich gut aus langjähriger allgemeinärztlicher Erfahrung: Immer wieder haben wir Patienten, die kürzer treten wollen oder müssen, aber durchaus – wenn auch mit deutlicher Stundenreduzierung – weiterarbeiten wollen. Das kann ein erschöpfter Altenpfleger, eine Verkäuferin, die im Laden acht Stunden stehen muss, oder ein Bürosachbearbeiter sein, der mit einem Bänderriss aus dem Skiurlaub zurückkommt. Für alle diese Fälle haben wir heute keine Lösung. Es gilt das Alles-oder-Nichts-Prinzip: entweder 100% gesund oder 100% krank. Im wahren Leben gibt es eben auch etwas dazwischen.

Bisher ist eine vorübergehende Stundenreduktion in Deutschland aber erst ab der siebten Woche einer Krankschreibung mit der stufenweisen Wiedereingliederung – dem sogenannten „Hamburger Modell“ – möglich, bei dem der Patient schrittweise wieder an die Arbeitswelt herangeführt wird. Dies funktioniert seit Jahren gut. Wir empfehlen jetzt eigentlich nur, dass ein ähnlicher Ansatz auch schon in den ersten sechs Krankheitswochen, also während der Entgeltfortzahlung, möglich sein sollte. Ein entsprechendes Modell gibt es in Schweden übrigens schon seit über 25 Jahren: Dort kann

— Ganz wichtig ist uns, dass eine Teilkrankschreibung nur im Konsens mit dem Patienten erfolgen soll, freiwillig und ohne jeden Druck.

man auch zu 25, 50 oder 75% krankgeschrieben werden. Da sich das Konzept dort bewährt hat, haben auch Dänemark, Finnland und Norwegen die Möglichkeit einer Teilarbeits(un)fähigkeit eingeführt.

Denken wir auch gerade an die häufigsten Ursachen für längere Arbeitsunfähigkeit (und damit auch für Krankengeldbezug): Rückenbeschwerden und psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen. Bei beiden Erkrankungen ist bekannt, dass nicht wenige Patienten von einer „Teilkrankschreibung“ profitieren könnten. So haben Menschen mit depressiven Erkrankungen häufig die Tendenz, sich sozial zurückzuziehen, was für das Überwinden ihrer Erkrankung nicht unbedingt hilfreich ist. Sie früh schon teilweise in die Arbeitswelt zu integrieren, kann ihnen helfen, nicht noch tiefer in ihre Krankheit und in Isolation zu versinken und eine Tagesstruktur zu behalten.

Ganz wichtig ist uns, dass eine solche Teilkrankschreibung nur im Konsens mit dem Patienten erfolgen soll, freiwillig und ohne jeden Druck. Im besten Fall würden alle Seiten gewinnen: Der Arbeitnehmer würde in den Arbeitsalltag integriert bleiben, seine positiven Ressourcen würden gestärkt und die Gesundung unterstützt. Er könnte vielleicht vormittags zur Arbeit und nachmittags zur Psychotherapie oder Physiotherapie gehen. Außerdem würde er bei Umsetzung unserer Empfehlung nach Auslaufen der 100%igen Entgeltfortzahlung ab der siebten Woche sogar mehr Geld als bisher erhalten – bei einer halbtägigen Tätigkeit konkret 50% ungekürzten Lohn und 50% das niedrigere Krankengeld. Nach dem bisherigen Modell erhält er im Rahmen der gesamten Wiedereingliederung nur das reduzierte Krankengeld. Der Arbeitgeber hingegen würde sich nach der Entgeltfortzahlung mit einer Lohnzahlung beteiligen müssen und würde im Gegenzug die teilweise Arbeitsleistung seines Mitarbeiters erhalten. Entscheidend bleiben also im Einzelfall drei Dinge: 1. die ärztliche Beurteilung, 2. die Zustimmung des Patienten und 3. die Art und Weise der konkreten Tätigkeit, die eine solche Teilzeittätigkeit natürlich erlauben muss.

Der Sachverständigenrat hat auch darauf hingewiesen, dass die Koordination zwischen den Sozialversicherungszweigen verbessert werden muss. Was schlagen Sie konkret vor?

Unsere Analysen haben gezeigt, dass es an den Schnittstellen zwischen Krankengeld und Erwerbsminderungs- und Altersrente sowie auch an der Schnittstelle zwischen Krankengeld und Arbeitslosengeld rechtliche Unklarheiten gibt. In der Praxis führt das dazu, dass fallweise ein Krankengeld an den Versicherten ausgezahlt wird, obwohl eigentlich eine der genannten anderen Leistungen bezogen werden müsste. Das hat nicht gerechtfertigte Krankengeldkosten zur Folge. Vor allem im Bereich der Erwerbsminderungsrenten sehen wir diese Problematik: Auch wenn eigentlich alle Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt sind, kann aufgrund der nicht ganz klaren Regelung beim Übergang der beiden Leistungen weiterhin Krankengeld bezogen werden.

Unklarheiten bei den Voraussetzungen für den Bezug von Krankengeld, Erwerbsminderungsrente und Arbeitslosengeld führen auch dazu, dass die Kommunikation zwischen den Sozialleistungsträgern erschwert wird. Krankenversicherung und Rentenversicherung haben zum Teil unterschiedliche Interessen und blockieren sich nicht selten gegenseitig. Das wiederum kann die kontinuierliche Versorgung des Versicherten unnötig behindern oder gar verzögern.

In mehreren Empfehlungen haben wir Lösungsvorschläge gemacht, wie diese Schnittstellenprobleme behoben werden

können. Eine Empfehlung zielt zum Beispiel darauf ab, nach skandinavischem Vorbild gemeinsame Runde Tische und Fallkonferenzen von Rentenversicherung und Krankenversicherung zu etablieren, wo konkret entschieden wird, wie einem Betroffenen am besten geholfen werden kann. Zur Vermeidung von Blockaden und Friktionen haben wir darüber hinaus die Einrichtung eines gemeinsamen medizinischen Dienstes von Renten- und Krankenversicherung empfohlen. Dadurch könnten Informationswege und Zeitabläufe zwischen den Sozialversicherungsträgern, den beteiligten Ärzten und den Versicherten deutlich effizienter gestaltet werden.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gibt es seit Juli 2015 Neuregelungen bezüglich des Krankengeldfallmanagements der Krankenkassen. Sind diese Regelungen hilfreich?

Seit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes haben Versicherte einen rechtlichen Anspruch auf ein sogenanntes „unterstützendes Krankengeldfallmanagement“ durch die Krankenkassen. Dieses kann jedoch nur mit einer vorherigen schriftlichen Einwilligung durch den Versicherten durchgeführt werden. Der Versicherte kann seine Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Auswirkungen dieser Neuregelung auf die Betreuungsqualität der Betroffenen und die Krankengeldausgaben können wir noch nicht einschätzen. Zukünftig sollte evaluiert werden, ob und inwieweit die Zustimmung der Versicherten zum Krankengeldfallmanagement zurückgeht und welche Auswirkungen eine veränderte Inanspruchnahme des Krankengeldfallmanagements ggf. hat.

Nach dem Gutachten ist vor dem Gutachten: Welchem Thema wird sich der Sachverständigenrat als Nächstes widmen?

Der Sachverständigenrat hat die gesetzlich definierte Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten ent-

wickelt der Rat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf. Wir prüfen derzeit noch innerhalb des Rates und auch im Gespräch mit dem Bundesgesundheitsministerium, welche Bereiche im nächsten Gutachten im Vordergrund stehen werden. Es gibt verschiedene sehr spannende und wichtige Themen, die hier infrage kommen. Uns ist bewusst, dass dabei auch die Themen seelische Gesundheit und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung eine hohe Priorität verdienen.

Literatur

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015). Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015. Verfügbar unter: www.svr-gesundheit.de [01.02.2016].

Erhart, M. & von Stillfried, D. (2012). Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf der Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. Verfügbar unter: www.versorgungsatlas.de [01.02.2016].

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2015). BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit 2015 – Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. Verfügbar unter: www.bptk.de [01.02.2016].



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach

Johann Wolfgang Goethe Universität
Institut für Allgemeinmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
gerlach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, ist Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Foto: Michael Fuchs, Remseck)

Interview

„Wir wollen Weiterentwicklung, aber Bewährtes und Wertvolles nicht gefährden“

Das PTJ im Gespräch mit zwei Vertretern von Ausbildungsinstituten,
Dipl.-Psych. Georg Schäfer und Dr. Christian Alte

Gertud Corman-Bergau & Andreas Pichler

Redaktionelle Vorbemerkung:

Das PTJ führt seine Reihe mit Interviews zur aktuellen Debatte um die Reform der Ausbildung zukünftiger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fort – im vorliegenden Heft kommen Vertreter zweier Ausbildungsinstitute mit Schwerpunkten in psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Therapie zu Wort: Dipl.-Psych. Georg Schäfer, der von 2006 bis 2014 das „Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie im Rheinland (IPR)“ leitete, und Dr. Christian Alte, der die „GAP – Gesellschaft für Ausbildung in Psychotherapie“ mit Schwerpunkt in Verhaltenstherapie leitet.

Für die staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute im Bundesgebiet insgesamt dürfte die anstehende Reform des Psychotherapeutengesetzes einschneidende Folgen haben – der bisherige, postgradual ausgerichtete Ausbildungsbetrieb würde komplett umgestellt werden: Ausbildungsinstitute würden zu Weiterbildungsinstituten umgewandelt werden müssen mit weitreichenden Änderungen auf organisatorischer, gesellschaftsrechtlicher, wirtschaftlicher und nicht zuletzt fachlicher Ebene. Das berührt das Selbstverständnis der Institute und der Menschen, die sie tragen.

Naturgemäß weckt dies viele Fragen, bringt Unwägbarkeiten und Unsicherheiten mit sich, wie das bei notwendigen Anpassungsleistungen nun einmal der Fall ist – wer wüsste das besser, als die Psychotherapeutenschaft selbst?

Wie nun die beiden genannten Institute die Lage der Dinge für sich einschätzen, welche Bedenken, aber auch Perspektiven, Chancen und Möglichkeiten in diesem Reformprozess gesehen werden, welche historischen Dimensionen sich zeigen, wird im lebendigen Austausch mit Christian Alte und Georg Schäfer deutlich – wir wünschen anregende Lektüre!

PTJ, Andreas Pichler (P): Welche Vor- und Nachteile sehen Sie für die Ausbildung künftiger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹ nach einer Reform der Ausbildung? Sehen Sie Probleme in der Differenzierung der Altersschwerpunkte? Können die Institute beide Schwerpunkte hinreichend gewährleisten?

Georg Schäfer (S): Das Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie im Rheinland (IPR) umfasst zwei eigenständige Aus- und Weiterbildungsinstitute, eines für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und eines für Erwachsenenpsychotherapie; beide Institute würden in eine zukünftige Weiterbildung einsteigen, so werden beide Altersschwerpunkte angeboten. Die Kooperation z. B. in der theoretischen Ausbildung wird über gemeinsame Seminare gestaltet.

Christian Alte (A): Während der ersten Phase der Ausbildung sollte das komplette Altersspektrum abgedeckt, aber in der Weiterbildung ein Schwerpunkt gesetzt werden. Bei uns ist es die Ausbildung für Psychologische Psychotherapeuten, kein Ausbildungsgang für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Das würden wir auch in einem späteren Weiterbildungsgang fortführen und uns auf diesen Altersschwerpunkt beschränken.

Nun zu den Vor- und Nachteilen, die man aus ganz verschiedenen Blickwinkeln beurteilen kann. Den größten Vorteil sehe ich in einer strukturellen Verbesserung für die Ausbildungsteilnehmer, die auch zu einer inhaltlichen Qualitätsverbesserung führen kann, nicht muss; Grundgedanke dieser sehr weitgehenden Reform des Psychotherapeutengesetzes ist, dass die Absolventen eines solchen Studiengangs in Psychotherapie mit der Approbation einen Berufsabschluss haben und nicht wie heute nach zwei akademischen Abschlüssen erneut in einen Ausbildungsstatus gehen und in den Kliniken als Praktikanten ankommen. Und das hat natürlich Auswirkungen auf das professionelle Selbstverständnis des Einzelnen und auf die ökonomischen Lebensbedingungen der Betroffenen.

S: Hinsichtlich des Studiums ist zu hoffen, dass eine praxis- und patientenorientierte Ausbildung wirklich entsteht und die Studenten mit der Praxis aller Psychotherapieverfahren in

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Kontakt kommen. Sie hören von mir eine gewisse Skepsis: Im Moment sieht es so aus, dass an den Psychologischen Universitätsinstituten, die wesentlich in die Ausbildung mit einbezogen würden, eine einseitige Ausrichtung auf die Verhaltenstherapie besteht, und wir wissen, dass 43 der 44 Lehrstühle in Klinischer Psychologie und alle Lehrstühle der Klinischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Verhaltenstherapeuten besetzt und dadurch wesentliche Teile des Fachgebietes Psychotherapie in den klinischen Abteilungen nicht repräsentiert sind. Es ist zu hoffen, dass sich hier etwas verändert, um die Ausbildung wie geplant auch fachkundig in anderen Verfahren zu realisieren. Dies wird erst einmal nichts ändern an der Ausrichtung der Psychologischen Institute in der Forschung, den Lehrstuhlbesetzungen, der Bestückung der Bibliotheken, auch an dem Wissenschaftsverständnis, und daran, dass viel Zeit vergehen muss, um wirklich einen Wandel zu vollziehen.

Vor allen Dingen ist das Wissenschaftsverständnis der akademischen Psychologie ein großes Problem: Das ist derzeit einseitig an der Wissenschaftstheorie des kritischen Rationalismus orientiert und auf quantitative Ansätze ausgerichtet, sodass ein Interesse an qualitativer Forschung, Hermeneutik usw. eher ein Karrierehindernis für wissenschaftliche Assistenten darstellt.

A: Für die Weiterbildungsinstitute ist es wichtig, dass es gelingt, diese als steuernde Einheit für die Weiterbildung zu etablieren und zu erhalten und dies in den Weiterbildungsordnungen der Länder oder deren Heilberufsgesetzen zu verankern. Weiterbildung aus einer Hand. Ärztliche Kollegen bescheinigen uns, dass dies ein wichtiges qualitätssicherndes Element unserer Ausbildung ist. Es hätte für unser Fachgebiet sicher negative Auswirkungen, wenn diese Tradition, die sich im Bereich der Psychotherapie bewährt hat, durch ein neues Gesetz enden würde. Das hätte nicht nur negative Konsequenzen für die Institute, sondern auch für das Fach.

S: Dem stimme ich vollkommen zu; das wäre auch Aufgabe der Kammern, darauf hinzuwirken, dass ein Rahmen geschaffen wird, der es ermöglicht, dass einer Weiterbildungsstätte

die koordinierende Funktion für die gesamte Weiterbildung übertragen wird.

Und dass es eben nicht eine „Baustein-Weiterbildung“ geben soll, wie das in der ärztlichen Weiterbildung möglich und oft der Fall ist.

A: Und auch da kommt es darauf an, ob und wie wir die Umsetzung der Beschlüsse des Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) hinbekommen.

S: Das koordinierende Element richtet sich dabei nicht nur auf strukturelle Aspekte der heutigen Ausbildung, sondern auch auf inhaltliche Aspekte; in den Psychoanalytischen Instituten gibt es Aus- und Weiterbildungsausschüsse, die den Fortlauf der Ausbildung jedes Teilnehmers begleiten und auch die nächsten Ausbildungsschritte erörtern. Auch ein Verlangsamten des Ausbildungstempos ist möglich, wenn es hilfreich ist. Und wenn das in unterschiedliche Verantwortlichkeiten fallen sollte, so bedroht dies die Qualität der Ausbildung direkt.

Bei Veränderung der Aus- zu Weiterbildung wird es durch die Anstellung die Notwendigkeit geben, die Anstellungsverhältnisse durch die Leistungen, die in der Versorgung erbracht werden, zu finanzieren. Dies wird die Beziehung zwischen Weiterbildungsteilnehmer und Institut verändern. Ökonomische Faktoren der Finanzierung und Refinanzierung werden bedeutsam, und das führt dazu, dass wir nicht mehr so gut Erfahrungs- und Lernprozesse steuern können, wie wir es bisher konnten. Die Kleinschrittigkeit, die bisher in der postgradualen Ausbildung möglich war, und die Steuerungsmöglichkeiten werden möglicherweise so nicht mehr zur Verfügung stehen.

A: Das gehört sicher zu den Nachteilen, Verlust von Freiheitsgraden. Auf der anderen Seite, wenn es um die inhaltliche Steuerung der Weiterbildung selbst geht, dann stehen uns nach wie vor die Gestaltung des theoretischen Teils der Weiterbildung, die Auswahl der Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter zu, das würde nicht delegiert werden können an



Institutionen, oder nur im Benehmen mit den Weiterbildungs-instituten. Darüber laufen dann viele Dinge wieder zusammen, sodass doch viel an Steuerung erhalten bleiben würde und in der Umsetzung sichergestellt werden kann.

Auch eine Flexibilisierung muss möglich sein, sodass z. B. eine Halbtags­tätigkeit oder noch geringere Umfänge möglich werden, um Weiterbildung sowie Beruf und Familie besser vereinbaren zu können, dafür setzen wir uns ein. In der Elternzeit ist zum Beispiel denkbar, dass Theorie und in geringem Umfang Selbsterfahrung oder Psychotherapie möglich ist. Das sollte ermöglicht werden.

S: Wichtiger Teil dieser koordinierenden Funktion wird sein, dass Informationen aus verschiedenen Weiterbildungsbereichen tatsächlich an einem Ort zusammen finden, z. B. zur Tätigkeit im stationären Bereich, wenn parallel ambulante Langzeitbehandlungen unter Supervision durchgeführt werden.

P: Wie sieht ein Zusammenwirken mit der ärztlichen Psychotherapie und der dortigen Weiterbildung aus? Sehen Sie gemeinsame Interessenlagen, Synergien oder getrennte Welten?

A: Die gute und bewährte Zusammenarbeit ist nicht neu. Wir blicken auf eine Tradition zurück, leben und arbeiten in einer gemeinsamen Versorgungswelt und versuchen, das Bestmögliche für die Patienten zu erreichen. Der Unterschied zu heute wäre jedoch, dass die Weiterbildungsteilnehmer als Weiterbildungsassistenten den ärztlichen Assistenten gleichgestellt werden, bei einem vergleichbaren Pflichtenprofil, aber auch einer vergleichbaren Vergütung. Für das Bundesgesundheitsministerium (BMG) besteht u. a. die Herausforderung darin, die rechtlichen Voraussetzungen für ausreichend finanzielle Mittel zu schaffen. Zu den inhaltlichen Aspekten einer Zusammenarbeit ist denkbar, dass es z. B. gemeinsame Theorieveranstaltungen gibt.

S: Die Psychoanalytischen Institute haben eine lange Tradition in der gemeinsamen Ausbildung von Ärzten und Psychologen. Es wird wichtig sein, dass auch Ärzte weiterhin vollumfänglich in den Weiterbildungsstätten mitarbeiten und die bisher wahrgenommenen Aufgaben dort fortführen können. Natürlich sollen Psychologische Psychotherapeuten auch in Kliniken als Weiterbildungsbefugte tätig werden, aber warum sollen nicht auch hinreichend qualifizierte ärztliche Psychotherapeuten Psychologische Psychotherapeuten in der Weiterbildung anleiten können.

A: Das wichtige Stichwort ist: Wenn es Weiterbildung ist, dann ist es Kammersache im Sinne der Aufsicht; das heißt auch, wir müssten wechselseitig die Hürde nehmen, dass

auch wir jemanden aus der anderen Berufsgruppe supervidieren können – als Psychologische Psychotherapeuten auch ärztliche Weiterbildungsteilnehmer. Das wären Aufgaben eines gemeinsamen Beirates der beiden Kammern, also der Ärzte- und der Psychotherapeutenkammer, so etwas vorzubereiten und den Vorständen vorzuschlagen.

Ein Aspekt ist sicher der bestehende Mangel an Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie; es ist dort versäumt worden, attraktive Bedingungen zu schaffen, um ausreichend Nachwuchs zu generieren. Ein Teil der Motivation des BMG zur zeitnahen Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) besteht darin, diese Lücke in Zukunft mit Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu füllen. Insofern ist diese Reform auch eine Chance, dieses Fachgebiet attraktiver zu gestalten, z. B. durch Flexibilisierung in der Weiterbildung oder eine verbesserte finanzielle Ausstattung im ambulanten Bereich. Gleichzeitig wird klar, dass wir über weite Zeiträume sprechen, in denen sich etwas auswirken kann, also eher 15 bis 20 Jahre.

PTJ, Gertrud Corman-Bergau (C): Sie Beide leiten Ausbildungsinstitute, die schon lange vor dem PsychThG, also schon vor 1999 Ausbildung in Psychotherapie als anerkanntes Institut (damals von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung/KBV anerkannt) angeboten haben. So langsam entsteht eine „historische Dimension“: Hat die Bologna-Reform bereits zu veränderten Bedingungen im Bereich der Ausbildung an den Instituten geführt? Wie kann man diese beschreiben? Was kann man für die nun anstehende Reform daraus lernen?

S: Eigentlich war das PsychThG ein größerer Einschnitt als die nachfolgende Bologna-Reform; insgesamt war es sicher ein Glücksfall für den Berufsstand, dass nach so langer Zeit das PsychThG endlich gekommen ist. Es hat ja auch in einem relativ kurzen Zeitraum dazu geführt, dass das Behandlungsangebot mit Psychotherapie aber auch der Berufsstand selbst eine enorme Akzeptanz erfahren haben, dass die Schwellen in die Praxen erheblich gesunken sind, dass Ärzte wie selbstverständlich Patienten weitervermitteln – das ist ein enormer

_____ Wir müssten wechselseitig die Hürde nehmen, dass auch wir jemanden aus der anderen Berufsgruppe supervidieren können – als Psychologische Psychotherapeuten auch ärztliche Weiterbildungsteilnehmer. Das wären Aufgaben eines gemeinsamen Beirates der Ärzte- und der Psychotherapeutenkammer._____

Gewinn für unseren Berufsstand gewesen. Und inhaltlich habe ich sehr begrüßt, dass im Gesetz zugrunde gelegt war, dass im Rahmen der Ausbildung Kenntnisse auch von anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren erlangt werden

mussten, das war vorher nicht der Fall. Ich habe eine erste Ausbildung an einem VT-Institut vor meiner psychoanalytischen Ausbildung absolviert, da wurde nichts von psychoanalytischem Denken vermittelt, aber später auch nichts von Verhaltenstherapie an dem psychoanalytischen Institut. Und das hat sich geändert. So werden heute von anderen Instituten auch Dozenten mit eingebunden, um Inhalte von anderen Verfahren vermitteln zu können. Und das gilt für alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren, und deren Zahl ist ja gewachsen in der Zeit.

A: Das kann ich bestätigen; es gibt keinen Staat weltweit, in dem die Psychotherapie auch für die Patienten so gut organisiert ist; die Ressourcen, die vorhanden sind, werden nirgendwo anders so bereitgestellt. Dass es Verbesserungsnotwendigkeiten gibt, ist keine Frage, aber wir argumentieren von einem hohen Niveau aus. Die Ausbildung ist nach dem PsychThG umfangreicher geworden; was nun kommen wird, das werden wir sehen, wir wissen es ja noch nicht im Detail. Aber es wird sicher eine Menge Arbeit auf uns zukommen. Zur Bologna-Reform – wir nehmen da wenig Unterschiede wahr; ich könnte nun im zweiten Jahr nicht mehr sagen, ob jemand mit Diplom oder Master Zugang zur Ausbildung hat; das sind alles hoch engagierte Teilnehmer. Bewerbungen gehen oft schon während des zweiten oder dritten Master-Semesters bei uns ein, da sind die meisten froh, dass die enge Taktung der Bachelor-Studiengänge vorbei ist, und sie sich nun auch auf andere Dinge konzentrieren können.

S: Für uns hat sich durchaus die Ausrichtung der Psychologischen Institute in Richtung Verhaltenstherapie bemerkbar

Die Allegiance, die innere Verbundenheit mit dem eingesetzten Verfahren, ist ein Wirkfaktor: Wer sich sicher fühlt in seinem Referenzsystem, der ist wirksam in der Behandlungssituation.

gemacht; vor zehn, fünfzehn Jahren hatten wir eher noch die Chance, dass jemand zu uns kam, der auch über Klischees von Psychodynamik hinaus Vorstellungen davon hatte, wozu es im Fachgebiet der Psychoanalyse geht; die Chance haben wir heute nicht mehr, dass jemand fundierte Kenntnisse in Psychodynamik und Tiefenpsychologie mitbringt. Wir haben gemerkt, dass wir bei Psychologieabsolventen oft ganz von vorne anfangen müssen, etwa Kenntnisse in diagnostischen Verfahren, die die Psychoanalyse bereitstellt, zu vermitteln. Da hat es die VT bestimmt leichter, anzuknüpfen an das, was die Teilnehmer von den Hochschulen mitbringen. Was die Bologna-Reform gebracht hat, ist eine große Verunsicherung der Studierenden, ob sie sich mit ihrem Studium tatsächlich auch für die Psychotherapieausbildung qualifizieren, und eine Verunsicherung für die Institute hinsichtlich der

Frage, ob jemand die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung tatsächlich erfüllt.

A: Letzteres ist völlig richtig, und im Kinder- und Jugendlichenbereich noch viel mehr. Und das ist einer der Motoren für das Gesetz, da es doch einige Bundesländer gibt, in denen der Bachelor reicht, um in die Ausbildung als KJP reinzukommen. Diese Entwicklung zu stoppen, ist eine der Antriebsfedern für das jetzige Reformvorhaben.

C: Sie haben vorhin bereits ausgeführt, wie wichtig es sei, dass die künftigen Psychotherapeuten Kenntnisse verschiedener Verfahren zu Beginn einer Weiterbildung an den Instituten haben. Nun gibt es derzeit auch Bestrebungen, Verfahrensparadigmen als antiquiert darzustellen. Sie bieten seit vielen Jahren Ausbildungen, in denen klarer Bezugspunkt und Kern das jeweilige Verfahren ist. Wie sehen Sie hier die Zukunft?

A: Am Beginn eines jeden Berufs stehen eine Menge Unsicherheiten und da ist es sehr wichtig, konsistente Störungsmodelle zu vermitteln. Ebenso ein aus der Forschung gespeistes ätiologisches Verständnis und ein Set von störungsspezifischen und störungsübergreifenden Interventionen. Und das findet sich klar in den Verfahren.

S: Das sehe ich ebenso. Man findet bei denen, die in eine andere Richtung denken, keine Antwort auf die Frage, was an diese Stelle gesetzt werden soll, die sie eben benannt haben. Wenn wir uns von einem ätiologischen Denken, von einer übergeordneten Krankheitslehre in der Psychotherapie lösen und, wie Professor Jürgen Kriz es beispielsweise formuliert hat (vgl. PTJ 3/2015, S. 254-261), nur noch auf eine Passung von Störung und Intervention schauen, in welches Wirrwarr von unverbundenen Elementen würden wir unsere Ausbildungsteilnehmer dann hineinbringen? Das Bezugssystem des Verfahrens, das Referenzmodell, das man sich aneignet und auf das man

sich beziehen kann, wenn man mit dem Patienten arbeitet, ist etwas, was auch dem Ausbildungsteilnehmer ganz erheblich hilft. Ich finde es auch bemerkenswert, dass die größte Professionsstudie, die uns vorliegt, die Studie zur beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten von Orlinsky und Ronnestad aus dem Jahre 2005,² die auf einer Befragung von über 5.000 Psychotherapeuten basiert, bei solchen Überlegungen nicht berücksichtigt wird. Im Resümee der Autoren findet sich die Empfehlung, sich in der Ausbildung zuerst innerhalb des Referenzmodells eines Verfahrens zu bewegen, also am Anfang die Konsistenz des Bezugsrahmens zu wahren und den Ausbildungsteilnehmern diesen Halt und inneren Bezug

² Orlinsky, D. E. & Ronnestad, M. H. (2005): How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional development. Washington DC: American Psychological Association.

zu ermöglichen. Zum Beispiel in Behandlungen, in denen es zu Symptomwechsellern oder Krisen kommt oder wo es sich um sehr komplexe Störungsbilder handelt, ist dieser Referenzpunkt sehr wichtig. Und erst dann, wenn man sich gut vertraut gemacht hat mit einem Referenzmodell, sollte man andere Verfahren und Methoden in der Praxis hinzuziehen. Die Ergebnisse und diese Empfehlung sind für mich plausibel, gerade beim Einstieg in die vertiefte Ausbildung den Verfahrensbezug zu sichern.

Ich finde auch eine weitere Studie, die große Metaanalyse von Wampold aus dem Jahre 2001³, hier wichtig. Wampold hat gezeigt, dass es durchgehend über alle Verfahren hinweg einen Wirkfaktor gibt, dem man gut belegen kann, die Allegiance, das heißt die innere Verbundenheit mit dem eingesetzten Verfahren. Wer sich sicher fühlt in dem Referenzsystem, auf das er sich bezieht, wer dies auch mit einer Überzeugung der Wirksamkeit verbinden kann, der ist wirksam in der Behandlungssituation. Auch das spricht dafür, im Verfahrensbezug fundiert auszubilden und erst in einem zweiten Schritt das Feld zu öffnen.

A: Die bisherigen Konzepte für das Studium sehen vor, dass die Studierenden gute Kenntnisse und Basiskompetenzen der Verfahren erwerben sollen, die auf den vier wissenschaftlich anerkannten Verfahren fußen. Dass sie dann mit einer informierten und offenen Haltung die Entscheidung treffen können, in welchem Verfahren sie eine Vertiefung erlernen möchten. In der Verhaltenstherapie können wir uns vorstellen, mehr zu integrieren von dem, was sich in den letzten 25 Jahren entwickelt hat, z. B. achtsamkeitsbasierte Verfahren, metakognitive Interventionen, Schematherapie. Das ist aktuell oft erst in einer späteren Ausbildungsphase in Ansätzen möglich. Das könnte man in einer Weiterbildung, die umfangreicher ist, weitergehender vermitteln.

S: Das Studium als künftige Ausbildung muss überblicksartig in der Breite das Fachgebiet Psychotherapie aufzeigen, um zu befähigen, sich für ein Verfahren entscheiden zu können. Wo es um vertiefende Weiterbildung geht, da halte ich den Verfahrensbezug, wie ich es vorhin ausführte, für sehr wichtig. Die Verfahren haben eine gewisse Eigengesetzlichkeit, die Haltung, in der man mit dem Patienten arbeitet, ist bei den einzelnen Psychotherapieverfahren ganz unterschiedlich. Auch wenn es Annäherungen im Vorgehen gibt, zum Beispiel bei strukturellen Störungen. Die Haltungen sind doch unterschiedlich und nicht austauschbar. Das bringt eine Eigengesetzlichkeit in die Behandlungen, die man beeinträchtigen würde, wenn man versuchte, es mal so und mal so zu machen. Ich kann keinen Sinn darin sehen, sich in Richtung einer allgemeinen oder verfahrensfreien Psychotherapie zu bewegen, so wie es derzeit in die Diskussion gebracht wird. Es fehlt uns jede Evidenz. Umfassende wissenschaftliche Evidenz liegt uns bisher nur im Verfahrensbezug vor.

A: Wir sind uns an der Stelle einig, dass für die Entwicklung einer Therapeutenpersönlichkeit konsistente Modelle un-

abdingbar sind und Verwirrung durch viel „Mix“ vermieden werden soll. Nochmal weg von der Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit – wir haben in Deutschland bisher auch die Legaldefinition der Psychotherapie über die Verfahren. Das heißt, wenn wir einen Berufsabschluss neu konzipieren, der noch nicht die Verfahrensvertiefung hat, müssten wir uns auch überlegen, was passiert mit der Legaldefinition. Im Verfahrensbezug bestehen eine Menge Ressourcen. Wir wollen Weiterentwicklung, aber wir wollen Bewährtes und Wertvolles nicht gefährden.

P: Nun schließt die nächste Frage daran an: Denken Sie, dass es eine Änderung in der Identität und im Selbstverständnis nach einer Reform der Ausbildung geben wird?

S: Wenn uns der Verfahrensbezug in der Weiterbildung erhalten bleibt, dann gehe ich davon aus, dass dies weiterhin ein Identifikationskern bleiben wird. Gleichzeitig ist mit der Reform auch ein anderes Berufsbild angestrebt, ein Übergang von der Definition der Psychotherapie als eine Anwendung wissenschaftlich anerkannter Verfahren zu einer weiter gefassten Definition von psychotherapeutischen Tätigkeiten. Ich stimme Herrn Alte zu, dass es wichtig sein wird, die bisherige Legaldefinition von Psychotherapie im Reformprozess nicht zu verlieren. Es schließt sich auch nicht aus, die psychotherapeutische Behandlung an die wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu koppeln – das macht im Kontext des eben besprochenen Referenzmodells Sinn – und gleichzeitig auch die psychotherapeutische Tätigkeit, die darüber hinausgeht, zu definieren. Beides sollte zum Berufsbild des Psychotherapeuten gehören. Der Teil, wo es um die Behandlung geht, sollte im Verfahrensbezug stattfinden. Da, wo das Berufsbild sich weiten wird, werden wir in den Instituten auch entsprechende Inhalte vermitteln, die für diese Tätigkeit qualifizieren, das wirkt natürlich auch auf die Identität ein und wird in diese eingehen. Es wird sich etwas an der beruflichen Identität verändern, wenn die Tätigkeiten sich weiten. Der Kern der Berufsidentität wird sich aber vermutlich nicht ändern und weiter im Verfahrensbezug stehen.

P: Meine freche Nachfrage: Ist es vorstellbar, als Psychoanalytiker im öffentlichen Gesundheitsdienst, im Gesundheitsamt tätig zu sein?

S: Da gibt es einige, vor allem ärztliche Psychoanalytiker, die in diesem Bereich tätig sind oder waren. Ich kenne den einen oder anderen, der auch in leitender Position in einem Gesundheitsamt tätig war. Das schließt sich doch nicht aus. Wichtig scheint mir, dass jeder für sich entscheiden kann, welches Berufsziel und welches Arbeitsfeld für ihn passen.

A: Von einem können wir doch ausgehen, was das Selbstverständnis beeinflusst. Wenn ich am Ende eines Studiums eine Approbation habe, bei der ich danach ein tariflich geregeltes

³ Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Einkommen habe und davon leben kann – das beeinflusst auch mein Selbstverständnis. Wir erleben es jetzt, wie es ist mit der unregelmäßigen praktischen Tätigkeit, wo ich nach dem Studium oft mit minimalen Vergütungen auskommen muss. Das wäre dann endlich vergleichbar mit den Assistenzärzten, die auch heute schon in der gleichen Klinik nebeneinander mit unseren Teilnehmern arbeiten. Die Differenz in der Bezahlung macht etwas mit der Identität. Da muss ich eine Menge kognitiv-emotional aufwenden, um die entstehende Dissonanz zu reduzieren, auch wenn man die Verschiedenheit des Anforderungsprofils mit berücksichtigt. Das wird auch im Selbstverständnis der künftigen Psychotherapeuten etwas ändern.

S: Das müssen wir abwarten, Herr Alte, da bin ich nicht so ganz hoffnungsvoll, dass es sich so positiv auswirkt, weil ich es auch anhand der Zahlen noch nicht so deutlich sehe, dass tatsächlich zukünftige Weiterbildungsteilnehmer so viel günstiger gestellt werden als Ausbildungsteilnehmer bisher. Diejenigen Teilnehmer, die auf einer Ganztagsstelle tätig und in Ausbildung sind, die bekommen die Ausbildungsbehandlungen derzeit zusätzlich vergütet. Diesen finanziellen Rahmen werden wir künftig nicht mehr haben, weil die Weiterbildungsbehandlungen in der Gebietsweiterbildung nicht mehr zusätzlich bezahlt werden. Ich bin nicht sicher, ob es sich für alle wirklich so günstig auswirken wird.

A: Die Belastung von gleichzeitig voller Stelle und Ausbildungsbehandlungen erscheint mir aber eine erhebliche Belastung. Wir sollen ja schauen, dass die Belastungen in dieser Qualifizierungsphase nicht zu stark sind.

S: Ja das sollte berücksichtigt werden. Aber dass es finanziell so ein Plus bringen wird im Vergleich zur jetzigen Situation, da bin ich skeptisch.

_____ **Ich bin nicht so ganz hoffnungsvoll, dass tatsächlich zukünftige Weiterbildungsteilnehmer so viel günstiger gestellt werden als Ausbildungsteilnehmer bisher.** _____

A: Wir erhoffen uns eine erhebliche Verbesserung für die Teilnehmer in einer geregelten, z. B. fünfjährigen Weiterbildung.

C: Haben Sie zu der strukturellen Umsetzung in den Instituten noch weitere Überlegungen?

S: Noch ist ungewiss, ob es eine Nachfolgeregelung des § 117 SGB V geben wird, die bestehenden Ambulanzermächtigungen der Institute werden bei einer Weiterbildung keine Gültigkeit mehr haben. Das wird auch die Ärzte betreffen, die wir an den Instituten weiterbilden. Da gab es bisher in den meisten Bundesländern ein Entgegenkommen, die Ärzte für ihre Zusatzweiterbildung in die Ambulanzregelung einzubeziehen. Wie und in welcher Form wir uns in die Versorgung

werden einbringen müssen, ggf. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen oder Praxissitze aufkaufen müssen, ist noch ganz unbestimmt. Das wäre ja nicht nur erfreulich, da es in Konkurrenz zu den Niedergelassenen geschehen müsste. Aber auch die Möglichkeit der Anstellung von Weiterbildungsteilnehmern in einer Weiterbildungsambulanz würde für sich genommen noch nicht reichen, die Weiterbildung zu finanzieren.

A: Im ärztlichen Bereich wird jetzt der Mangel in der Finanzierung der Weiterbildung gesehen und es gibt eine systematische Förderung im allgemeinärztlichen Bereich. Das wäre ein Modell auch für unseren Bereich.

S: Es muss einen Systemzuschlag oder einen Zuschlag zu den Leistungsvergütungen geben, um die Anstellung und die Kosten der Weiterbildung angemessen gegenfinanzieren zu können.

C: Sie sind sich also einig, dass man in der Weiterbildung nicht im gleichen Umfang psychotherapeutische Leistungen erbringen kann wie vielleicht später in eigener Praxis?

A: 18 bis 20 Patientenstunden in der Ambulanz sind im Rahmen der Weiterbildung möglich, mehr ist nicht realistisch und sinnvoll. Andere Stunden werden für weitere Tätigkeiten und Inhalte benötigt. Wir haben in unserem Fachverband diese Größe durchdekliniert, auch ökonomisch. Es kämen deutlich größere Aufgaben der Organisation sowie räumlicher Bedarf hinzu, alles hätte einen anderen Umfang als derzeit. Da wäre für uns als Institute logistisch eine neue Aufgabe umzusetzen.

S: Das hat für die Psychoanalytischen Institute eine besondere Relevanz, da viele in der Rechtsform eines gemeinnützig anerkannten Vereins stehen. Wir müssten Einrichtungen schaffen mit sehr vielen Patientenzuweisungen, quasi poliklinische Einrichtungen mit Festanstellungen der Weiterbildungsteilnehmer und von ggf. mehreren Ambulanzleitern. Es wird ein anderer Rahmen gefordert sein als bisher. Wir benötigen andere

Rechtsformen für die klinischen Einrichtungen. Die Haftungsrisiken eines solchen Unterfangens können in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins sicher nicht getragen werden.

A: Gleichzeitig besteht die Aufgabe, in den Übergangsregelungen noch die alte Ausbildung mehrere Jahre weiterzuführen. Die, die jetzt noch nach den alten Abschlüssen kommen, müssen ja auch das Recht haben, die komplette Ausbildung zu durchlaufen. Die Regelzeit bei unserer „dreijährigen Vollzeitausbildung“ ist 4 bis 4,5 Jahre. Wir werden lange Zeit noch parallele Strukturen haben.

S: Die Fragen zur Finanzierung der Weiterbildung sollten im Reformprozess nicht abgekoppelt werden von den Fragen der

Gestaltung der Ausbildung. Es wäre ein hohes Risiko, wenn Rahmenbedingungen für die Ausbildung im Studium formuliert und umgesetzt werden und die Fragen zur Finanzierung der Weiterbildung auf die Landesebene verschoben würden.

A: Das SGB V ist relevant für die Ambulanzen, das ist Bundesrecht. Wenn es die rechtliche Übersetzung für die Institute auf der Landesebene nicht gibt, entsprechende Änderungen in den wichtigen Paragrafen, dann ist das existenzgefährdend für die Institute. Und wenn es nicht gelingt, Weiterbildungsregelungen mit den Instituten als koordinierende Einrichtungen festzuschreiben, wäre es das andere existenzgefährdende Risiko.

Wir sind hier als Vertreter der Institute, am eben Ausgeführten hängt deren Existenz, unabhängig von uns als Personen. Uns wird es vielleicht in der Funktion dann nicht mehr geben – sonst hoffentlich schon. Es muss parallel gehen, dass die Novellierung einhergeht mit Gesprächen und Verhandlungen mit den richtigen Stellen. Das ist auch eine wichtige Aufgabe des Vorstands der BPtK.

P: Welche Erwartungen gibt es seitens der Ausbildungsleiter an die Kammern, die Landeskammern und die BPtK?

A: Zuallererst muss man den Dank an den vormaligen Bundesvorstand betonen, dass es schon so weit gediehen ist, auch durch den Prozess der Transition, an dem die Länderrats-AG beteiligt ist, und die jetzt nahtlose Fortführung durch den neuen Vorstand. Ohne diese Beteiligten wären wir nicht an der Stelle. Es gibt gute Kontakte in die Ministerien, viele Fragen kann nur diese Ebene lösen – die politische Ebene.

S: Es gibt konkrete Erwartungen an die Kammern. Die Landesprüfungsämter haben die Aufsicht der Ausbildung an den Instituten ernst genommen. Zum Beispiel hat das zuständige Landesprüfungsamt (LPA) beim Umzug des IPR in Köln alle neuen Räumlichkeiten vor Ort genau geprüft, viele Fragen gestellt, wie wir z. B. die Raumnutzung organisieren. Also nicht nur bei der Zulassung war das LPA vor Ort präsent, sondern auch beim Umzug. Die staatlichen Prüfungen werden auch immer sehr akribisch durchgeführt und organisiert, was gut läuft. Die Institute werden somit genau beaufsichtigt, was ich auch gut finde. Die Institute, die in einem Ausbildungsträgerverband organisiert sind, haben zudem eine überregionale Aufsicht durch den Verband, in unserem Fall die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) mit verbindlichen Regularien. Es gibt überregionale Zusammenkünfte der Ausbildungsinstitute, ein Beschwerdemanagement, eine Ethikkommission und anderes. Die Kammern werden gefordert sein, erst einmal in diese Aufgaben reinzuwachsen. Es wird viel Arbeit sein für die Kammern, die Aufsichtsfunktion zu übernehmen. Ich

würde mir wünschen, dass die Kammern auch mit den Ausbildungsträgerverbänden eng zusammenarbeiten, vor allem bei den fachlichen, verfahrens-bezogenen Fragen, und dass die langjährige Erfahrung der Verbände als Ressource gesehen und genutzt wird. Die Kammern sollten sich zudem für eine Nachfolgeregelung des § 117 SGB V einsetzen, davon gehe ich aber aus, dass das im Blick gehalten wird. Und dass die Kammern sich für eine Weiterbildungsordnung einsetzen, die die koordinierende Rolle der Institute als Weiterbildungsstätte ermöglicht.

— **Es wäre ein hohes Risiko, wenn Rahmenbedingungen für die Ausbildung im Studium formuliert und umgesetzt werden und die Fragen zur Finanzierung der Weiterbildung auf die Landesebene verschoben würden.** —

A: Für Hessen ist es mit dem Landesprüfungsamt ähnlich wie in NRW. Und wenn das in Zukunft auf die Landeskammern übergeht, brauchen wir nicht so zu tun: Wir, die Institute, und dort die Kammern. Wir sind ja auch Landesdelegierte in den Kammern. In Ausschüssen haben wir seit Beginn mitgearbeitet. Es gibt einen Vorlauf für die Arbeit in den Landeskammern. Dass der Umfang der Aufgaben wesentlich größer würde als jetzt, glaube ich auch. Entscheidend ist, dass es möglichst rasch eine Musterweiterbildungsordnung gibt und dass diese in den Ländern möglichst nachvollzogen wird, ohne größere Unterschiede zwischen den Landeskammern. Dies steht im Dienste der Durchlässigkeit für die Mitglieder der Kammern, die beim Wechsel in ein anderes Bundesland keine Schwierigkeiten mit der Anerkennung bekommen sollen. Wichtig ist, dass in den Kammerversammlungen Mitglieder sind, die eine fachliche Expertise aus dem bisherigen Ausbildungsgeschehen haben und etwas weitertransportieren können in die Zukunft.

S: Erfahrungen und Beispiele aus der ärztlichen Weiterbildung lassen nicht nur Optimismus an dieser Stelle zu. Ich will zu bedenken geben, dass die Zusammenarbeit zwischen Instituten bzw. Weiterbildungsstätten und der Kammerebene koordiniert werden muss, fachlich und strukturell.

P: Nach Schätzungen der BPtK wird es pro Jahrgang einen Bedarf an 2.500 Ausbildungsabsolventen geben – deutlich weniger als jetzt ausgebildet werden. Sehen Sie in Zukunft mehr Wettbewerb auf die Ausbildungsinstitute zukommen und wie wird das in (und zwischen) den Instituten diskutiert? Was wird den Wettbewerb ausmachen? Was zeichnet so gesehen „das Institut der Zukunft“ aus?

S: Die Institute stehen schon jetzt in einem intensiven Wettbewerb, das wird sich nicht ändern, wenn die Ausbildung in eine Weiterbildung übergeht. Weiterhin werden sich die In-

stitute bemühen, Studienabsolventen für das eigene Angebot zu interessieren. Ich hoffe, dass die Bedingungen des Wettbewerbs etwas fairer werden. Dass die Absolventen im Studium fachkundig über die Vielfalt der Verfahren informiert wurden und nicht nur über ein Verfahren. Dass sie die Chance haben, sich aus der Kenntnis und der Anschauung heraus zu entscheiden, in welchem Psychotherapieverfahren sie eine Vertiefung in der Weiterbildung machen möchten. Ich hoffe, es kommt eine Entwicklung zustande, die Verfahrensvielfalt wieder an die Hochschulen bringt, auch dort wird es hoffentlich mehr Wettbewerb geben. Bonn war zu meiner Studienzzeit als Studienort attraktiv, weil dort mehrere Verfahren fachkundig vertreten waren und gelehrt wurden.

A: Herr Schäfer, ist aus Skepsis von vorhin, bei Ihnen eine klare Hoffnung geworden?

S: So klar ist die Hoffnung nicht. Ich hoffe, dass es Studiengänge attraktiv machen wird, ein breites Angebot an Psychotherapieverfahren fachkundig anbieten zu können. Die Skepsis, welche Spielräume sich vor allem in den Psychologischen Instituten werden öffnen lassen, spüre ich aber weiterhin.

A: Wettbewerb wird es weiter geben, das ist auch etwas Gesundes. Ich will fokussieren: Institute werden sich unterscheiden, vom Inhaltlichen, Organisatorischen sowie Persönlichen. Ist die Betreuung eher kollegial im Stil, welche Serviceeinstellung ist da, um den komplexen Alltag des Berufseinstiegs zu organisieren? Darüber entwickeln sich Unterschiede und Anziehungskräfte. Ein Weiterbildungsinstitut an der Universität wird vielleicht für jemanden, der Forschungsinteresse und Wunsch nach Promotion hat, eher interessant sein. Institute werden sich eventuell auch mit anderen zusammenschließen, um die Änderungen logistisch zu stemmen. Insgesamt bin ich trotz der zahlreichen Herausforderungen zuversichtlich, dass

es uns gelingen wird, diese Aufgabe für unseren Berufsstand erfolgreich zu lösen.

C: Meine Herren, wir bedanken uns herzlich für das Gespräch.



Dipl.-Psych. Georg Schäfer

Praxis für Psychotherapie und Psychoanalyse
Baumschulallee 21
53115 Bonn
georg-schaefer@online.de

Dipl.-Psych. Georg Schäfer, Bonn, leitete von 2006 bis 2014 das „Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie im Rheinland (IPR)“ in Köln, ist in eigener Praxis in Bonn niedergelassen und weiterhin in der Ausbildung im IPR engagiert.



Dr. Christian Alte

alte@gap-ffm.de

Dr. Christian Alte, Diplom-Psychologe, Frankfurt, leitet die „GAP – Gesellschaft für Ausbildung in Psychotherapie“ mit Schwerpunkt in Verhaltenstherapie mit Erwachsenen. Er ist niedergelassen in eigener Praxis in Frankfurt.

Buchrezensionen

Zeitgenössische Psychoanalyse

Mauss-Hanke, Angela (Hrsg.) (2015). Internationale Psychoanalyse. Band 9 und 10. Ausgewählte Beiträge aus dem International Journal of Psychoanalysis. Gießen: Psychosozial-Verlag, 282 Seiten, 29,90 €

Psychologiestudenten und -ausbildungsteilnehmer¹ hören regelmäßig, dass die Psychoanalyse veraltet und nur noch von historischer Bedeutung sei. Auch viele Journalisten beziehen sich in ihrer Kritik der Psychoanalyse auf den wissenschaftlichen Stand von 1925 oder 1940, als es nur die Triebpsychologie und die Anfänge der Ich-Psychologie gab. Wer wissen will, was heute in psychoanalytischen Therapien passiert, wie das therapeutische Geschehen konzipiert wird und welche theoretischen Debatten aktuell geführt werden, wird in der Reihe „Internationale Psychoanalyse“ fündig – auch als bereits approbierter Kollege. Hier werden ausgewählte Arbeiten des „International Journal of Psychoanalysis“, der weltweit wichtigsten psychoanalytischen Zeitschrift, von Angela Mauss-Hanke und ihrem Team aus niedergelassenen Kollegen ausgewählt, übersetzt und jährlich neu herausgegeben. 2015 erschien der 10. Band mit dem Schwerpunkt „Behandlungsperspektiven“.

Was zum Beispiel das in der zeitgenössischen Psychoanalyse so zentrale Konzept der projektiven Identifizierung ausmacht, in welcher Feinheit es verstanden, angewandt und immer wieder überdacht wird, findet sich dort in der Arbeit „Taktik und Empathie: Abwehr der projektiven Identifizierung“ der britischen Analytikerin Lesley Steyn. Wie in den meisten Artikeln wird hier an ausführlichen Behandlungssequenzen das Ringen der Analytikerin um einen Zugang zu der sehr entwertenden Patientin beschrieben, etwas, das wir als Psychotherapeuten alle kennen und doch gern beiseite schieben. Steyn beschreibt, wie

schwer es ist, projektive Identifizierungen anzunehmen, das heißt anzuerkennen und wirklich für wahr zu halten, dass wir manchmal die „böse Mutter“ *sind*, ganz real, und dass es nicht nur die Patientin ist, die uns – quasi fälschlich – so wahrnimmt! Es wird hier auch deutlich, was in der heutigen Psychoanalyse die vielzitierte Arbeit in und mit der Beziehung bedeutet: nämlich die Verwicklung des therapeutischen Paares, die erst geschieht, dann (hoffentlich) vom Therapeuten bemerkt und verstanden und schließlich für Deutungen genutzt werden kann. Steyn zeigt, wie *eine* Deutungsform, die sogenannte „analytikerzentrierte Deutung“ (J. Steiner), die ein Versuch ist zu beschreiben, wie die Patientin die Analytikerin erlebt („Sie erleben mich als ... und reagieren darauf mit ...“), von den Worten her zutreffend sein kann, aber doch wirkungslos bleibt, wenn sie nicht vom Herzen kommt.

Donald Campbell, ein britischer Analytiker, der lange in der Portman-Klinik des National Health Service mit Sexualstraftätern gearbeitet hat, beschreibt „Zweifel in der Analyse eines Pädophilen“ und bringt diese in Verbindung mit den Zweifeln, die sexuell missbrauchte Kinder an der Realität dessen, was ihnen geschehen ist, haben (müssen). Er beschreibt überzeugend, wie der Patient diese Zweifel in den Analytiker projiziert, der dann seinerseits ständig mit Zweifeln und schwer erträglichen Verwirrungszuständen zu kämpfen hat. Angesichts dessen, dass es psychoanalytisch wenig über die Behandlung von Pädophilen gibt, ist das vielleicht die originellste Arbeit in diesem Band.

Ähnlich interessant ist, im Band 9 der Reihe mit dem Schwerpunktthema „Moderne Pathologien“, die Arbeit von Alessandra Lemma „Der Körper, den man hat, und der Körper, der man ist“. Lemma zeigt auf, welche Funktion die transsexuelle Phantasie eines Patienten,

die als kreative Leistung und nicht nur als Störung verstanden wird, für sein seelisches Gleichgewicht haben kann. Sie tut dies aus einem objektbeziehungs- und bindungstheoretischen Blickwinkel, verwendet also einen anderen theoretischen Filter, als ihn etwa die triebtheoretisch orientierten Perversionstheorien anbieten. Sie sieht dadurch etwas Neues – sowohl in acht Interviews mit Transsexuellen als auch in der fünf Jahre dauernden einstündigen analytischen Psychotherapie mit einer Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Damit der Körper, den man *hat*, zu dem wird, der man *ist*, braucht es ein einfühlsames, resonanzfähiges Objekt, das das Anderssein des Kindes/des erwachsenen Patienten, das/der sich in seinem Körper nicht richtig fühlt, sehen, aufnehmen und anerkennen kann. Als ihre Patientin einmal in einem Kleidungs- und Frisurstil, wie er typisch für die Analytikerin war, in die Stunde kam, fühlte diese sich lächerlich gemacht und mit einem entwerteten Bild von sich konfrontiert, das sie nur schwer annehmen konnte: „So sehe ich doch nicht aus!“ Sie realisierte schließlich, dass die Patientin die Rollen verkehrt hatte und die Analytikerin spüren ließ, wie es war, von ihr nicht zutreffend in ihrer körperlichen Verfassung gespiegelt worden zu sein.

Neben den Arbeiten zum Schwerpunktthema, die aus Platzmangel gar nicht alle gewürdigt werden konnten, enthalten alle Bände der Reihe interessante Autoren- und Werkporträts, hier über J.-B. Pontalis, einen der beiden Autoren des berühmten „Vokabular der Psychoanalyse“, sowie tiefsinnige Filmessays wie den von Judy Gammelgaard, die hier eine „psychoanalytische Lesart“ für Lars von Triers Filme „Breaking the waves“ und „Antichrist“ entfaltet, und die Arbeit

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

von Judith Edwards „Im Sand der Zeit“, in der sie anhand des chilenischen Dokumentarfilms „Nostalgia de la luz“ über Trauer und Melancholie nachdenkt.

Das alles in Deutsch zu lesen, erleichtert das Verstehen enorm. Und das an-

schauliche Fallmaterial macht es auch Lesern, die mit der psychoanalytischen Begriffssprache nicht vertraut sind, leichter zu verstehen, was gemeint ist. Das Nachdenken über die eigene Arbeit und die als unausweichlich verstandenen Beziehungsverwicklungen sind ei-

ne extreme Herausforderung für jeden Psychotherapeuten. In dieser Buchreihe lassen sich beeindruckende und hilfreiche Gedanken dazu finden.

Dr. Elisabeth Imhorst,
Köln

Umfassendes Praktikerbuch zur Alterspsychotherapie

Maercker, Andreas (Hrsg.) (2014). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie (2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer, 390 Seiten, 49,99 €

Die Psychotherapie älterer und alter Menschen führt immer noch ein Schattendasein, obwohl der Bedarf steigt und ältere Menschen gegenüber Psychotherapien zunehmend aufgeschlossen sind. Andreas Maercker legt hier die 2., komplett überarbeitete und aktualisierte Auflage eines Sammelbandes zum Thema Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie unter Mitarbeit von 27 nationalen und internationalen Experten vor, z. B. die Arbeitsgruppen um B. G. Knight und W. D. Oswald in den USA, und R. T. Woods aus England.

Im ersten Teil geht es um Grundlagen und Therapiemodelle der Psychologie des höheren Lebensalters, Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie, den Lebensspannenpsychologischen Ansatz der Alterspsychotherapie, gerontopsychologische Diagnostik und Psychopharmakologie.

Der folgende Hauptteil des Buches widmet sich der Alterspsychotherapie mit den wichtigsten Störungsbildern: depressive Störungen, Angststörungen, sexuelle Dysfunktionen, Belastungs- und Traumafolgestörungen, Somatoforme und Schmerz-Störungen, beginnende Alzheimer Demenz und Sucht. Der Leser¹ wird über diese Erkrankungen und ihre Diagnose bei alten Menschen informiert. Danach werden unterschiedliche wissenschaftlich fun-

dierte Behandlungsansätze dargestellt, vor allem, aber nicht ausschließlich, aus der kognitiv-behavioralen Theorieorientierung.

Der letzte Teil des Bandes befasst sich mit der klinischen Gerontopsychologie, ihrem Einsatz in der Seniorenpflege, verbunden mit Selbständigkeitsinterventionen, psychologischer Therapie bei fortgeschrittener Demenz. H. C. Müller-Busch widmet sich palliativen Aspekten in der Begleitung am Lebensende. Der Leser wird über den normalen physischen und psychischen Sterbeprozess informiert und über die Möglichkeiten, Sterbende zu unterstützen. Die Autoren des Buchs setzen sich kritisch mit der Sterbehilfe auseinander, behandeln „Palliative Care“, ethische Aspekte der Autonomie am Ende des Lebens und die Frage, was „gutes Sterben“ sein kann.

Das Buch, vom Autor selbst „Praktikerbuch“ genannt, ist sehr informativ und breit angelegt, es ist ein Grundlagenwerk, das den Stand der Forschung darstellt. Empirische Befunde werden kritisch gewürdigt und eingeordnet, weiterer Forschungsbedarf wird genannt. Psychologen und Psychotherapeuten können hier Informationen finden, die nicht Teil der üblichen Ausbildungen sind. Das durchweg gut lesbare Buch hat eine übersichtliche Struktur, die durch eine differenzierte Gliederung und das Layout unterstützt wird, so dass man sich schnell orientieren kann und auch ausgewählte Themen eines Kapitels leicht findet. Grafisch gut präsentierte Abbildungen, Tabellen, Übersichtskästen sowie Fallbeispiele unter-

stützen die Inhalte und lockern den Text auf. Am Ende eines jeden Kapitels findet sich eine Zusammenfassung, eine Bilanz oder ein Ausblick und eine umfassende Literaturübersicht. Ein Stichwortverzeichnis komplettiert das Werk.

An manchen Stellen wäre eine begriffliche Klärung und Abgrenzung der Begriffe „psychologische Intervention“ und „Psychotherapie“ sinnvoll, als Leserin hatte ich den Eindruck, dass diese manchmal, aber auch nicht immer synonym verwendet werden.

Fazit: Die Lektüre des Buchs lohnt sich für Psychotherapeuten und Klinische Psychologen, die sich über Alterspsychotherapie, gerontopsychologische Diagnostik, klinische Gerontopsychologie und palliative Psychotherapie informieren wollen. Das gut sortierte und aktuelle Grundlagenbuch dient dem besseren Verständnis psychischer Erkrankungen bei älteren bis hochbetagten Menschen und bietet unterschiedliche Psychotherapieansätze und Interventionen. Das Buch weckt nicht zuletzt auch das Interesse, sich der Psychotherapie und Begleitung dieser Personengruppe zu widmen, es ist ein Nachschlagewerk für die Praxis.

Dr. Juliana Matt,
Berlin

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Text nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Bogenschlag über die Psychologie des Selbst

Staemmler, Frank-M. (2015). *Das dialogische Selbst. Postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer, 440 Seiten, 49,99 €

Das Selbst hat wieder an Aktualität gewonnen: Die Neurobiologie bietet neue Verständniskonzepte und generiert empirische Befunde zur Optionalität, Sozialität und Verkörperung des Bewusstseins und damit des Selbst; die Mindfulness-Bewegung knüpft mit der Praxis der bewertungsfreien Beobachtung des Bewusstseinsstroms an die alte Unterscheidung von „I“ und „Me“ (William James) an – womit für grundsätzliche Bewusstseinsfunktionen bereits eine Dialogizität postuliert wurde. Postmoderne Identitätstheorien, wie etwa der Soziale Konstruktivismus, der Narrativismus oder die Theorie des dialogischen Selbst (u. a. Hubert Hermans¹), verabschieden sich zunehmend von der Vorstellung eines kohärenten, selbstwertgestählten und damit für narzisstische Kränkungen anfälligen Selbst zugunsten eines inneren Parlaments an Stimmen/Anteilen, die zwar miteinander im Diskurs bleiben sollten, nicht aber unbedingt ihre Unvereinbarkeiten und Paradoxien aufgeben müssen. Es passiert also einiges auf dem Gebiet der Psychologie des Selbst!

In seiner Monographie unternimmt der Würzburger Psychotherapeut Dr. Frank-M. Staemmler, einer der führenden europäischen Gestalttherapie-Theoretiker, nichts Geringeres als das Unterfangen, wesentliche Aspekte jener unterschiedlichen natur-, sozial-, kultur- und geisteswissenschaftlichen Strömungen zur Theorie des Selbst aufzuarbeiten und diese für eine konkrete psychotherapeutische Praxaeologie nutzbar zu machen.

Staemmler wählt ein interessantes Stilmittel, um in medias res die Vielheit des Selbst zu illustrieren – er schreibt drei sehr lesenswerte Vorworte: eines als

Autor, eines als Theoretiker und eines als Psychotherapeut. Die darauffolgenden Kapitel 2 bis 4 laden zu einer spannenden, kenntnisreichen Tour de Force zu den angesprochenen wissenschaftlichen Strängen zu Selbsttheorien ein. Hierbei werden die Prozesshaftigkeit, Leiblichkeit, Bezogenheit, Komplexität und Vielfalt des Selbst in den Fokus gestellt, um darauf aufbauend in Kapitel 5 Elemente einer dialogischen Theorie des Selbst zu formulieren.

Bemerkenswert sind die vielen unterschiedlichen Aspekte, auf die Staemmler in diesem großen Bogenschlag eingeht: Dass das Selbst etwa in keinem Organ oder Hirnbereich verortet werden kann, sondern einen sich ständig selbstorganisierenden substanzlosen Prozess darstellt, darüber besteht kein Zweifel mehr – denn, wie wir aus der Bibel sinngemäß schon wissen: Der Herr macht täglich alles neu. Dennoch lassen sich Bedingungen bestimmen, unter denen dieser Prozess abläuft, etwa Zeitlichkeit, affektives Betroffenheit, aber auch Prozesse des willentlichen Handelns und Gestaltens. Auf der anderen Seite sind in diesem Zusammenhang auch die Reflexionen des Autors zur Frage des Hinnehmens von Erfahrung und der Passivität des Selbst interessant – ein weiterer wichtiger Aspekt eines Selbstverständnisses.

Natürlich weiß jede Psychotherapeutin,² dass es mit Ausdifferenzierung, Komplexität und Widersprüchlichkeit alleine nicht getan ist; zur seelischen Gesundheit müssen sich auch so etwas wie integrierende Momente gesellen; damit beschäftigt sich Staemmler in Kapitel 6. Hierbei stellt er u. a. in den Mittelpunkt, dass das Subjekt in unserer Gesellschaft einer Art „kulturellen Normierung“ unterliegt, als kohärente und in sich konsistente Persönlichkeit in Erscheinung treten zu müssen. Hierzu berichtet Staemmler von kursorischen Beobachtungen, wie seine Patientinnen mit jenem „Konsistenzdruck“

umgehen. Diesen eher suboptimalen Strategien stellt er im Kapitel 7 eine psychotherapeutische Praxaeologie gegenüber, die in der gestalttherapeutischen Tradition fußt. Das Kapitel ist vor allem auch für Praktiker sehr lesenswert, da hier konkrete Techniken im Umgang mit als leidvoll erlebten Widersprüchen im Selbst, wie Selbstgespräch/Phantasiegespräch-Techniken, die Technik der Aneignung (Identifikationen) sowie die Einführung neuer Selbst-Positionen u. a. anhand von Kasuistiken veranschaulicht werden.

Dialogische Selbsttheorien haben u. a. Konjunktur in Tätigkeitsfeldern, in denen es um Diversitätsmanagement und Interkulturalität geht. Deshalb erscheinen sie gerade angesichts der psychosozialen gesellschaftlichen Herausforderungen im Zusammenhang mit etwa der Flüchtlingskrise von besonderer Bedeutung.

Der Autor möchte seine Überlegungen dezidiert in den Kontext einer allgemeinen Psychotherapie gestellt wissen und nutzt diese nicht für verfahrensbezogene Abgrenzungen in Richtung Gestalttherapie oder humanistische Therapien. In diesem Sinne können seine Ausführungen auch als Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Professionen bewertet werden. Wünschenswert wäre sicherlich eine etwas stärker praxaeologische Ausrichtung der Überlegungen gewesen – diese folgen möglicherweise in zukünftigen Publikationen.

Prof. Dr. Matthias Ochs,
Wiesbaden

¹ Hermans, H. J. M. & Gieser, T. (Eds.) (2012). *Handbook of Dialogical Self Theory*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Text nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Kommentare und Leserbriefe

Zu R. Nübling et al.: „Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Psychotherapeutenjournal 4/2015, S. 337-346.“

Erfahrungen aus dem Saarland

Sehr geehrte Redaktion,

im Saarland genehmigen nur die IKK, die KKH und die DRV Knappschaft Therapien außerhalb des Versorgungsauftrages, alle anderen Krankenkassen lehnen meiner Erfahrung nach die Übernahme mit den unterschiedlichsten Begründungen ab.

Von den drei genannten Kassen arbeitet nur die Knappschaft mit Gutachtern, die beiden anderen schalten jeweils den MDK ein.

Die Daten werden an den MDK unverschlüsselt weitergegeben, es gibt keine Anonymisierung (ein Grund, weshalb ich keine Kostenerstattung mehr mache).

Die Genehmigungen über den MDK gehen relativ schnell, aber nicht immer problemlos, so wurde beispielsweise in einem Fall die Notwendigkeit einer Therapie anerkannt, aber nicht für eine TFP sondern für eine VT – wer da begutachtet hat und mit welcher Qualifikation, konnte ich nicht herausfinden ...

Die Genehmigung des Erstantrages war – wie oben erwähnt – möglich, grundsätzlich wurden vom MDK Verlängerungsanträge aber immer (!!!!) abgelehnt, was ein weiterer Grund für mich war, die Beantragung über Kostenerstattungen einzustellen. Des Weiteren wurden Anträge auf eine analyti-

sche Behandlung ebenfalls immer vom MDK abgelehnt, während TFP-Anträge genehmigt wurden – aus meiner Sicht eine gesundheitspolitische und keine inhaltliche Entscheidung.

Die Krankenkassen übernahmen die Kosten für die probatorischen Sitzungen und die Antragstellung nach dem EBM, auch die Sitzungen konnte ich nach dem EBM abrechnen, hier gab es nie Probleme. Allerdings habe ich vorher immer ein Telefonat mit der Krankenkasse geführt und diese Punkte abgeklärt. Von allen Patienten hatte ich eine Abtretungserklärung, sodass ich die Rechnungsabwicklung direkt mit den Krankenkassen erledigen konnte. Bzgl. der Bezahlung hat es keine Probleme gegeben, die monatlichen Rechnungen wurden spätestens innerhalb von drei Wochen beglichen.

Mit besten Grüßen aus dem Saarland

Petra Klein,
Saarbrücken

Deutlich verschlechtertes Erstattungsverhalten

Lieber Herr Kollege Dr. Nübling,

vielen Dank für die Veröffentlichung der Studie zum Thema Kostenerstattung (KE). Sie sprechen von einem möglicherweise deutlich verschlechterten Erstattungsverhalten im Jahr 2015. Das kann ich nur entschieden bestätigen.

Ich bin bereits seit 2006 in der KE tätig, wenngleich ich auch überwiegend privat versicherte Patienten habe.

Ich stelle eine starke Ungleichbehandlung fest: Die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfe genehmigen mir praktisch jeden Therapieantrag. Im KE-Verfahren war es anfangs deutlich mühseliger, in den letzten Jahren jedoch war ein Einsehen der Kassen und begutachtenden MDK-Kollegen zu merken. Fast immer wurden Anträge bei

Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

entsprechend vorhandener Dringlichkeit auch genehmigt, ich kann mich nur an eine Ausnahme erinnern. In den letzten ein bis zwei Jahren jedoch ist das Erstattungsverhalten massiv schlechter geworden.

Ich erlebe Willkür, Verschleppung von Anträgen über weit mehr als sechs Monate, „verlorengegangene“ Anträge oder Schikanen wie die Forderung nach Einreichung von Ausbildungszeugnissen trotz vorliegender Arztregister-Nummer bei der KV. Leitende Sachbearbeiter treffen Falschaussagen aufgrund entweder größter Unkenntnis oder Kalkül, so z. B., dass der Hausarzt (!) oder Psychiater die Dringlichkeit und psychische Symptomatik und Anamnese für den MDK ausführlich begründen bzw. schildern müsse. Auch seitens der MDK-Psychiater wird teils der normale kurze Konsiliarbericht der GKV zurückgewiesen, er sei nicht ausführlich genug. Offenbar also leidet der Psychologische Psychotherapeut in den Augen von Kasse und MDK auf einmal an psychologisch-psychiatrischer Dyslexie und allgemein fehlenden höheren Weihen.

Es folgt der Verweis, dass der Pat. doch rein medikamentös behandelt werden könne. Wenn der Pat. dann einen Psychiater habe, könne er ja ggf. noch in Ruhe sechs bis zwölf Monate auf einen Vertragspsychotherapeuten-Platz war-

ten. Auch beliebt ist es mittlerweile, nur 15 Sitzungen für den Erstantrag zu bewilligen und den Behandler somit alle paar Wochen wieder in das Antragsverfahren zu zwingen oder auch einen Behandlerwechsel mitten in der Therapie zu fordern. Der Pat. müsse parallel weitersuchen und dann abrechnen, sobald er einen GKV-Behandler gefunden habe.

Selbst suizidale Pat., die noch absprachefähig sind, werden erst dann im Widerspruch durchgewunken, wenn zusätzlich z. B. (zutreffende) Amokphantasien geschildert werden. Wenn der Pat. nicht suizidal genug ist, wird abgelehnt – er könne ja warten –, wenn er dann im Widerspruch suizidaler geschildert wird, heißt es, er könne ja dann stationär aufgenommen werden. Auch wird immer wieder der Psychiater als die den Psychotherapeuten angeblich überwachende „Aufsicht“ ins Spiel gebracht – ohne psychiatrische Parallelbehandlung, psychiatrische Begründung, Anamnese und Stellungnahme könne man die Therapie nicht genehmigen. Dies auch, wenn der Pat. z. B. Medikation aufgrund einer hypochondrischen Störung verweigert.

Pat. mit Prokrastination oder sozialer Unsicherheit durch diese ganze Odyssee zu schleusen, ist fast unmöglich – bei einem Pat. bin ich bereits über ein Jahr in der Antragsschleife, während ich ihn parallel behandle, ohne jedes Wissen, ob die Kosten übernommen werden. Am Schluss wird dann auch gerne so verfahren, dass erst die Sitzungen nach Erhalt der Genehmigung bezahlt werden. Die 5-Wochen-Frist wird hier zwar gewahrt, aber eben durch Nachforderungen ausgedehnt (erneutes Konsil, Widerspruch etc.). Der Pat. selbst hat meist gar keine Chance beim Sachbearbeiter, er wird fehlinformiert und abgewimmelt und in einigen Fällen sogar regelrecht zermürbt. Angeblich freie Plätze werden genannt, die jedoch auf Nachfrage nicht frei sind, dann aber wird rigoros abgelehnt – es gebe ja einen freien Platz.

Es ist sehr kompliziert, überhaupt zum MDK durchzudringen (Herausgabe von Kontaktdaten) und Ablehnungen werden

oft nur schwammig begründet: „Erfüllt nicht die Psychotherapierichtlinien“. Insofern ist oft gar nicht ersichtlich, was dem MDK denn konkret an Gründen nicht ausreicht. Teils muss dann auch jeder Verlängerungsantrag ein oder zwei Mal nachbegründet werden – etwas, was mir sonst praktisch nie passiert.

Fast alle gerade geschilderten Probleme sind seit Ende 2014 aufgetreten, obwohl ich aktuell nur eine Handvoll Fälle im KE-Verfahren habe. Dies muss m. E. einen politischen Hintergrund haben, was ja auch dazu passt, dass die bundesweiten Kosten für das KE-Verfahren seit Kurzem nicht mehr veröffentlicht werden.

Eine politische Einwirkung seitens der Kammer wäre hier aus meiner Sicht sehr wichtig. Es müsste zudem durch Psychotherapeuten begutachtet werden und nicht durch Psychiater, die uns oft ohnehin nicht auf Augenhöhe sehen, Medikation bevorzugen und psychotherapeutisch häufig unerfahren sind. Der Antragsteller müsste besonders schwierige Gutachter ausschließen können und einen Obergutachter anrufen können. In der Beihilfe war dies für mich noch nie notwendig – in der KE wäre es in allen Fällen im Jahr 2015 nötig gewesen.

Mit kollegialem Gruß

Dr. Benjamin Zeller,
Stuttgart

Was tun, wenn keine Reaktion erfolgt?!

Sehr geehrter Herr Nübling,

Sie erwähnen, dass Kassen innerhalb von fünf Wochen auf einen Antrag mit Begutachtung reagieren müssen (S. 337). Bedauerlicherweise klappt das häufiger nicht, v. a. die TK geht mit unrühmlichem Beispiel voran. Deshalb meine weitere Frage: Was kann man tun, wenn es keine Reaktion gibt?

Mit besten Wünschen grüße ich Sie herzlich

Herbert Kley,
Berlin

Antwort von Rüdiger Nübling

Sehr geehrter Herr Kley,

hier die gesetzlichen Grundlagen zu den Bearbeitungsfristen der Krankenkassen und zu möglichen Reaktionsweisen, falls Kassen sich nicht daran halten. Ich übernehme der Einfachheit halber ein Schreiben unserer Juristin von Mannstein an ein anderes Kammermitglied:

„Gem. § 13 Abs. 3 a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Maßgeblich für die Berechnung der Frist ist der Zugang bei der Krankenkasse. Bei der Fristberechnung ist zu beachten, dass der Tag des Zugangs nicht mitgezählt wird. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Briefsendungen drei Tage nach Aufgabe bei der Post zugestellt sind. Für den Zugang bei der Krankenkasse trifft allerdings den Patienten die Beweislast, sodass es für die Beweissicherung empfehlenswert ist, den Brief per Einschreiben zu versenden.“

§ 13 Abs. 3 a SGB V gilt für alle Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und somit auch für die Beantragung von Psychotherapie. Dies bedeutet, dass die Krankenkasse grundsätzlich verpflichtet ist, innerhalb eines Zeitraumes von fünf Wochen über einen Psychotherapieantrag zu entscheiden. Sofern die Krankenkasse diese Frist nicht einhalten kann, muss sie dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitteilen, § 13 Abs. 3 a S. 5 SGB V. Eine E-Mail genügt dementsprechend nicht.

Sofern sich die Krankenkasse entweder innerhalb der fünf Wochen gar nicht meldet oder keine schriftliche Mitteilung

eines hinreichenden Grundes innerhalb der Frist erfolgt, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Dies bedeutet, dass die Genehmigung der Krankenkasse fingiert wird. Dies wiederum hat zur Konsequenz, dass der Leistungsberechtigte so gestellt wird, als ob die von ihm beantragte Leistung bewilligt wurde, sodass die Psychotherapie aufgenommen und zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden kann.

Nach dem Wortlaut des Gesetzes kann die Krankenkasse jedoch bei Vorliegen eines hinreichenden Grundes den Entscheidungszeitraum verlängern. Dies bedeutet zum einen, dass in Ausnahmefällen auch von der Frist abgewichen werden kann und zum anderen, dass nicht jeder Grund ein Abweichen von der Frist rechtfertigen kann. Ein hinreichender Grund liegt in der Regel dann vor, wenn die Krankenkasse noch sachgerechte Ermittlungen anstellen muss, um eine Entscheidung über den Anspruch treffen zu können oder wenn der Leistungsbeantragende selber bei erforderlichen Untersuchungen nicht mitgewirkt hat. Kein hinreichender Grund sind organisationale oder personelle Gründe, die in der Sphäre der Krankenkasse selber liegen. Der Gutachter wird im Auftrag der Krankenkasse tätig. Die bedeutet, dass Verzögerungen, die durch den Gutachter entstehen, regelmäßig im Verantwortungsbereich der Krankenkasse liegen und nicht zu Lasten des Patienten gehen können und in der Regel keinen hinreichenden Grund im Sinne des § 13 Abs. 3 a SGB V darstellen können. Das bedeutet, die Krankenkasse kann sich nicht darauf berufen, dass der Gutachter beispielsweise erkrankt, überarbeitet oder ähnliches ist oder der Gutachterauftrag irrtümlich an einen unzuständigen Gutachter vergeben wurde. Dies sind Vorfälle, die typischerweise vorkommen und durch eine entsprechende Organisation der Abläufe aufgefangen werden müssen, um eine fristgerechte Bearbeitung einhalten zu können.

Unabhängig davon, ob die Krankenversicherung den Bewilligungsbescheid erlässt, gilt die Behandlung dann als genehmigt und Sie können die Psychotherapie aufnehmen. Problematisch bleibt

natürlich, dass Sie den Bewilligungsbescheid für die Abrechnung benötigen. Aus diesem Grund würde ich in diesen Fällen empfehlen, die Krankenkasse unter Fristsetzung aufzufordern, den Bewilligungsbescheid zu erlassen. Ich würde der Krankenkasse mitteilen, dass Sie sich andernfalls an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Diese ist das Bundesversicherungsamt.“

Wir hoffen, dies hilft Ihnen weiter!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Rüdiger Nübling,
Stuttgart

4 Thesen zur Verfahrenheit des verfahrensbezogenen Denkens in der deutschen Psychotherapie

Zu H. Vogel & M. Santos-Dodt: Im Gespräch mit Matthias Berking und Jürgen Kriz – „Psychotherapieschulen und -verfahren: Strukturhilfe oder Entwicklungshindernis der Psychotherapie in Deutschland? Psychotherapeutenjournal 3/2015, S. 254-262.

Matthias Berking und Jürgen Kriz haben in dem eindrucksvollen Interview daran erinnert, dass in keinem anderen Land der Welt der Verfahrensbegriff so hoch gehalten wird wie in Deutschland: „Der Verfahrensbegriff ist eine typisch deutsche Konstruktion, die 1967 vielleicht sinnvoll war“. Inzwischen aber schreiben wir das Jahr 2016. Für die Gegenwart empfehlen die Interviewten störungsbezogene Ätiologieforschung, weil sie helfen könne, „das Schulendenken zu überwinden“. Das klingt dezidiert. Nach etwa 25-jähriger Praxis in diesem Beruf und Ausbildung in drei Verfahren erlaube ich mir, dazu etwas zu sagen:

These 1: Die Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Schulen sind größer als sich Vertreter der „reinen Lehre“ jeglicher Provenienz das vorstellen mögen.

Eine Mathematiklehrerin an einer Realschule und ihre Kollegin an einer Waldorfschule haben ein gemeinsames

Anliegen. Die Tätigkeiten beider weisen eine Schnittmenge auf, sie wollen ihren Schülern Mathematik beibringen.

Passt dieses Beispiel zur Arbeit von Psychotherapeuten? Rainer Richter hat vor einiger Zeit (im Psychotherapeutenjournal) betont, dass die sogenannten unspezifischen Wirkfaktoren in der Betrachtung unserer Arbeit ganz und gar unterbewertet würden. Es ist wahrscheinlich nicht möglich, deren Anteil am therapeutischen Prozess zu quantifizieren. Jedenfalls fände ich es ein bisschen absurd, wenn man das mit einer Prozentangabe beziffern würde. Aber interessant ist die Frage schon.

Klaus Grawe glaubte, dass wir uns (irgendwann jedenfalls) auf eine Allgemeine Psychotherapie hinbewegen würden. Er hat von fünf Wirkfaktoren „über die Therapieschulen hinweg“ gesprochen und daran gearbeitet, deren Existenz zu nachzuweisen: 1) Therapeutische Beziehung, 2) Ressourcenaktivierung, 3) Problemaktualisierung, 4) Motivationale Klärung und 5) Problembewältigung. Es geht mir nicht darum, Grawes Modell hier auszuwalzen oder zu heiligen. Aber er ist nicht irgendwer in der Therapieforschung und hat in der Einengung auf verfahrensbezogene Psychotherapieforschung ein Erkenntnishindernis gesehen. Man dringe auf diesem Wege, wenn man also nur innerhalb der Therapieverfahrensansätze verharre, nicht zu den wirklichen Wirkfaktoren vor. Der Blick sei durch dem jeweiligen Verfahren entsprungene, den therapeutischen Prozess vergrößernde Annahmen gestellt.

These 2: Es gibt keinen Mercedes unter den Therapieverfahren und auch keinen Porsche, in dem man allen davonfährt. Man kann aber daran glauben.

Und wenn der geneigte Leser jetzt denkt, ich würde hiermit offene Türen einlaufen, so täuscht er sich. Ich komme zurück auf die „reine Lehre“. Tatsächlich gibt es hier in Schleswig-Holstein Universitätskliniken, in denen das Hohelied auf ein bis zwei Therapieverfahren gesungen wird. Sie seien der „Goldstandard“, wird intoniert. Goldig.

Wann immer ich bei Fortbildungsveranstaltungen dieser Einrichtungen zu bedenken gab, dass wir Kollegen „draußen“ bei der Suche nach dem Goldstandard noch nicht fündig geworden seien, wurde mir fast reflexhaft entgegengehalten: „Aber die kognitive VT hat doch die meisten evaluativen Studien!“. Die meisten.

These 3: Eine gute Therapeutin hat Erfahrungen gesammelt. Sie hat möglichst viele Menschen der Störungsgruppen, innerhalb derer sie tätig ist, behandelt.

Sie hat nach ihrer Therapieausbildung in der Fort- und Weiterbildung andere Verfahren erlernt. Dadurch ist sie in der Lage, auf ihre Tätigkeit bezogen modellkritisch zu denken. Das wiederum fördert jene Flexibilität, die wohl erforderlich ist, mit unterschiedlichen Störungs- und Persönlichkeitstypen (differentieller Indikation folgend) angemessen arbeiten zu können.

Ich selbst arbeite seit Anbeginn meines Psychologendaseins in „multikulturellen“ Teams, also mit Kolleginnen und Kollegen, die unterschiedliche Verfahren gelernt haben, oft auch mehrere. Auch wenn wir je nach Ausbildungs- und Lerngeschichte unterschiedlich symbolisieren, scheint das den interkollegialen Austausch nicht wirklich zu behindern. Ich kann mich jedenfalls nicht an Verständigungsschwierigkeiten zwischen Vertretern verschiedener Schulen erinnern, wenn wir uns im Team über Patienten austauschten. Auch dann nicht, wenn wir über den therapeutischen Prozess sprachen. In diesem Punkt bin ich mir besonders sicher, weil auch meine Interventionsgruppen meist verfahrensübergreifend sind.

These 4: Das Konzept einer allgemeinen Psychotherapie ist vernünftig und im besten Sinne des Wortes nach vorn gedacht.

Wir alle könn(t)en aus dem weiten Fundus der psychotherapeutischen Verfahren schöpfen, die im Laufe des 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts entwickelt wurden. (Oder sollten das

zumindest.) Das Spektrum reicht von erlebnis- und ausdrucksorientierten bis zu einsichts- und lösungsorientierten Verfahren. Einige Verfahren rücken kognitive Prozesse in den Mittelpunkt, andere fokussieren affektive Prozesse. Einige Verfahren betonen die Rolle unbewusster Prozesse, andere kommen ganz und gar ohne diese aus. Einige sind individuumzentriert, andere systemisch orientiert. So gesehen ist für jeden etwas dabei. Es ist einem einzelnen Psychotherapeuten aber nicht möglich, alle Verfahren zugleich zu erlernen. (Das würde auch viel zu lange dauern.)

Die Kollegen, die wie ich in den 1980er-Jahren in den Beruf gingen, haben sich in der Regel in zwei bis drei Verfahren ausgebildet. Aber man soll ja immer von sich selbst reden. Das will ich tun. Mit meinen Ausbildungen in Gestalttherapie (damals schwer in Mode), TP und Neuropsychologie liege ich gut im Schnitt. Ich arbeite aber auch gern kognitiv. Und so habe ich mir das im Crash-Kurs angeeignet. Ich behaupte mal, das geht. Wer schon etwa zwei Verfahren erlernt hat und über gewisse Erfahrung verfügt, kann das.

Mein Resümee: Die breite Aufstellung erlebe ich – ebenso wie viele andere Kollegen – als außerordentlich praktikabel. Die gänzlich unterschiedlichen Verfahren machen sich übrigens keine Konkurrenz in mir. (Jedenfalls gibt es keine Hinweise auf solchermaßen induzierte psychosomatische Beschwerden.) Auch den Patienten schadet das nicht – ich denke: im Gegenteil! Es nützt ihnen, denn ich habe ein größeres Spektrum an Interventionsansätzen zur Auswahl. Tatsächlich geht es im Praxisalltag wohl eher um Ergänzung und gegenseitige Bereicherung. Gewiss mag es sinnvoll sein, mit *einem* Verfahren loszulegen. Es mag auch gut sein, von diesem Verfahren (eine Zeit lang zumindest) beseelt zu sein. Gerade als Berufsanfänger. Das gibt dann jene Sicherheit, die anderweitig nicht zu erzielen wäre. Kurz: In der Ausbildung mag die Orientierung an einem (Haupt-)Verfahren sinnvoll sein. In der ambulanten Versorgung scheint mir dagegen eine breite, verfahrensübergreifende Aufstellung viel sinnvoller zu sein.

Ich will die Richtlinienpsychotherapie aber nicht nur schlecht reden. Sie und die darin verankerte Verfahrensorientierung haben sicher ihre historische Bedeutung. Ohne sie wären wir wohl auch heute noch nicht in der ambulanten Regelversorgung. Nur haben solche Richtlinien immer auch ihr konservierendes Element. Schon immer haben die Menschen weltweit Mittel und Wege erdacht, sich der Schuhriegelung durch eine irgendwie geartete Obrigkeit zu entziehen. Mit klammheimlicher Freude beobachte ich, wie renommierte Ausbildungsinstitute – etwa im tiefenpsychologischen Sektor – das hinkommen. Sie bauen etwa Verfahren, die der humanistischen Psychologie entsprungen sind, ganz souverän in ihr Curriculum ein. Selbstverständlich mit dem Hinweis, dass all diese Verfahren „im Grunde“ auch tiefenpsychologisch fundiert seien. Sind sie ja bestimmt auch – irgendwie. Aber letztlich ist die Begründung für die Konformität mit dem klassischen Verfahren häufig sehr weit hergeholt. Wenn es also schon keine Freigabe dahingehend gibt, dass ein Psychotherapeut nach sorgfältiger Therapieplanung Verfahren und Ansätze anwenden kann, die er gelernt hat, so müsste es doch immerhin möglich sein, dass die Richtlinie Erprobungsregelungen in dieser Richtung vorsieht und beispielsweise in einer Modellregion solch eine Öffnung im Rahmen einer Erprobung umgesetzt und dann sorgfältig evaluiert wird. Es gäbe bestimmt genügend Kolleginnen und Kollegen, die gerne mitmachen würden. Das könnte eine Reform sein, für die die Zeit reif ist.

Noch eine Anmerkung: Mein multimedial kontaminiertes Gehirn reagiert allergisch auf jedwede Form der „reinen Lehre“ in unserem Fach – „reine Analyse“ eingeschlossen. Wenn in These 2 nur von der kognitiven VT die Rede war, ist das dem Kontext geschuldet. Möglicherweise auch dem Umstand, dass der Überlegenheitsanspruch kognitiv-behavioraler Ansätze sich in Journalistengehirnen so raumgreifend festgesetzt hat.

Dipl.-Psych. Karl-Heinz Haase,
Lübeck

Psychotherapie-Richtlinie: Streichung der Indikation Tabakabhängigkeit

BMG erteilt dem G-BA Auflagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf seiner Sitzung am 15. Oktober 2015 die psychotherapeutische Behandlung der Tabakabhängigkeit aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen. In der Auflistung der Indikationen für Psychotherapie in der Psychotherapie-Richtlinie wurde bei der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ als Erläuterung in Klammern „Alkohol, Drogen und Medikamente“ angefügt. In den Tragenden Gründen führt der G-BA hierzu aus, dass sich der Begriff „Drogen“ in den früheren Fassungen der Psychotherapie-Richtlinie stets auf die als illegal geltenden Drogen bezogen habe. Nikotin, Tabak und Koffein seien niemals vom Drogenbegriff in der Psychotherapie-Richtlinie umfasst gewesen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat die Entscheidung des G-BA kritisiert und darauf hingewiesen, dass den

tabakabhängigen GKV-Versicherten somit eine zentrale, in den einschlägigen Leitlinien empfohlene Behandlungsmethode vorenthalten wird und hier von auch niederschwellige Leistungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung betroffen sind. Behandlungsmaßnahmen zur Raucherentwöhnung gemäß den Richtlinien des G-BA stehen den Versicherten somit als Pflichtleistungen der Krankenkassen nicht mehr zur Verfügung.

Hierauf weist auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seinem Schreiben vom 17. Dezember 2015 hin, in dem der Beschluss des G-BA zwar nicht beanstandet, die Nichtbeanstandung allerdings unter Bezugnahme auf die Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer mit zwei Auflagen verbunden wird. Zum einen hat der G-BA zu prüfen, ob es sich bei den in der S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums „empfohlenen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen

zur Tabakentwöhnung um Leistungen zur Krankenbehandlung im Sinne des § 27 SGB V handelt und ob hierzu ergänzende Regelungen in den einschlägigen Richtlinien des G-BA zu treffen sind.“ Zum anderen hat der G-BA zu prüfen, ob über die gewählte Formulierung tatsächlich alle Arten derjenigen Drogen erfasst werden, für die im Falle einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs eine Richtlinienpsychotherapie indiziert ist, oder ob hier eine weitere Klarstellung erforderlich ist. Die Bundespsychotherapeutenkammer hatte in ihren Stellungnahmen auf die Sonderfälle der Legal Highs sowie der flüchtigen Lösungsmittel, die zum Schnüffeln verwendet werden, hingewiesen, die ggf. nicht unter den Drogenbegriff im Sinne des G-BA fallen, obwohl die Krankheitswertigkeit und psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit bei diesen Substanzstörungen unstrittig sein dürfte. Die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ist zum 6. Januar 2016 in Kraft getreten.

Novellierung der GOÄ/GOP – Inkrafttreten zum 1. Oktober 2016 angestrebt

Der seit vielen Jahren andauernde Beratungsprozess zur Novellierung der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) und damit auch der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP), die auf die GOÄ verweist, geht langsam auf die Zielgerade. Zwar wird die Novellierung der GOÄ im Koalitionsvertrag nicht erwähnt, aber zuletzt im Januar dieses Jahres hat Gesundheitsminister Gröhe angekündigt, die Novellierung der GOÄ noch in dieser Legislaturperiode über die Bühne bringen zu wollen. Auf Aufforderung des Bundesministeriums für Gesundheit waren 2012 Konsens-Verhandlungen zwischen Bundesärztekammer und PKV

aufgenommen worden, später auch unter Einbezug der Beihilfe, mit dem Ziel einen gemeinsam getragenen Vorschlag für eine neue GOÄ zu erarbeiten und dem BMG vorzulegen. Diese mündeten Ende 2013 schließlich in eine konsentiertere Rahmenvereinbarung, in der bereits einige wesentliche Bestandteile der neuen GOÄ, nicht zuletzt die Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ mit Datenstelle, festgelegt worden waren. Übergreifende Ziele der GOÄ-Novellierung sind insbesondere die Stärkung von Transparenz, Abrechnungssicherheit und Verständlichkeit sowie die Schaffung der

Strukturen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege der Gebührenordnung. Seit März 2015 laufen unter Leitung des BMG die Beratungen zu den Detailfragen der neuen GOÄ. Für die diagnostischen und Behandlungsleistungen der Psychotherapeuten war dabei ein von BÄK und BPTK konsentierter Entwurf des Kapitels G die maßgebliche Beratungsgrundlage. Sowohl vonseiten der PKV als auch der BÄK war eingangs betont worden, dass bei der Preisbildung für die neue GOÄ eine Förderung der Gesprächsleistungen insgesamt und der psychotherapeutischen Leistungen im Speziellen angestrebt wird.

Im Zuge innerärztlicher Konflikte um die Novellierung der GOÄ, insbesondere zur Rolle der Gemeinsamen Kommission und den geplanten Einschränkungen der Steigerungsmöglichkeiten bei der Abrechnung, waren die Beratungen auf Eis gelegt worden. Am 23. Januar 2016 fand ein Außerordentlicher Ärztetag statt, der sich ausschließlich mit der Novellierung der GOÄ befasste. Der Vorstand der Bundesärztekammer wurde dabei mit einer Zustimmung von rund 90 Prozent der Delegierten in seiner Verhandlungsführung gestärkt, so-

dass die weiteren Verhandlungen zur GOÄ-Novellierung inzwischen wieder aufgenommen werden konnten. Der Fahrplan der GOÄ-Novellierung, der ein In-Kraft-Treten der neuen GOÄ zum 1. Oktober 2016 vorsieht, wurde vonseiten aller Beteiligten nochmals bekräftigt. Mit der Vorlage eines Referentenentwurfs ist daher noch in diesem Frühjahr zu rechnen.

Zugleich hat die SPD-Bundestagsfraktion die neue GOÄ zum Wahlkampfthema auserkoren und sich im Rahmen einer

Klausurtagung mit Verweis auf die von der SPD angestrebten Bürgerversicherung explizit gegen eine neue Gebührenordnung für Ärzte ausgesprochen. Da eine neue GOÄ als Rechtsverordnung des BMG aufgrund der finanziellen Folgewirkungen für die Bundesländer der Zustimmung des Bundesrates bedarf, ist hier noch einige Überzeugungsarbeit erforderlich. Unabhängig vom Ausgang der drei Landtagswahlen in diesem Jahr wird es im Bundesrat keine Mehrheit gegen die SPD-geführten bzw. mitregierten Länder geben.

BMG: Nichtbeanstandung des Honorarbeschlusses

Präzisere gesetzliche Regelungen zur Anpassung psychotherapeutischer Honorare notwendig

Psychotherapeuten erhalten für ihre Leistungen noch immer keine angemessene Vergütung. Die Honorare, die Vertragspsychotherapeuten erzielen können, werden seit Jahren nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben angepasst. Auch der jüngste Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses steht an zentralen Stellen im

Widerspruch zu den gesetzlichen Regelungen. Dies hatte die BPTK gegenüber dem BMG in einer ausführlichen Stellungnahme zum Honorarbeschluss deutlich gemacht. Dennoch ließ das BMG diese Honorarerhöhung, die Psychotherapeuten systematisch schlechter stellt als Ärzte, am 3. Dezember 2015 passieren. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte am 22. September 2015 ausschließlich die Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistun-

gen von Psychotherapeuten um 2,7 Prozent angehoben. Er führte darüber hinaus drei verschiedene Zuschläge auf die genehmigungspflichtigen Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie ein, die in der Höhe von der jeweiligen Auslastung einer psychotherapeutischen Praxis abhängig sind (siehe Kasten). Nach Auffassung der BPTK stellt dieser Beschluss keine rechtskonforme Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe des § 87 Abs. 2c SGB V dar. Danach

Zuschläge zu den antragspflichtigen Leistungen

Mit dem Honorarbeschluss vom 22. Oktober 2015 wurden drei verschiedene Zuschläge auf die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen eingeführt:

Zuschlag I (35251) bei Einzeltherapie: 14,92 €

Zuschlag II (35252) bei Gruppenpsychotherapie (außer bei kleiner Gruppe bei KJ mit TP/AP): 6,05 €

Zuschlag III (35253): bei kleiner Gruppe TP/AP bei Kindern und Jugendlichen: 11,90 €

Bei der Zusammensetzung der Zuschlagsgruppen wurde offenbar übersehen, zwischen VT-Gruppen und TP-/AP-Gruppen zu differenzieren. Da die VT-Gruppen in 50-Minuten-Einheiten abgerechnet werden, während dies bei TP- und AP-Gruppen in 100-Minuten-Einheiten erfolgt, können bei VT-Gruppen pro Zeiteinheit doppelt so viele Zuschläge abgerechnet werden. Ob und in welcher Höhe ein Zuschlag zu einer antragspflichtigen Einzel- oder Gruppenpsychotherapie abgerechnet werden kann, hängt dabei vom Umfang der abgerechneten antragspflichtigen Leistungen in einem Quartal in Relation zum Versorgungsauftrag ab. Die Referenz bildet dabei die vom Bundessozialgericht definierte maximale Auslastung einer psychotherapeutischen Praxis mit vollem Versorgungsauftrag mit antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Einzelpsychotherapie im Umfang von durchschnittlich 36 Behandlungsstunden pro Woche. Dabei wurden als Durchschnitt 43 Arbeitswochen pro Jahr zugrunde gelegt.

Eine psychotherapeutische Praxis mit vollem Versorgungsauftrag muss, um den Zuschlag abrechnen zu können, innerhalb eines Quartals mindestens eine Gesamtpunktzahl von 162734 Punkten erreichen. Dies entspricht der Hälfte der erzielten Gesamtpunktzahl bei durchschnittlich 36 antragspflichtigen Leistungen der Einzelpsychotherapie (841 Punkte pro Leistung) über 10,75 Arbeitswochen innerhalb eines Quartals. Bei halbem Versorgungsauftrag halbiert sich dieser Mindestpunktwert entsprechend. Die konkrete Höhe des Zuschlags ergibt sich dabei aus einem Quotienten, mit dem der jeweilige Zuschlag multipliziert wird. Dieser Quotient ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Gesamtpunktwert der in einem Quartal abgerechneten antragspflichtigen Leistungen und dem Mindestpunktwert, dividiert durch den Gesamtpunktwert. Bei einem vollen Versorgungsauftrag beträgt der Quotient bei durchschnittlich 36 antragspflichtigen Einzeltherapiestunden pro Woche 0,5, das bedeutet 7,46 € pro Einzeltherapiestunde, 3,02 € pro Gruppensitzung bzw. 5,95 € pro Sitzung einer kleinen Gruppe TP/AP bei Kindern und Jugendlichen. Bei durchschnittlich 19 antragspflichtigen Einzeltherapiestunden pro Woche beträgt der Quotient dagegen nur 0,05, die Zuschläge reduzieren sich entsprechend auf ein Zehntel. Bei einem halben Versorgungsauftrag würde man bereits bei durchschnittlich 18 antragspflichtigen Leistungen pro Woche einen Quotienten von 0,5 erreichen.

sind psychotherapeutische Leistungen grundsätzlich so zu bewerten, dass eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleistet ist.

Der Ausschluss der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen von der Honorarerhöhung ist aus Sicht der BPtK rechtswidrig. Ein Zuschlag nur auf antragspflichtige Leistungen benachteiligt insbesondere diejenigen Psychotherapeuten, die niederschwellige Leistungen, eine umfassende Diagnostik oder neuropsychologische Diagnostik und Therapie anbieten. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen hatten aber auch die Erhöhung für die genehmigungspflichtigen Leistungen syste-

matisch nach unten gerechnet. Für die Jahre 2010 und 2011 fand sogar überhaupt keine Anpassung der Honorare statt. Schließlich erhalten voraussichtlich nur diejenigen Psychotherapeuten eine nachträgliche Honorarerhöhung, die jedes Jahr Widerspruch gegen ihre Honorarbescheide eingelegt hatten. Somit werden die Psychotherapeuten auch in Zukunft gezwungen sein, gegen jeden ihrer Honorarbescheide Widerspruch einzulegen, um ihren rechtlichen Anspruch auf eine angemessene Vergütung ihrer Leistungen für diese Zeiträume wahren zu können. Nach Auffassung der BPtK ignorieren die Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses zentrale Vorgaben

des Bundessozialgerichts zur Höhe psychotherapeutischer Honorare. Die BPtK kritisiert die Entscheidung des BMG auf Nichtbeanstandung des Beschlusses, weil damit die Psychotherapeuten mit ihrer Vergütung noch weiter zurückfallen. Nun bleibt den Psychotherapeuten erneut nur der Gang vor das Bundessozialgericht, um angemessene Honorare durchzusetzen. Die BPtK wird sich vor diesem Hintergrund an den Gesetzgeber mit dem Vorschlag wenden, dem Bewertungsausschuss noch präzisere gesetzliche Vorgaben zu machen, wann und nach welchen Kriterien psychotherapeutische Honorare zu überprüfen und anzupassen sind.

BPtK-Symposium: Was ist eine psychotherapeutische Praxis wert?

BPtK-Symposium zur Praxisabgabe und -übernahme

Bei der Übergabe einer psychotherapeutischen Praxis ist es notwendig, einen Interessenausgleich zwischen bisherigem Inhaber und seinem Nachfolger zu finden. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) veranstaltete deshalb am 10. Dezember 2015 in Berlin ein Symposium, um über sozialrechtliche und berufspolitische Hintergründe einer Praxisübergabe zu informieren und das von der BPtK entwickelte Modell vorzustellen, mit dem der Verkehrswert einer Praxis ermittelt werden kann.

BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz erläuterte einleitend, dass die Landespsychotherapeutenkammern häufig von den Gerichten zur Stellungnahme bei strittigen Praxisübergaben aufgefordert würden. Außerdem erschwerten neue gesetzliche Regelungen, zuletzt im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, Praxen in statistisch überversorgten Regionen an einen Nachfolger weiterzugeben. Munz erinnerte an einen Antrag des Deutschen Psychotherapeutentages, der zeige, wie sehr die Frage der Praxisweitergabe viele Mitglieder beschäftige. Dabei gehe es nicht nur um eine rechtliche und betriebswirtschaftliche Bewertung, sondern insbesondere auch um einen fairen Interessenausgleich bei der Praxisübernahme.

Verkehrswert nach betriebswirtschaftlichen Kriterien

Prof. Dr. Martin Stellpflug, Justiziar der BPtK, erläuterte die sozialrechtlichen Grundlagen der Praxisabgabe und -übernahme. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts habe eine psychotherapeutische Praxis, wie eine Arztpraxis auch, einen Wirtschaftswert, der über ihrem reinen Substanzwert liege. Ein Schlüsselbegriff sei der Verkehrswert der Praxis. Dabei seien sowohl der materielle als auch der immaterielle Wert der Praxis zu ermitteln. Der Verkehrswert sei auch Grundlage der Entschädigung, wenn eine Praxis in einer statistisch überversorgten Region nicht mehr ausgeschrieben werde. Die Kassenärztliche Vereinigung zahle dann den Verkehrswert der Praxis als Ausgleich. Die Bestimmung des Verkehrswerts erfolge dabei immer nach betriebswirtschaftlichen Kriterien. Stellpflug wies abschließend auf die Regelung der BPtK-Musterberufsordnung hin, nach der der sachliche und ideelle Verkaufswert einer Praxis nicht sittenwidrig überhöht festgelegt werden dürfe und nach welchen Kriterien dieser als sittenwidrig einzuordnen ist.

Perspektive des Praxisinhabers

Martin Klett, niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, be-

schrrieb die Perspektive des Abgebers bei einer Praxisübergabe. Er betonte, dass es für ihn nicht um die Frage gehe, ob seine Praxis überhaupt einen Wert habe, sondern wie hoch dieser Wert sei.

Dabei sei der Praxiswert jedoch nicht nur betriebswirtschaftlich festzulegen. Wichtigeres Kriterium sei, wer die Praxis übernehme und ob die Versorgung der Patienten nahtlos und qualitativ hochwertig fortgeführt werden könne. Eine Gewinnmaximierung im Sinne eines am Markt höchstmöglichen Verkaufspreises spiele dabei nur eine untergeordnete Rolle. Klett begrüßte ausdrücklich die Entwicklung eines Praxisbewertungsmodells durch die BPtK. Viele Kollegen wären unsicher, welchen Verkaufspreis sie für ihre Praxis ansetzen sollten und würden sich daher am Marktpreis orientieren. Ein Praxisbewertungsmodell ermögliche einen betriebswirtschaftlich begründeten Anhaltspunkt für den Praxiswert. Dabei sehe er jedoch auch die Grenzen eines solchen Berechnungsinstrumentes.

Perspektive des Praxisnachfolgers

Robin Siegel, Mitglied der BPtK-Arbeitsgruppe Praxisbewertung, erläuterte die Perspektive der Praxisnachfolger. Die

Zahl der neuapprobierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sei in den vergangenen Jahren so stark gestiegen, dass sich aufgrund der großen Nachfrage nach Praxen ein Markt entwickelt habe, der von den Anbietern dominiert werde. Dies führe gerade in den Städten zu stark erhöhten und überhöhten Marktpreisen. Viele Psychotherapeuten in Ausbildung und Neuapprobierte sähen aber keine Möglichkeit, nach der teuren Ausbildung weitere Kredite aufzunehmen, um eine Praxis zu den üblichen Marktpreisen zu übernehmen. So wachse bei den jungen Kollegen ein großes Gefühl der Unzufriedenheit. Siegel forderte eine deutlichere Positionierung der Kammern auf der Grundlage der Berufsordnung und den Regelungen zur Sittenwidrigkeit. Dabei könne das Praxisbewertungsmodell der BPtK einen wichtigen Anhaltspunkt bieten.

In der Diskussion begrüßten viele Teilnehmer ausdrücklich, dass die BPtK sich des Themas Praxiswert und -bewertung angenommen habe. Der Diskussionsbedarf sei groß und häufig bestehe noch ein erhebliches Informationsdefizit bei den Kolleginnen und Kollegen. Einig war man sich darin, dass eine psychotherapeutische Praxis selbstverständlich einen Wert habe, der über dem reinen Substanzwert liege. Äußerungen, psychotherapeutische Praxen hätten keinen Übergabewert, seien nicht nachvollziehbar. Die Teilnehmer diskutierten kontrovers, welche Faktoren bei der Ermittlung des Praxiswertes berücksichtigt werden sollten. Zum einen gab es die Auffassung, dass ein Praxiswert immer auch einen Interessenausgleich beider Parteien abbilden müsse. Für moderate Praxispreise spreche, dass sie die Hürde für Praxisübernehmer senke und damit eine kontinuierliche Versorgung sichere. Dem wurde entgegnet, dass es keinen politisch gebildeten Praxiswert geben dürfe. Objektivierbar und transparent könne ein Praxiswert nur sein, wenn er sich alleine auf betriebswirtschaft-

liche Faktoren stütze. Vielfach wurde auch eine stärkere Kontrollfunktion der Kammern bei der Preisgestaltung gefordert. BPtK-Präsident Munz dankte den Teilnehmern für die engagierte und ausgewogene Diskussion. Es sei deutlich geworden, wie differenziert, aber auch mit welcher unterschiedlichen Perspektiven der Wert einer psychotherapeutischen Praxis gesehen werde. Er notierte aber auch, dass das Angebot eines Praxisbewertungsmodells durch die BPtK positiv aufgenommen und als wichtige Hilfe empfunden werde.

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und Praxisübergabe

Munz erläuterte die gesetzlichen Vorgaben, die sich aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz für die Praxisweitergabe ergeben. Versorgungs- und berufspolitisches Ziel der Kammern sei es, Praxissitze auch in statistisch überversorgten Planungsbereichen weiterzuführen. Hierfür habe der Gesetzgeber mit dem Jobsharing und der privilegierten Praxisnachfolge Instrumente geschaffen. Eindringlich appellierte Munz, diese Instrumente auch zu nutzen. Bisher sei es noch zu häufig üblich, vor der Übergabe keine neuen Patienten mehr anzunehmen, um möglichst alle Behandlungen abgeschlossen zu haben. Dies könne jedoch zu der Einschätzung in den Zulassungsausschüssen führen, dass eine Praxis nicht mehr relevant für die Versorgung sei. Die neuen Regelungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes seien offensichtlich in der Profession noch nicht hinreichend bekannt. Die Kammern seien deshalb in der Pflicht, weiterhin Informationen und Handlungsempfehlungen für die Praxisübergabe bereitzustellen.

Das BPtK-Praxisbewertungsmodell

BPtK-Referent Dominique Krause stellte den Arbeitsstand des BPtK-Praxisbewertungsmodells vor. Das Modell

sei von der BPtK-Arbeitsgruppe Praxisbewertung in Zusammenarbeit mit zwei renommierten Gutachtern und Sachverständigen für Praxisbewertungen entwickelt worden. Basierend auf der modifizierten Ertragswertmethode sei das Modell betriebswirtschaftlich fundiert und mit der aktuellen Rechtsprechung vereinbar. Geplant sei, das Berechnungsmodell als Exceltabelle zusammen mit einem Manual allen Kammermitgliedern in 2016 kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

Die Teilnehmer diskutierten das Modell intensiv, insbesondere vor dem Hintergrund der dargestellten Berechnungsbeispiele. Sie wünschten noch detailliertere Informationen über die zugrundeliegenden Berechnungsfaktoren und deren Gewichtung, sahen den Modellansatz jedoch als vielversprechend an. BPtK-Präsident Munz bedankte sich abschließend für die konstruktive Diskussion der Teilnehmer und die wertvollen Anregungen zum Praxisbewertungsmodell. Er stellte in Aussicht, das Thema Praxiswert auch weiterhin in den Gremien der BPtK zu diskutieren und mit den Empfehlungen des heutigen Symposiums weiterzuentwickeln.

Weitergehende Informationen sowie einen Downloadlink für die Vorträge der Referenten finden Sie auf der BPtK-Homepage unter Aktuelles vom 12. Januar 2016: „Was ist eine psychotherapeutische Praxis wert?“

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die in ihrer Not nach Deutschland fliehenden Menschen beschäftigen die Politik immer noch sehr. Der Umgang mit deren Recht auf Schutz ist eines der derzeit am meisten umstrittenen Themen. Hierbei ist mit großer Sorge zu beobachten, dass die Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gerade auch bei den Flüchtlingen bis in politische Entscheidungen wirksam ist. Im Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz sah es so aus, als ob es ein besonderes Anliegen der Bundesregierung sei, dass traumatisierte Flüchtlinge eine psychotherapeutische Behandlung wahrnehmen können. Hierzu wurden im Gesetz zusätzliche Ermächtigungen zur psychotherapeutischen Versorgung vorgesehen. Mit dem Asylpaket 2 soll versucht werden, die Abschiebungsverfahren zu beschleunigen. Nur bei „lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung verschlechtern würden“, bestehe ein Grund, dass das Aufenthaltsrecht verlängert werden kann. Diese Einengung wird u. a. damit begründet, dass „insbesondere schwer diagnostizierbare und überprüfbare Erkrankungen psychischer Art (z. B. Posttraumatische Belastungsstörungen)“ als Abschiebehindernis geltend gemacht würden, was zwangsläufig zu Verzögerungen bei der Abschiebung führen würde. Damit drückt die Bundesregierung ein grundsätzliches und massives Misstrauen gegenüber psychisch kranken und traumatisierten Menschen aus. Dies auch im Wissen, dass viele Flüchtlinge unter den Folgen oft schwerer Traumatisierung leiden. Seit mehreren Jahren bilden wir zusammen mit der

Landesärztekammer Kolleginnen und Kollegen fort, um Diagnostik und Beurteilung von Abschiebehindernissen wegen psychischer Erkrankung auf hohem Niveau sicherzustellen. Das Asylpaket 2 und dessen Begründung diskriminiert gezielt Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Um die notwendige Versorgung kranker Flüchtlinge zu verbessern, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass in den Bundesländern Flüchtlinge rasch eine Gesundheitskarte erhalten und dann unmittelbar zum Arzt oder auch Psychotherapeuten gehen können, ohne dies bei der Sozialbehörde vorab beantragen zu müssen. Die Behandlungen werden auch dann nicht zu Lasten der Versichertengemeinschaft durch die Krankenkassen finanziert, sondern wie bisher von den Landkreisen getragen. In Baden-Württemberg wurde diese Regelung vor der Landtagswahl nicht mehr umgesetzt. Wir werden uns zusammen mit den anderen Heilberufekammern dafür einsetzen, dass die neue Landesregierung diese Möglichkeit nutzt, um so eine rasche und bessere Gesundheitsversorgung kranker Flüchtlinge sicherzustellen.

Wir wünschen Ihnen frohe Osterfeiertage sowie einen angenehmen Start in den Frühling.

Ihr Kammervorstand,

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

E-Mail-Verteiler: erneuter Aufruf an alle Kammermitglieder, die noch keine E-Mail-Adresse in der Geschäftsstelle hinterlegt haben

Um Zeit und auch Geld zu sparen, versenden wir immer häufiger kammerrelevante Informationen, z. B. zu Veranstaltungen, wichtigen psychotherapeutischen Themenstellungen oder auch gesetzlichen Vorhaben, per E-Mail. Von den inzwischen ca. 5.500 Kammermitgliedern liegen uns in unserer Mitgliederdatenbank allerdings nur ca. 2.800 E-Mail-Adressen vor, das sind nur ca. 50%. Der Postversand an alle Mitglieder ist sehr teuer, schon ein einziger Versand im Standard-

briefformat kostet die Kammer ca. 4.000 €, ein Großbrief das Doppelte.

Falls Sie Mitglied der LPK Baden-Württemberg sind und bei uns noch keine E-Mail-Adresse hinterlegt haben: Bitte unterstützen Sie uns, unnötige Portoausgaben zu vermeiden, indem Sie uns Ihre E-Mail-Adresse zur Verfügung stellen (ein beschreibbares Formular finden Sie hier: www.lpk-bw.de/kammer/mailformular.pdf). Diese wird

ausschließlich zu Zwecken der Information durch die Kammer (Newsletter, Veranstaltungshinweise, etc.) genutzt und an keine dritten Stellen oder Personen weitergegeben.

Woran erkennen Sie, dass wir keine E-Mail-Adresse von Ihnen haben? Einfach daran, dass Sie in den vergangenen zwölf Monaten keinen Newsletter oder keine Veranstaltungshinweise von uns per E-Mail bekommen haben.

Tagungen Schulpsychologie und Psychotherapie in Aalen und Reutlingen

Am 16.11. und 16.12.2015 fanden zwei weitere Workshops mit den schulpsychologischen Beratungsstellen Aalen und Reutlingen statt. Eine ähnliche Auftaktveranstaltung erfolgte im Dezember 2014 in Winnenden.

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz gab jeweils zunächst eine Einführung zur Tätigkeit der niedergelassenen Psychotherapeuten. Er thematisierte die unzureichende psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg, insbesondere in ländlichen Gebieten. Die Psychotherapeutenkammer weise landes- und auch bundesweit immer wieder auf diesen Mangel hin. Die Vernetzung mit Schulpsychologen und Beratungslehrern sei in diesem Kontext besonders wichtig, sie sei auch eine gesundheitspolitische Botschaft an die Politik.



Kristiane Göpel

Die Vertreter der Schulpsychologen (Bianca Ebel und Thomas König, Aalen, sowie Melanie Schorr, Renate Baudis und Heike Hufnagel, Reutlingen), die beide Veranstaltungen inhaltlich und organisatorisch gestaltet haben, informierten jeweils über die Schulpsychologie in Baden-Württemberg mit Fokus auf ihre Region. Die Schulpsychologie sei nach dem Amoklauf in Winnenden erweitert worden. Landesweit gebe es aktuell ca. 250 bis 300 Schulpsychologen, was bezogen auf die Schülerzahlen bundesweites Mittelfeld darstelle. Ihre Tätigkeit umfasse Beratung, Fortbildung und Qualifizierung, Supervision und Coaching, Schulentwicklung und Prozessbegleitung, Projektmanagement, Entwicklung und Evaluation, Konfliktmanagement und auch Krisenintervention.

Als dritte Berufsgruppe im Bunde stellten Beratungslehrer (Michaela Grupp, Aalen, und Frieder Sigloch, Reutlingen) ihre Rolle vor. Nach einer einjährigen Ausbildung führten sie v. a. Beratungen von Schülern, Eltern und Kollegen durch. Zudem seien sie Mitglied des schulischen Krisenteams und beim Aufbau von Kooperationen (z. B. Erziehungsberatungsstellen) bzw. mit Projekten zu unterschiedlichen Themen (z. B. Schulabsentismus) aktiv.

In anschließenden nach der „World-Café-Methode“ moderierten Runden wurden neben dem Informationsbedarf der Schu-



Dr. Dietrich Munz

le zu psychischen Störungen vor allem auch der Wunsch nach mehr Kooperation zwischen Psychotherapie und Schulpsychologie, auch unter Einbindung weiterer Professionen, hervorgehoben. Darüber hinaus wurden Schnittstellenprobleme, Fragen der Schweigepflicht oder der Umgang mit traumatisierten Flüchtlingskindern thematisiert.

Insgesamt besteht ein großer Wunsch nach (mehr) Austausch, sowohl, was die Zusammenarbeit bei einzelnen Kindern und Jugendlichen angeht, als auch in Hinblick auf eine stärker übergeordnete, institutionelle Kooperation. Weitere Veranstaltungen sind geplant. Die Vortragsfolien finden Sie auf www.lpk-bw.de/archiv/news2015/151128_workshop_schulpsychologie.html.

Auftaktveranstaltung Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge

Großen Andrang gab es am 9.12.2015 bei der ersten gemeinsamen Fortbildung der LPK, der Landesärztekammer (LÄK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zum Thema „Psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen. Fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen“. Ca. 150 Mitglieder der beiden Landeskammern zeigten sich sehr interessiert und engagiert, die Vorträge von Juma Maqsudi, Dieter David und Ulrike Schneck zu hören und zu diskutieren.

Dr. Ingrid Rote-Kirchberger (LÄK), Ärztliche Psychotherapeutin und Birgitt Lackus-Reitter (LPK), Psychologische Psychotherapeutin, beide Menschenrechtsbeauftragte ihrer Kammern, führten in das Thema ein. Birgitt Lackus-Reitter informierte über die bisherige Zusammenarbeit zwischen LÄK und LPK, insbesondere auch über den jüngst gemeinsam veröffentlichten 2. Versorgungsbericht „Traumatisierte MigrantenInnen“ sowie über den BPTK-Ratgeber zum Antrag auf befristete Zulassung für die Behandlung traumatisierter Flücht-



Birgitt Lackus-Reitter

linge. Ingrid Rote-Kirchberger verwies u. a. auf das von Bundesärztekammer und BPTK gemeinsam vorgeschlagene



Jama Maqsudi

Modellprojekt zur Finanzierung der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Flüchtlinge.

Das Grußwort für die KV sprach Rolf Wachendorf, KV-Vorstandsbeauftragter für Psychotherapie. Er berichtete, dass innerhalb der KV bereits entschieden wurde, die EBM-Abrechnungsziffer 23220 für die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge zu akzeptieren.



Ulrike Schneck

Jama Maqsudi, von der Arbeitsgemeinschaft Dritte Welt (AGDW) Stuttgart, Sozialökonom und selbst vor vielen Jahren als Flüchtling aus Afghanistan gekommen, gab einen Überblick über die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen der Möglichkeiten der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Diplom-Psychologe Dieter David vom Zentrum der Beratung, Begutachtung & Psychotherapie für Überlebende traumatischer Gewalt (PBV) Stuttgart, ebenfalls vor vielen Jahren als Flüchtling aus Rumänien gekommen, ging auf Spezifika der (Früh-)Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen aus psychotherapeutischer Sicht ein. Diplom-Psychologin Ulrike Schneck von Refugio Stuttgart berichtete schließlich von den Besonderheiten und Rahmenbedingungen im Umgang mit Dolmetschern in der Psychotherapie.

Die angeregte Diskussion zeigte viele offene Fragen, insbesondere hinsichtlich der Finanzierungsmöglichkeiten der Psychotherapien, die Verfügbarkeit und den Einbezug von Dolmetschern oder den kultursensiblen Umgang mit Flüchtlingen aus bestimmten Kulturkreisen. Die Behandlung psychischer Erkrankungen und durch Trauma bedingter Störungen kann nach der Versorgung in den Psychosozialen Zentren eine längere, intensive Psychotherapie bei niedergelassenen Ärztlichen oder



Dieter David

Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten notwendig machen. Approbierte Kolleginnen und Kollegen können nach § 31 Absatz 1 Ärzte-ZV beim Zulassungsausschuss eine zeitlich befristete Ermächtigung speziell für die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge beantragen.

Die Vortragsfolien sowie die o. g. Broschüren finden Sie unter www.lpk-bw.de/fachportal/traumat_fluechtlinge.html. Außerdem finden Sie dort zum Download einen Fragebogen zur Eintragung in eine Behandlerliste. Diesen können Sie sich als Word- oder beschreibbare Pdf-Datei herunterladen und ausgefüllt an die LPK-Geschäftsstelle zurückschicken, wenn Sie an der Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen mitwirken wollen. Auf dieser Seite werden wir nach und nach weitere Informationen online stellen.

Novellierung Heilberufekammergesetz (HBKG)

In Baden-Württemberg ist Ende 2015 eine umfassende Novellierung des HBKG in Kraft getreten. Damit sind zum einen EU-Richtlinien zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in das Landesrecht transformiert worden. Die wichtigsten Änderungen neben Umsetzung der EU-Richtlinie zur Berufsqualifikation sind:

- Ausbildungskandidaten können bereits mit Beginn der Ausbildung an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte freiwilliges Mitglied der Kammer werden,
- die Beitragsfreiheit für nicht mehr berufstätige Mitglieder, welche auf

Wahlrecht und Wählbarkeit verzichtet haben, wurde ersatzlos gestrichen, diese sind also beitragspflichtig,

- die Approbationsbehörde ist nun verpflichtet, den Heilberufekammern von Amts wegen über die Erteilung von Approbationen Mitteilung zu machen,
- wer sich nicht innerhalb eines Monats nach Approbation bei der Kammer anmeldet oder seinen weiteren in den Meldeordnungen geregelten Meldepflichten nicht nachkommt, handelt ordnungswidrig,
- Kammern dürfen den Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflicht-

versicherung von ihren Mitgliedern verlangen.

Wir möchten **alle Kammermitglieder daran erinnern**, dass auch Änderungen der Privat- und Praxisadresse, auch in andere Bundesländer, unverzüglich der Kammer zu melden sind. Jede Woche gehen bei uns zahlreiche Postrückläufer unzustellbarer Briefsendungen ein, weil Mitglieder über der bei der Kammer gemeldeten Anschrift nicht mehr anzutreffen sind und eine Änderungsmitteilung nicht erfolgt ist. Die Kammer muss dann mit hohem Aufwand die neue Adresse ermitteln – die hierdurch entstehenden Verwaltungskosten gehen

zu Lasten aller Kammermitglieder. Wir möchten Sie daher bitten, Adressänderungen sowie auch sonstigen Erreich-

barkeiten (Telefonnummern) so schnell wie möglich bei der Kammer anzuzeigen. Die Anzeige kann in Textform, per

E-Mail, per Fax oder per Brief erfolgen. Eine ausführlichere Info finden Sie auf www.lpk-bw.de.

Die Landespsychotherapeutenkammer ist ordentliches Mitglied im Landeskrankenhausausschuss (LKHG)

Mitte Januar erreichte ein Brief des Sozialministeriums die Kammer, mit dem die LPK gebeten wurde, zur ersten Sitzung des LKHG im März 2016 ein ordentliches Mitglied zu entsenden. Dies werten wir als besonderen Erfolg unserer kontinuierlichen Bemühungen in dieser Angelegenheit. Die Kammer hat seit ihrem Bestehen besonders intensiv und mit zunehmender Resonanz aus Regierung und Politik in den letzten Jahren wiederholt die stärkere struktu-

relle Einbeziehung und Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) gefordert, entsprechend ihrer wahrgenommenen Aufgaben und Verantwortung bei der Versorgung psychisch kranker Menschen in Krankenhäusern und deren teilstationären Einrichtungen.

Die Landesregierung hat mit dem neuen Landesgesundheitsgesetz (LGG vom

16.12.2015) die Zusammensetzung und Beteiligungsrechte im Landeskrankenhausausschuss erweitert. Damit ist die Kammer nun in dem Gremium vertreten, das uns immer im Hinblick auf die strukturell bessere Integration der PP und KJP in den Kliniken besonders wichtig war, da in ihm die Krankenhausplanung und Krankenhausförderung beraten wird bzw. auch die strukturelle Planung zur Qualität der stationären und teilstationären Versorgung psychisch kranker Menschen.

E-Health – die Digitalisierung des Gesundheitswesens:

1. Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg am 29. Januar 2016

Rund 250 Entscheider und Verantwortungsträger aus Ärzteschaft, Verbänden, Kliniken und Krankenkassen sowie der Führungsebenen der Sozialverwaltung und Kommunen diskutierten beim 1. Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg über „E-Health – die Digitalisierung im Gesundheitswesen“. Der Kongress fand parallel zur Fachmesse MEDIZIN und dem 51. Ärztekongress der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg statt. Schirmherr der Veranstaltung war das Land Baden-Württemberg. Die Landespsychotherapeutenkammer war an der Planung und Durchführung mitbeteiligt.

Die Tagung diskutierte den aktuellen Stand von E-Health und Telemedizin in Baden-Württemberg und zeigte auch Perspektiven auf, u. a. in einer *Keynote* des EU-Kommissars für digitale Wirtschaft und Gesellschaft, Günther Oettinger. Im „World-Café“ diskutierten die Teilnehmer in Kleingruppen verschiedene Thesen. Dabei wurde deutlich, dass E-Health die klassische Versorgung allenfalls ergänzen kann. Zudem müsse der Nutzen einer Digitalisierung für Patienten und Ärzte/Psychotherapeuten stets kritisch hinterfragt werden. Die zu erwartenden Veränderungen in Praxen und Kliniken durch Einsatz von Teleme-

dizin blieben nicht ohne Kritik – vor allem der Datenschutz wurde diskutiert und angemahnt. Seitens der LPK wurden von Kammerjuristin Stephanie Tessmer und Präsident Dr. Dietrich Munz die besonderen Möglichkeiten und auch Grenzen thematisiert, die beim Einsatz von Computer und Internet in der Behandlung von Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen zu berücksichtigen sein werden. Weitere Informationen: www.lk-gesundheit.de.

Veranstaltungen

Psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen – Fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen. Die nächste Veranstaltung findet am 18.03.2016 in Karlsruhe statt, weitere sind für Frühsommer in Freiburg und Reutlingen geplant. Die Termine stehen noch nicht fest. Bitte informieren Sie sich über unsere Homepage unter „Veranstaltungen“.

Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Aktuelle Möglichkeiten und Konzepte. Ganztägige Fortbildungsveranstaltung am 20.04.2016, 9.30 bis 16.30 Uhr in der Geschäftsstelle der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg in Stuttgart. Weitere Infos finden Sie unter www.lpk-bw.de.

Geschäftsstelle

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

27. Delegiertenversammlung: Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen, Weiterbildung und Reform der Ausbildung

Am 03.12.2015 fand in München die 27. Delegiertenversammlung statt. Im Bericht des Vorstands ging Kammerpräsident Nikolaus Melcop zunächst auf die **Notwendigkeit der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen** ein. Im Rahmen eines Gesprächs von Ministerpräsident Horst Seehofer mit Vertretern des bayerischen Gesundheitswesens, bei dem es im Beisein der Sozialministerin Emilia Müller und der Gesundheitsministerin Melanie Huml um die medizinische Versorgung von Asylbewerber/innen ging, hat Nikolaus Melcop aus Sicht der Kammer die Bedeutung psychischer Erkrankungen, den Bedarf an fachspezifischer Diagnostik und psychotherapeutischer Versorgung eingebracht. Auf die Bitte des Bayerischen Gesundheitsministeriums (StMGP), Kammermitglieder zu nennen, die bereit sind, Gutachten über das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Flüchtlingen zu erstellen, konnten dem Ministerium 90 Kammermitglieder mitgeteilt werden.

Anlässlich der geplanten Neuregelungen zur Bedarfsplanung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) betonte Melcop die **Notwendigkeit der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen insgesamt**. Für dieses Ziel wird sich die PTK Bayern auch im neuen gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V, das Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann, einsetzen. Auf regionaler Ebene wurden vom StMGP auf Landkreisebene 24 Gesundheitsregionen^{plus} initiiert, deren Hauptziel die Verbesserung der regio-

nenal Gesundheitsvorsorge und Versorgung in Bayern ist. Der Kammer liegen derzeit Einladungen und Anfragen aus sechs Landkreisen vor, regionale Vertreter/innen für die betreffenden Regionen zu nennen. Der Vorstand hat nach persönlicher Rücksprache Psychotherapeuten/innen für diese sechs Gesundheitsregionen^{plus} benannt.



*Kammerpräsident Nikolaus Melcop präsentiert den Bericht des Vorstands und skizzierte den aktuellen Stand der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes.
Foto: Johannes Schuster*

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 20.09.2015 zur **Gestaltung der Honorare von Vertragspsychotherapeut/innen** wird von der PTK Bayern als unzureichend und nicht angemessen kritisiert. Die Kammer hat sich daher an das StMGP gewandt.

Für den **Bereich der stationären Versorgung** informierte Melcop über den aktuellen Stand der Diskussionen zur geplanten Einführung des Pauschalier-ten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) und berichtete über die regelmäßigen Kontakte mit den ärztlichen Direktor/innen und Chef-ärzt/innen psychosomatischer und psychiatrischer Kliniken.

Melcop berichtete auch über den aktuellen Stand des geplanten **Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes** (PsychKHG). Die Kammer wirkt im vom StMGP eingerichteten Runden Tisch und in zwei weiteren Arbeitsgruppen mit. Ein erster Gesetzentwurf des PsychKHG wird im Frühjahr 2016 erwartet.

Auf **Europa** bezogen informierte Melcop über die Novellierung der Berufs-erkenntnisrichtlinie und über die Binnenmarktstrategie der EU-Kommission, Regulierungshemmnisse für die grenzüberschreitende Erbringung von freiberuflichen Dienstleistungen abzubauen. Darin liegen diverse Gefahren, auf die Melcop aufmerksam machte. Auch hier wird sich die Kammer weiter engagieren, um der Politik in Abstimmung mit der BPTK die Interessen der Psychotherapeut/innen zur Wahrung der Interessen der Patient/innen zu vermitteln.

Im Rahmen des **Jahresschwerpunktthemas** 2015 des StMGP zum Thema „**Kindergesundheit**“ hat sich die Kammer an den Vorbereitungen beteiligt und Ende November 2015 die Veranstaltung „Cybermobbing – jeder kann etwas dagegen tun!“ organisiert.

Das StMGP-Jahresschwerpunktthema 2016 wird die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sein. Auch hier arbeitet die Kammer in der Vorbereitungsgruppe aktiv mit.

Weiterbildungsordnung: Prüfungsausschüsse nehmen Arbeit auf, Erweiterung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO)

Vorstandsmitglied Anke Pielsticker berichtete über den Stand der Umsetzung der Weiterbildungsordnung in Bayern, die am 12.09.2015 in Kraft getreten ist. Mittlerweile haben die ersten Sitzun-



Vorstandsmitglied Anke Pielsticker: „Die weitere Planung sieht jeweils drei bis vier Sitzungen der Prüfungsausschüsse pro Jahr vor.“ Foto: Johannes Schuster

gen der Prüfungsausschüsse für Systemische Therapie, Gesprächspsychotherapie und Klinische Neuropsychologie stattgefunden.

Vizepräsident Bruno Waldvogel stellte für die Kommission Zusatzqualifizierung der BPtK deren aktuellen Bericht über geeignete Weiterbildungsgänge für die psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen vor. Die Kommission identifizierte fünf Bereiche, die sich für Weiterbildungsgänge zur Erlangung einer Zusatzbezeichnung eignen: Palliativpsychotherapie, Psy-

chotherapie bei Diabetes, Psychotherapie bei kardiologischen Erkrankungen, Psychotherapie bei onkologischen Erkrankungen, Schmerzpsychotherapie. Die Delegierten erörterten die Ergebnisse der Kommission in einer kontroversen Diskussion, in der insbesondere nochmals das Spannungsfeld zwischen Spezialisierungen und der Bedeutung der Approbation beleuchtet wurde.

Reform der Ausbildung

Kammerpräsident Nikolaus Melcop und Vizepräsident Peter Lehndorfer informierten die Delegierten über die Planungen der Ausbildungsreform und den aktuellen Stand. Auf dem 27. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT, 14.11.2015) wurden den Bundesdelegierten Eckpunkte eines Approbationsstudiums sowie Eckpunkte der Weiterbildung (Katalog der kompetenzbasierten Ausbildungsziele) vorgestellt. Die Diskussionen auf dem 27. DPT haben bestätigt, dass der DPT den Prozess mitträgt und weiter befördert. Der Vorstand und die Bund-Länder-AG „Transition“ werden das Projekt Transition auf der Grundlage des Beschlusses des 25. DPT, den bisher erarbeiteten Zwischenergebnissen sowie unter Berücksichtigung und Einbezug der Diskussionen des 27. DPT weiterführen. In der Diskussion in der bayerischen Delegiertenversammlung wurden unterschiedliche Aspekte der geplanten Reform angesprochen, u. a.: Zugangsvoraussetzungen für das zukünftige Studium und Geschlechterverteilung sowie Fragen der Finanzierung.

Weitere Berichte

Es wurde aus der **Kommission für Psychotherapie in Institutionen** (Dr. Christian Hartl) sowie aus den Ausschüssen der Kammer für **Einsprüche** (Angelika Rothkegel), **Weiterbildungsordnung** (Dr. Herbert Ühlein), **Fortbildung** (Thomas Stadler), **Be-**

rufsordnung (Dr. Jürgen Thorwart), **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Gabriele Melcop) sowie den **Prüfungsausschüssen für Weiterbildung** (Gerhard Müller) berichtet. Danach informierten die **satzungsgemäßen Vertreter der Hochschulen** (Prof. Angelika Weber), der **Ausbildungsinstitute** (Anna Peter) sowie der **Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie** (Dominik Schoeller) über ihre Tätigkeit.

Delegierte und Stellvertreter/innen für den DPT nachgewählt

Vizepräsident Bruno Waldvogel stellte den Stand der Beratungen und den aktuellen Vorschlag der Kommission „Neuberechnung der Delegiertensitze des DPT“ vor. Die Kommission, die vom Länderrat eingesetzt wurde und in der die PTK Bayern von Vizepräsident Waldvogel vertreten wird, schlägt eine Begrenzung auf 120 Sitze vor. Das Ergebnis der Kommission bezüglich der Delegiertensitze des DPT wurde intensiv diskutiert und traf bei den Delegierten auf Zustimmung.

Aufgrund der weiter angestiegenen Zahl der Kammermitglieder steht der PTK Bayern für die Deutschen Psychotherapeutentage im Jahr 2016 ein zusätzlicher Sitz zu (18 statt bisher 17). Als 18. Bundesdelegierte wurde Agnes Mehl, zu ihrem 1. Stellvertreter Kamil Arslanalp gewählt. Als 2. Stellvertreterin von Andreas Rose wurde Angelika Fritz gewählt.

Peter Dillig hat gegenüber dem Vorstand seinen Verzicht auf seinen Status als Delegierter der PTK Bayern bekannt gegeben und sich von der Delegiertenversammlung verabschiedet. Nikolaus Melcop dankte Peter Dillig für sein langjähriges Engagement in der PTK Bayern. Für ihn rückt Agnes Mehl in die Delegiertenversammlung nach.

Veranstaltung „Cybermobbing – jeder kann etwas dagegen tun!“

Die Veranstaltung hat die PTK Bayern im Rahmen des Jahresschwerpunkts 2015 des Bayerischen Gesundheitsministeriums zur „Kindergesundheit“ unter dem Motto „ICH. MACH. MIT. Alles, was gesund ist.“ organisiert. An der Veranstaltung, die am 27.11.2015 stattfand, nahmen rund 20 Personen teil. Zunächst wurde ein Film gezeigt, in dem u. a. verdeutlicht wurde, wie schnell Jugendliche auf unterschiedliche Art und Weise von Cybermobbing betroffen sein können und welche Auswirkungen dies für Sie haben kann. Kammermitglied Marcella Ammerschläger hielt im Anschluss daran einen Vortrag über

Cybermobbing und moderierte die anschließende lebendige Diskussionsrunde.



Referentin Marcella Ammerschläger (rechts) mit Gabriele Melcop, Ausschuss für psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, und Vizepräsident Peter Lehndorfer.
Foto: Astrid Petersdorff

Begrüßungsveranstaltung für neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie



Kammerpräsident Nikolaus Melcop ging zu Beginn des „Neuapprobientags“ auf die Aufgaben und Strukturen der Kammer ein.
Foto: Astrid Petersdorff

Am jährlichen „Neuapprobientag“, zu dem auch die Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie (AtP) eingeladen werden, nahmen am 06.02.2016 rund 120 Personen teil. Nikolaus Melcop informierte, wie sich die Kammermitglieder und AtP über das Engagement der PTK Bay-

ern informieren können. Darüber hinaus skizzierte er die wichtigsten Problembereiche der psychotherapeutischen Versorgung, Brennpunkte der Vertretung der Interessen der Mitglieder und informierte über den Stand der Ausbildungsreform. Vizepräsident Bruno Waldvogel stellte vor dem Hintergrund der Berufspflichten und der Berufsaufsicht die Regelungen zur Fortbildung und der Berufsausübung vor. Die Teilnehmer/innen nutzten die Gelegenheit für Fragen und Diskussionsbeiträge zu den dargestellten Themen und aktuellen Entwicklungen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung.

Klinische Neuropsychologie, Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie – Kammermitglieder erhalten Ihre Weiterbildungsurkunden

Nachdem nun auch die erste Prüfungsausschusssitzung für den Weiterbildungsbereich Klinische Neuropsychologie am 25.11.2015 stattfand, haben alle drei Prüfungsausschüsse ihre Arbeit aufgenommen. Zwischenzeitlich konn-

ten die Prüfungsausschüsse insgesamt 38 Anerkennungen bei Kolleg/innen aussprechen (15 in Neuropsychologie, 10 in Gesprächspsychotherapie, 13 in Systemischer Therapie). Mit Überreichung der Urkunden durch die Kammer

sind diese Kolleg/innen nun zur Führung der Zusatzbezeichnung in dem jeweiligen Bereich berechtigt. Falls Sie Interesse haben, finden Sie weitere Informationen auf unserer Homepage unter der Rubrik Weiterbildung.

Gespräch mit der PKV: Kritik an Ausschlüssen psychisch kranker Menschen und Novellierung der GOÄ/GOP

Das Gespräch mit dem Landesausschuss Bayern des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) fand am 23.11.2015 in den Räumen der Bayerischen Versicherungskammer statt. Für die Geschäftsführung des PKV-Landesausschusses nahmen an dem Gespräch Vertreter der Versicherungskammer und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse teil, für die PTK Bayern Nikolaus Melcop, Bruno Waldvogel, Anke Pielsticker und Alexander Hillers. Die Kammervertreter äußerten am Beginn des Gesprächs ihre grundsätzliche Kritik am sehr restriktiven Umgang privater Versicherer mit Interessenten für eine Versicherung, die eine psychische Erkrankung hatten oder haben bzw. in

psychotherapeutischer Behandlung waren. Die Vertreter der PKV verwiesen auf die Notwendigkeit der sog. „Risikoadjustierung“ vor Vertragsabschluss. Im Verlauf des Gesprächs wurde vereinbart, die zugrundeliegenden Daten noch einmal gründlich zu prüfen und ggf. auch um weitere Informationsquellen zu ergänzen.

Die Vertreter der PKV informierten im zweiten Teil des Gesprächs über den Stand der Verhandlungen zur Novellierung der GOÄ/GOP (Gebührenordnung für Ärzte/analog „GOP“ für PP/KJP). Es sei Ziel der neuen GOÄ/GOP, insbesondere die „sprechende Medizin“, d. h. unter anderem auch psycho-

therapeutische Angebote, zu stärken. Weiterhin sei dort zukünftig ein „robuster Einfachsatz“ geplant, mit dem im Unterschied zu den jetzt geltenden Steigerungssätzen ca. 95% der Leistungen vergütungsfähig sein sollten. Dieser Einfachsatz solle sich zwischen dem bisherigen 2,3-fachen (100,55 €) und 3,5-fachen Satz (153,00 €) bewegen. Nikolaus Melcop wies darauf hin, dass die derzeitigen Sätze der GOÄ/GOP, nicht zuletzt unter Berücksichtigung der erhöhten Verwaltungsaufwände, schon lange zu niedrig seien. Die PKV informierte, dass die neue GOÄ/GOP möglichst noch im Jahr 2016 gesetzlich geregelt werden solle.

Bayerischer Landtag setzt sich für die Zukunft der Freien Berufe ein

Der Bayerische Landtag hat sich am 08.12.2015 in zwei Beschlüssen für die Sicherung der Zukunft der Freien Berufe und den Erhalt des bestehenden Systems eingesetzt. Um mögliche Eingriffe seitens der EU zu verhindern, sei ein breites Bündnis der Länderparlamente sowie mit der Bundesregierung herzustellen. Diese haben auch Bezug zu unseren Berufen. Hintergrund ist das, mit Schreiben vom 19.06.2015 eingeleitete, Vertragsverletzungsverfahren der Europäischen Kommission gegen die Bundesrepublik Deutschland

wegen der Honorarordnung für Architekten und Ingenieure (HOAI) und der Gebührenordnung für Steuerberater (StBVV). Die systematische Kritik der EU an diesen Gebührensatzungen der hier unmittelbar betroffenen weiteren Freien Berufe könnte als Folge auch die Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeut/innen und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen betreffen. Aus diesem Grund begrüßen wir ausdrücklich, dass sich der Bayerische Landtag hier ganz eindeutig für den Schutz der Freien Berufe in

Deutschland positioniert. Mehr zu den Beschlüssen des Bayerischen Landtags finden Sie in unserer Homepagemeldung vom 22.12.2015.

Die PTK Bayern wird die Entwicklung weiterhin aufmerksam beobachten und sich zusammen mit dem Verband Freier Berufe konsequent für den Schutz der Freien Berufe und hier für die, auch dem Verbraucherschutz dienenden, Regelungen zur Honorierung und zur beruflichen Selbstständigkeit einsetzen.

Kurznachrichten

Neujahrsempfang des Bayerischen Ministerpräsidenten

Der Neujahrsempfang des Bayerischen Ministerpräsidenten Horst Seehofer fand am 08.01.2016 wie auch in den vergangenen Jahren in der Münchner Residenz statt. Nikolaus Melcop nahm als Vertreter der bayerischen Psychotherapeut/innen teil.

14. Suchtforum in Nürnberg

Am 04.12.2015 fand in Nürnberg das 14. Suchtforum mit dem Titel „Zwischen Genuss, Frust und Kontrollverlust – Essstörungen als ‚gewichtige‘ Herausforderung einer Konsumgesellschaft?!“ mit rund 300 Teilnehmer/innen statt. Das Suchtforum ist eine Gemeinschaftsveranstaltung der PTK Bayern mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer unter dem Dach der Bayerischen

Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen. Ziel des Suchtforums war, wichtige Störungsformen des Essverhaltens und ihre pathologischen Verbindungen aufzuzeigen sowie Möglichkeiten der Intervention im Bereich Therapie und Prävention zu erörtern.

Live-Interview bei Radio LORA

Vorstandsmitglied Birgit Gorgas war am 21.01.2016 Studiogast bei der Live-Sendung des Münchener Privathörfunksen-

ders Radio LORA zum Thema „Psychische Erkrankungen im Alter“.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter/innen teilgenommen haben: Verleihung des bayerischen Gesundheits- und Pflegepreises am **17.11.2015**; Unterzeichnung der Urkunde des Bündnisses für Prävention am **25.11.2015**; 9. Sitzung des Zentralstellenrates Psychosoziale Notfallversorgung Bayern (PSNV) am **26.11.2015**; Besprechung in der Regens-Wagner-Stiftung Dillingen zur Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung am **30.11.2015**; konstituierende Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V am **01.12.2015**; 25-jähriges Bestehen der Münchner Angst-Selbsthilfe am **03.12.2015**; 9. Sitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrats am **07.12.2015**; Mitgliederversammlung des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München am **09.12.2015**; BDP-Veranstaltung „Die Reform des Psychotherapeutengesetzes – welche Veränderungen kommen auf uns zu?“ am **09.12.2015**; BPtK-Seminar „Was ist eine Praxis wert – Interessen der Praxisabgeber und Praxiskäufer vor dem Hintergrund der rechtlichen und berufspolitischen Anforderungen“ am **10.12.2015**; Mitgliederversammlung Bayerische Krankenhausgesellschaft am **14.12.2015**; 3. Sitzung des Runden Tisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) am **15.12.2015**; Gespräch im StMGP zur Einrichtung von Sprachprüfungen von Ausländern am **18.12.2015**; Infoveranstaltung zum Jahresschwerpunkt 2016 des StMGP „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ am **13.01.2016**; Berufsrechtskonferenz der Landespsychotherapeutenkammern am **22.01.2016**; BKK-Tag „Fluss der Gesundheit – statt Sog der Finanzen“ am **11.02.2016**; Abschiedssymposium von Prof. Margot Albus, kbo-Isar-Amperklinikum München-Ost, am **19.02.2016**; Auftaktveranstaltung zum Arbeitskreis

„Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München am **02.03.2016**; Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (dgsbg) „Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung“ am **11.03.2016**.

Bevorstehende Veranstaltungen

15. Suchtforum „Schmerz(medizin) trifft Sucht(medizin) – Schmerzmittel zwischen Fluch und Segen?!“ in Kooperation mit der BAS, BLÄK und BLAK. 1. Termin: **06.04.2016** in München. 2. Termin: steht noch nicht fest, in Nürnberg.

Fortbildung zur psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Störungen bei Flüchtlingskindern: Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern mit REFUGIO München. Termin: **16.04.2016** in München.

Update Psychosentherapie: Termin: **04. 06.2016** in München.

Fortbildung für die psychoonkologische Praxis: Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **24. und 25.06.2016** in München.

Rechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Termin: **25.06.2016** in München.

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) einschließlich „Istanbul Protokoll“: Eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern, der BLÄK, der LÄK Baden-Württemberg und der LPK Baden-Württemberg. Termin: **01. bis 03.07.2016** in Stuttgart-Degerloch.

Berufsordnung und Patientenrechtgesetz: Termine: **09.07.2016** in Augsburg; **23.07.2016** in Würzburg.

Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung: Fortbildung mit den Schwerpunkten u. a. „Elemente des Businessplanes, Finanzierungsvoraussetzungen und Fördermöglichkeiten, rechtliche und steuerrechtliche Fragen“. Termin: **15.07.2016** in München.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen II. Dermatologische und gastrointestinale Erkrankungen: Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **15.10.2016** in München.

Informationsveranstaltungen der PTK Bayern für Mitglieder („Mitgliederforen“): **13.04.2016** in Würzburg; **27.04.2016** in Augsburg; **03.05.2016** in Nürnberg; **01.06.2016** in München.

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

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Nikolaus Melcop, Heiner Vogel, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel, Birgit Gorgas, Anke Pielsticker, Benedikt Waldherr, Nina Rehbach, Manuela Stengelmair, Johannes Schuster.

Geschäftsstelle

Birketweg 30, 80639 München
Post: Postfach 151506, 80049 München
Tel. 089/51 55 55-0, Fax -25
Mo–Fr 9.00-13.00,
Di–Do 14.00-15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Für eine qualifizierte kontextualisierte Traumarbeit mit Flüchtlingen hier und in den Herkunftsländern: Ergebnisse eines Fachgespräches zum Thema „Gewalt – Flucht – Trauma“ in der Psychotherapeutenkammer Berlin

Nicht jeder Flüchtling, der bei uns Schutz sucht, ist traumatisiert, aber jeder traumatisierte Flüchtling braucht unsere Unterstützung!

Seit 05.11.2015 hat die Psychotherapeutenkammer Berlin eine eigene Kommission zur psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen eingerichtet und veranstaltete mit dem Ziel, eine qualifizierte und kontextualisierte Traumarbeit mit Flüchtlingen hier und in ihren Her-

nen aus der Politik und Verwaltung sowie namhafter Organisationen mit Erfahrung in Beratung und Behandlung in aller Welt (u. a. Kurdistan-Irak, Gaza, Liberia, Afghanistan, Bosnien, Herzogowina, Kambodscha, Myanmar, Syrien, Türkei, Libyen, Somalia, Eritrea) trafen zusammen, um Fragen der Diagnostik zu verhandeln und sich über verschiedene Ansätze der Traumabehandlung auszutauschen.

flüchteter Menschen definiert, erhielten in 2014 nur 5% von ihnen eine psychotherapeutische Behandlung. Diese Zahl wird bei steigendem Bedarf vermutlich weiter sinken. Trotz bestehender gesetzlicher Regelungen kann in laufenden Asylbewerberverfahren therapeutische Hilfe kaum durchgesetzt werden. Bei klarem Aufenthaltsstatus wiederum macht die Bewilligung der Kostenübernahme von DolmetscherInnen Probleme. Wengleich es in Berlin zahlreiche muttersprachliche PsychotherapeutInnen aus den Herkunftsländern und angrenzenden Gebieten gibt, werden DolmetscherInnen, die die Behandlung professionell begleiten, benötigt. Die Kostenübernahme für deren Leistungen ist jedoch wieder an andere Leistungssysteme gekoppelt ... Im Entwurf des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes des Bundesinnenministeriums ist vorgesehen, dass Begutachtungen schutzbedürftiger Flüchtlinge nur durch Fachärzte vorgenommen werden sollen – was den gesetzlichen Grundlagen der Gleichstellung von PP/KJP und Fachärzten widerspricht. Darüber hinaus soll die Abschiebung auch von schwer erkrankten und traumatisierten Geflüchteten vereinfacht werden, was auch laufende Behandlungen gefährdet.

Werden psychische Störungen jedoch nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, so werden wir die Betroffenen erst sehr viel später als schwer integrierbar im System identifizieren können.

Die Anerkennung der von PsychotherapeutInnen erstellten Diagnosen muss somit unbedingt von der Profession eingefordert und Traumarbeit in das Asylverfahren integriert werden!



(v. l. n. r.) Rothkegel, Stasser, Griese, Hillenbrand, Mlodoch

kunftsländern zu entwickeln und deren staatliche Förderung durchzusetzen, gemeinsam mit HAUKARI e. V. und Wildwasser e. V. am Freitag, den 22.01.2016 ein ganztägiges Fachgespräch zum Thema „Gewalt – Flucht – Trauma“.

MedizinerInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, VertreterInnen

Durch Politik und Gesundheitswesen gegebene Voraussetzungen

Gemäß des geltenden Asylbewerberleistungsgesetzes erfolgt die Orientierung hinsichtlich der Finanzierung psychosozialer Hilfen nicht an der Bedürftigkeit, sondern am Status der Flüchtlinge. Trotz der EU-Aufnahmerichtlinie, die deutlich die Schutzbedürftigkeit ge-

Wirksamkeit bestehender Ansätze zur Traumabewältigungs-/therapie und Integrationsmodelle hier und in den Herkunftsländern

„Psychische Prozesse können von sozialen Prozessen nicht getrennt werden. Soziale Konzepte der Integration müssen gefördert werden, anstatt Individualisierung und Isolation zu verstärken. (...) Der Traumadiskurs ist immer auch ein politischer Diskurs“, so fasst es Usche Merk von Medico international e. V., Frankfurt/Main zusammen und fordert „Solidarität mit den Opfern statt eine pathologisierende Haltung.“

„In der Arbeit mit Flüchtlingen geht es zunächst einmal darum, das Geschehene von außen anzuerkennen“, dies vertritt Christiane Angermann-Küster, Psychoanalytikerin aus Berlin. „Die Frage danach, was die Leute wollen“, sei wichtiger als jene danach, was sie aus professioneller Sicht brauchen, so Esther Mujawayo, Lehrerin und Soziologin aus Ruanda und selbst Überlebende des Völkermordes an den Tutsi. „Es gibt Situationen, da braucht man ein Auto und keine Beratung“, z. B., um nach überlebenden Angehörigen zu suchen. Auch ohne Perspektive oder Anbindung an eine soziale Gemeinschaft könne psychotherapeutische Behandlung nicht erfolgreich verlaufen. Zuerst müssen die „Basic needs“, wie es Dr. Wenk-Ansohn, Leiterin der ambulanten Abteilung für Erwachsene im Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer, in dessen unmittelbarer Nachbarschaft sich das LaGeSo befindet, bezeichnet, erfüllt werden: **Anerkennung – Sinn – Autonomie – soziale Integration – Zukunftsperspektiven und gesundheitliche Versorgung.** Mentoring, als Modell zur Integration, bei dem Geflüchtete anderen Ankommenden Orientierung und Unterstützung bieten, wird in diesem Kontext als sehr wirksam beschrieben. All dies müsse begleitet werden von Behandlungsangeboten, die sich insbesondere auszeichnen durch den „Einsatz flexibler Ressourcen, ein traumaorientiertes Vorgehen und die Förderung der Autonomie der Betroffenen.“



Diskussion: „Wie lässt sich lokales Wissen in die Arbeit in Deutschland integrieren?“

Trauma ist kein singuläres Ereignis und kann nur im Prozess und Zusammenhang gewertet werden. Die Wiederherstellung innerer Stabilität muss einhergehen mit der Gewährleistung äußerer Stabilität. Schnellschüsse und eine Stigmatisierung ganzer Bevölkerungsgruppen sind nicht hilfreich. In der Behandlung traumatisierter Menschen geht es daher vor allen Dingen um Nachhaltigkeit.

Selbsthilfe und Modelle der Traumabewältigung innerhalb einer Community

Das Aufgenommen- und Aufgehoben-sein in einer Gemeinschaft, z. B. einer Kirchengemeinde, oder der Zusammenschluss Überlebender zu selbst ernannten, neuen „Familien“ und der Austausch untereinander scheinen in einem ersten Schritt am Wichtigsten zu sein, um traumatische Erlebnisse verarbeiten zu können. Die Erfahrung, nicht allein zu sein, die Vergewisserung, nicht Ursache, sondern Opfer des Übels zu sein und die Unterscheidung zwischen dem Wahnsinn, der einem widerfahren ist, und dem „Wahnsinn“, welchen dies möglicherweise in einem ausgelöst hat, erkennbar in z. B. Konzentrationsstörungen, befremdlichen Assoziationsketten, Schlafstörungen u. v. m., werden als

Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung beschrieben. Auch die Verarbeitung gemachter Gewalterfahrungen im Sinne des Zulassens von Rachephantasien, die durchaus auch ausgesprochen werden sollten, schildert Bosiljka Schedlich, Gründerin und ehemalige Geschäftsführerin des Vereins Südost Europa Kultur e. V., als in ihrer Arbeit mit vergewaltigten Frauen überraschend wirksam. „Wenn es ausgesprochen ist, muss man es nicht mehr tun“, so ihr Fazit. Auch Karin Griese, Leiterin des Fachbereichs Trauma-Arbeit bei der Frauenrechts- und Hilfsorganisation medica mondiale e. V. in Köln, die u. a. Beratung und Unterstützung von Opfern in Afghanistan, Liberia, im Irak und in Südosteuropa bietet, beschreibt Maßnahmen, die darauf abzielen, das Vertrauen der Betroffenen zu stärken, ihnen Sicherheit zu geben, sie u. a. über einkommensgenerierende Maßnahmen zu stärken, sie in eine Gemeinschaft zu integrieren und zuletzt zur Selbstfürsorge zu befähigen, als Grundprinzipien erfolgreicher Arbeit.

Dies ist in den Herkunftsländern jedoch nicht immer einfach: Frauen aus dem Iran und aus Afghanistan erlebten beispielsweise körperliche, geistige und psychische Bedrohung häufig bereits ab dem 7. Lebensjahr: Vergewaltigung durch den Ehemann oder andere er-

Auszug aus:

Die Wanderratten

Es gibt zwei Sorten von Ratten:

Die hungrigen und die satten.

Die satten bleiben vergnügt zu Haus,

Die hungrigen aber wandern aus.

(...)

So eine wilde Ratze,

die fürchtet nicht Hölle, nicht Katze;

sie hat kein Gut, sie hat kein Geld

und wünscht aufs Neue zu teilen die Welt.

Die Wanderratten, oh wehe!

Sie sind schon in der Nähe.

Sie rücken heran, ich höre schon

ihr Pfeifen – die Zahl ist Legion.

Oh wehe! Wir sind verloren,

sie sind schon vor den Toren!

Der Bürgermeister und Senat.

Sie schütteln die Köpfe,

und keiner weiß Rat.

(...)

Heinrich Heine

wachsene Männer, Gewalt und geistige Unterdrückung. „Diese Frauen nutzen ihre Ankunft hier oftmals als Befreiungsschlag, doch deren Begleitung in diesem Prozess ist unabdingbar“, so Paricher Sharifi, Beraterin im S.U.S.I. Frauenzentrum und Therapeutin in der Psychiatrischen Abteilung des Vivantes Krankenhauses in Berlin. Dazu müsse man, um die Frauen nicht in Gefahr zu bringen, die sozialen Strukturen kennen und Mechanismen der Machbarkeit.

Die Kombination der Arbeit mit traumatisierten Menschen mit politischer Arbeit ist in den Herkunftsländern unerlässlich. Es gilt, „religiöse und staatliche Autoritäten“ in die Behandlung einzubeziehen, diese Ansicht vertritt auch Dr. Karin Mlodoch von HAUKARI e. V., Diplom-Psychologin mit Arbeits- und Forschungserfahrung in den kurdischen Gebieten des Irak. Beispielsweise werden in Kabul Imame vor Ort in die Arbeit eingebunden, berichtet sie, Beratungen erfolgen in Gefängnissen, in Häusern von Witwen oder in Krankenhäusern, in geschützten Räumen also, in denen sich Frauen ohne Männer überhaupt äußern können ... „Es ist wichtig, diese Strukturen zu kennen, um vor Ort gemeinsam agieren zu können.“ Organisa-

tionen hierzulande können definitiv von diesen Kenntnissen profitieren.

Weitergehend plädiert Mlodoch dafür, die dort tätigen Menschen weiter zu befähigen, insbesondere aber auch dazu zu ermächtigen, mit traumatisierten Menschen zu arbeiten. Der Wissensschatz darum, wie das funktioniert, kann und sollte in die Arbeit mit Flüchtlingen in Deutschland eingebracht werden. Die enge Vernetzung und der Austausch untereinander sind Voraussetzung hierfür. Dipl.-Psych. Sibylle Rothkegel, Vorsitzende des Vereins „Recht Würde Helfen“ und ehemalige stellvertretende Leiterin des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin, berichtet von einem erfolgreichen Projekt in Gaza „Kicking the wall and taking care“, in welchem Coaches zur psychosozialen Arbeit mit palästinensischen Kindern und zu Supervisoren ausgebildet wurden.

Jeder Geflüchtete ist auch ein Ankommender – Das „Stressmodell des Migrationsprozesses“

Traumatische Erfahrungen werden jedoch nicht nur in der Heimat oder auf der Flucht, sondern u. U. auch während der Zeit der Aufnahme bei uns in Deutschland gemacht. So schildert Dr. Meryam Schouler-Ocak, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und leitende Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, prekäre Verhältnisse der Unterbringung, den langzeitlichen Entzug von Privatsphäre, Gewalt innerhalb der Heime (intrafamiliär und durch Fremdtäter) u. a. als Ursachen, die nicht selten zur Entwicklung von Depressionen, Angststörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen führen. Unsicherheit, soziale Isolation – vorrangig das Getrenntsein von der eigenen Familie – tun ihr Übriges dazu.

Schouler-Ocak gibt zudem zu bedenken, dass nicht zuletzt tägliche Übergriffe auf Asylantenheime und das erkennbare Ankommen rechten Gedankenguts auch in der Mitte der Gesellschaft

retraumatisierend und beängstigend auf die Schutzsuchenden wirken können.

Die „Willkommenskultur“ müsse daher – nicht zuletzt als größtes Gegengewicht gegen rechte Propaganda und Meinungsmache – auch von der Profession nach außen deutlich verkörpert werden.

Möglichkeiten der multiprofessionellen Zusammenarbeit

Die multiprofessionelle Vernetzung zum Wohle der Betroffenen voranzutreiben, war deutliches Anliegen aller Teilnehmerinnen. Offenkundig ist man nicht mehr gewillt, langwierige Prozesse abzuwarten, sondern bereit, im Rahmen der Möglichkeiten parallel einen Teil der zu bewältigenden Aufgaben selbst in die Hand zu nehmen:

- Vernetzung zwischen Kliniken und Clearingstellen, Psychologen, Psychiatern und Sozialarbeitern,
- das Schaffen von Angeboten an Supervision für Sozialarbeiter,
- traumatherapeutische Weiterbildung für MitarbeiterInnen in Hilfsorganisationen sowie die Vernetzung lokaler Organisationen und
- Wissenstransfer.

Durch den Austausch der Kontaktdaten aller Beteiligten untereinander und deren Eigeninitiative sollen diese Prozesse konkret vorangetrieben werden.

Abschließend stellt sich nur mehr die Frage, ob dies bei all dem Geld, das derzeit in die psychosoziale Aufnahme und Ausstattung der Flüchtlinge fließt, weiterhin vorrangig nur in Form ehrenamtlicher Tätigkeiten umgesetzt werden kann? Der Zusammenschluss der Professionen sollte hier auch für eine deutlich stärkere Positionierung und angemessene Bezahlung, vergleichbar mit anderen in diesem Feld tätigen Berufsgruppen, etwa Entwicklern von Apps o. ä., sorgen!

Dipl.-Psych. Dorothee Hillenbrand, Vizepräsidentin, PTK Berlin und Daniela Allalouf, M.A., Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, PTK Berlin

Sprachprüfungen für Psychotherapeuten: Sicherheit für Patienten und Behandler

„Und dann hat er mir doch tatsächlich einen Vogel gezeigt“, erzählt die Patientin aufgeregt. Die ausländische Psychotherapeutin fragt einfühlsam nach: „Was für ein Vogel war das denn?“ – „Sie wollen mich wohl veräppeln!“ bemerkt die Patientin wütend. „Wieso Äpfel?“ fragt die Therapeutin erstaunt. Das könnte jetzt noch lange so weiter gehen und wir können sicher sein, dass es keine produktive Behandlungsstunde werden wird.

Das Beispiel ist konstruiert, aber trotzdem realistisch. Nichts ist schwieriger, als die Redewendungen einer fremden Sprache richtig zu deuten. Daher sind gute Deutschkenntnisse für ausländische PsychotherapeutInnen unbedingt erforderlich. **Die Sprache ist unser wichtigstes Arbeitsmittel.** Darum müssen KollegInnen, die aus dem Ausland kommen und hier in Deutschland die Approbation beantragen möchten, nachweisen, dass sie über die notwendigen Sprachkenntnisse verfügen, um hier psychotherapeutisch tätig werden zu können.

Bis zum 1. Juli 2015 genügten Zertifikate von Sprachinstituten, in denen den AntragstellerInnen ein B2-Niveau bescheinigt wurde. Aber bereits am 27. Juni 2013 hatte die Gesundheitsministerkonferenz beschlossen, dass dieses Sprachniveau für akademische Heilberufe nicht ausreichend sei. Daher wurden die Anforderungen angehoben.

Das Land Berlin hat der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Aufgabe übertragen, diese Sprachprüfungen durchzuführen. Wir haben eine Arbeitsgruppe aus interessierten und qua-

lifizierten KollegInnen gebildet, die diese Sprachexamina konzipieren und durchführen wird. Alle aus dem Ausland kommenden **KollegInnen, die als Psychologische PsychotherapeutInnen oder Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Deutschland tätig werden möchten, müssen jetzt ausreichende Fachsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext unter Beweis stellen.**

Dies wird in einem Test belegt, der folgende Anforderungen umfasst:

- ein 20-minütiges PsychotherapeutIn-PatientIn Gespräch auf C2-Niveau,
- das Anfertigen eines üblichen Berichtes im psychotherapeutischen Kontext auf B2-Niveau (ebenfalls 20 Minuten) und
- ein 20-minütiges kollegiales Gespräch auf B2-Niveau.

So sind die Vorgaben. Das sind große Hürden für ausländische Bewerber, denn die deutsche Sprache ist sehr schwer zu erlernen. **„Die deutsche Sprache sollte sanft und ehrfurchtsvoll zu den toten Sprachen abgelegt werden, denn nur die Toten haben die Zeit, diese Sprache zu lernen“**, bemerkte schon Mark Twain.

Trotz allem führt kein Weg daran vorbei! Dabei geht es nicht um den Ausschluss gut qualifizierter KollegInnen aus anderen Ländern, denn diese brauchen wir hier dringend. Die Nachfrage nach Psychotherapie in anderen Sprachen ist hoch. **Aber ausreichende deutsche Sprachkenntnisse dienen dem Schutz der PatientInnen und auch dem Schutz der KollegInnen.**

Sie sind notwendig, um diese vor möglichen Fehleinschätzungen und Missverständnissen zu bewahren, die gravierende Folgen für alle Beteiligten haben können. Es ist für die ausländischen KollegInnen auch unerlässlich, sich im deutschen Gesundheitssystem sprachlich sicher bewegen zu können, um zum Beispiel Vereinbarungen mit einer Klinik zu treffen oder mitbehandelnde Ärzte zu informieren. Ein gutes Sprachniveau dient also der Sicherheit aller, die an einem psychotherapeutischen Prozess mitwirken. Für DichterInnen und PsychotherapeutInnen ist die Beherrschung der Sprache substantiell:

Wie sagte schon Kurt Tucholsky: „Wer auf andere Leute wirken will, der muss erst einmal in ihrer Sprache mit ihnen reden.“



Dipl.-Psych. Pilar Isaac-Candeias
(Leiterin der AG Sprachprüfungen der Psychotherapeutenkammer Berlin)

Geschäftsstelle

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

Zahlen und Fakten rund um die Psychotherapeutenkammer Bremen – Entwicklungen der letzten fünf Jahre

Nicht zuletzt im Zuge der anstehenden Reform der Psychotherapeutenausbildung wird aktuell viel diskutiert über den Bedarf an Psychotherapeuten – sowohl zahlenmäßig als auch in Hinblick auf die verschiedenen Berufs- und Anwendungsfelder im Bereich der Psychotherapie. Vor diesem Hintergrund soll an dieser Stelle ein aktueller Überblick über die Zusammensetzung der PK Bremen sowie deren Entwicklung im Verlauf der letzten fünf Jahre gegeben werden.

Zusammensetzung der Kammer

Zunächst lässt sich ein Anstieg der Mitgliederzahl der PK Bremen von 538 auf 614 Mitglieder feststellen – dies entspricht einem Zuwachs von 14%. Diese Steigerung beruht im wesentlichen auf einer höheren Zahl neu approbierter Mitglieder und beweist die starke Nachfrage nach dem psychotherapeutischen Beruf und damit seine hohe Attraktivität. Der Altersdurchschnitt der Bremer Psychotherapeuten liegt mit 55 Jahren nach wie vor eher hoch. Nur etwa ein Viertel der Mitglieder ist unter 45 Jahre alt.

Hinsichtlich der Zusammensetzung verschiedener Berufsgruppen und Tätigkeitsfelder in der PK Bremen lassen sich kaum Veränderungen in den letzten fünf Jahren feststellen. Die überwiegende Mehrheit der Bremer Psychotherapeuten arbeitet im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie; der Anteil approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten liegt wie in den Vorjahren knapp unter 15%. Die Zahl der Mitglieder mit Doppelapprobation sank seit 2010 leicht von 5% auf 3%.

Etwas mehr als die Hälfte aller Kammermitglieder (ca. 55%) sind vertragsärztlich tätig, während 27% im Angestelltenbereich arbeiten. Diese Zahl lag 2010 bei 29%. In der PK Bremen können Teilnehmer der Psychotherapeutenausbildung (PiA) ab Beginn der praktischen Ausbildung freiwilliges Mitglied werden. Die PiA machen dabei etwa 10% der Kammermitglieder aus; auch diese Zahl blieb in den letzten fünf Jahren weitgehend konstant.

Entwicklung im Bereich vertragsärztlicher Versorgung

Im Hinblick auf die Zahl der Kassensitze in den Planungsbezirken Bremen und Bremerhaven zeigen sich kleine, aber spürbare Veränderungen: Waren 2010 in Bremen Stadt noch 211 Kassensitze für die Behandlung von Erwachsenen bei der KV gemeldet, waren es 2015 nur noch 205,5. Entsprechend muss davon ausgegangen werden, dass hier 5,5 Sitze durch Stilllegung verloren gegan-

gen sind. In Bremerhaven zeigte sich im gleichen Zeitraum ein leichter Zuwachs an Sitzen von 29,5 in 2010 auf 33 Sitze im Jahr 2015. Bei den ausschließlich im Kinder- und Jugendlichenbereich tätigen Psychotherapeuten kann man trotz Neuausschreibung einiger Sitze infolge der Einführung der KJP-Quote kaum eine Verbesserung der tatsächlichen Versorgung sehen: In Bremen Stadt wurde im Vergleich zu 2010 ein neuer Sitz im Bedarfsplan der KV registriert (aktuell gibt es 43 Sitze), und in Bremerhaven sank die Zahl der Sitze um einen halben Sitz auf 8 Kassensitze. Dabei ist zu beachten, dass hier nicht Behandler gezählt werden, sondern halbe und ganze Sitze gleichermaßen in die Statistik eingehen.

Betrachtet man das Verhältnis der einzelnen Verfahrensgruppen im Bereich der kassenzugelassenen Behandler, kann man in der Versorgung Erwachsener eine deutliche Annäherung der Verfahrensgruppen konstatieren. Die-

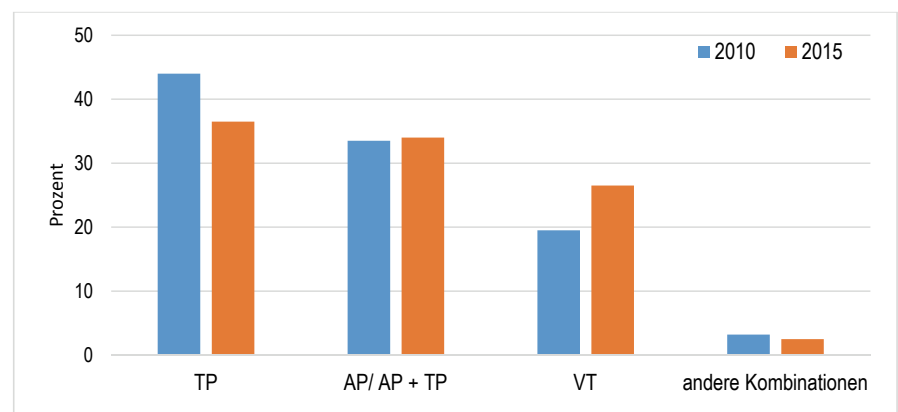


Abbildung 1:
Anteil einzelner Verfahrensgruppen bei vertragsärztlich tätigen Psychologischen Psychotherapeuten

se zeigt sich insbesondere in einem Zuwachs der niedergelassenen Verhaltenstherapeuten von etwa 20% auf 27% und einem Rückgang tiefenpsychologisch arbeitender Psychotherapeuten von 44% auf 37%. Abbildung 1 verdeutlicht die Verteilung der Verfahrensgruppen im Vergleich der Jahre 2010 und 2015.

Im KJP-Bereich haben sich dagegen – wie Abbildung 2 zeigt – kaum Veränderungen in Bezug auf die Verfahrensverteilung ergeben, wobei hier Kollegen mit analytisch-tiefenpsychologischer Ausrichtung einen deutlich höheren Stellenwert in der Versorgung einnehmen und der Anteil von Kollegen mit verhaltenstherapeutischer Orientierung sogar leicht abgenommen hat.

Insgesamt kann damit einerseits festgehalten werden, dass Bremen kein Nachwuchsproblem im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung hat; auch eine Verfahrensvielfalt scheint zumindest im Bereich der Erwachsenen-

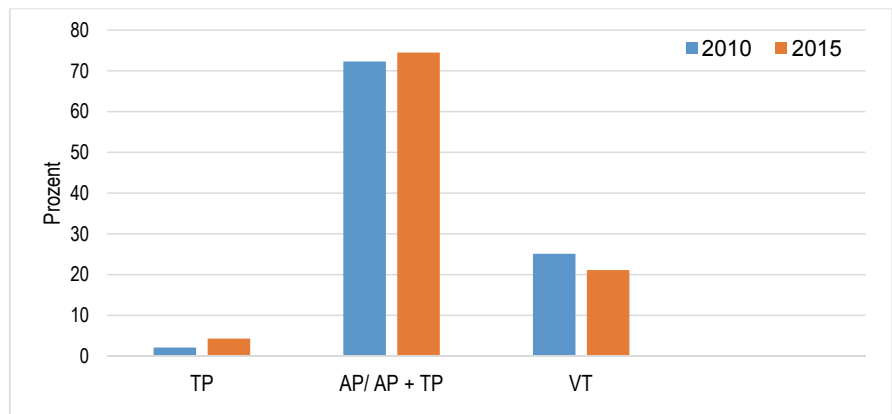


Abbildung 2:
Anteil einzelner Verfahrensgruppen bei vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

psychotherapie gegeben. Andererseits muss jedoch auch festgehalten werden, dass es im Bereich der kassenärztlichen Versorgung durch die Stilllegung von Sitzen tendenziell zu einer Verschlechterung der Situation in den letzten fünf Jahren gekommen ist. Da gleichzeitig nicht von einem Absinken des Bedarfs an Psychotherapie die Rede sein kann, setzt sich die PK Bremen

weiter dafür ein, diese Entwicklung zu stoppen. Gleichzeitig scheint es sinnvoll, den Bereich der Angestelltenarbeit weiter zu stärken, da hier – auch vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels – wichtige Arbeitsfelder für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bestehen.

„Leidtragende sind die schwerst psychisch kranken Menschen“ – Gesundheitssenatorin verkündet Kürzungen beim psychiatrischen Krisendienst

Er galt als eine der großen Errungenschaften, die aus der Psychiatriereform hervorgegangen sind: Der Kriseninterventionsdienst (KID), der in der Stadt Bremen rund um die Uhr von Menschen in schweren psychischen Krisen in Anspruch genommen werden konnte. Seine Arbeit nahm er zum 1. Januar 1985 auf. Er war Teil des Projektes „Regionalisierung psychiatrischer Hilfen“ in Bremen. Zu Beginn stand er in Verantwortung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPsD), der sich in fünf Beratungsstellen (Mitte, Ost, Süd, West, Nord) aufgliederte. Im Zuge des Regionalisierungsprozesses gingen diese sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in die fünf regionalen psychiatrischen Behandlungszentren auf, zu denen eine psychiatrische Institutsambulanz, eine psychiatrische Tagesklinik und eine Sektorstation gehören. Die Letztere verblieb mit Ausnahme von Bremen Nord jeweils auf dem Gelände des Kli-

nikums Bremen Ost. Mit dieser Organisationsreform gingen die Stellen des SPsD, der auf der rechtlichen Grundlage des „Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Bremen“ (ÖGD) und des „Gesetzes über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG) arbeitete, in die Verantwortung des jeweiligen Behandlungszentrums über.

Auch die Psychotherapeutenkammer wurde angefragt, ob eine Beteiligung von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorstellbar sei. Der Vorstand der Kammer signalisierte seine grundsätzliche Bereitschaft, an einer Neuorganisation des Krisendienstes mitzuwirken. Dies setzte aber voraus, dass im Rahmen einer Novellierung des PsychKG die rechtliche Stellung der Psychotherapeuten gestärkt werden müsse, da sie – abgesehen von der Verordnungsfähigkeit

von Psychopharmaka – eine gleichwertige Qualifikation wie z. B. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie besitzen. Im Rahmen des Krisendienstes sei vor allem die Kompetenz notwendig, eigenständig Klinikweisungen vorzunehmen. Im Rahmen der Beratungen der Arbeitsgruppe „Neuorganisation des Krisendienstes“ fand diese Anregung jedoch keine Beachtung. Auch schlug sie sich in keiner Weise in der Vorlage der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz für die städtische „Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz“ nieder.

Auch für Psychotherapeuten gilt jetzt die Pflicht, am Notdienst teilzunehmen

Allerdings kam es zu einer interessanten Kontroverse an anderer Stelle. Aus dem gleichen Ressort wurde eine Novellierung des Heilberufsgesetzes

vorbereitet. Ein Änderungsvorhaben betraf den Notdienst. Waren bisher nur die ärztlichen Heilberufe verpflichtet, grundsätzlich an einem Notdienst teilzunehmen, sollten nun auch die Psychotherapeuten in die Pflicht genommen werden. Während die PK Bremen sich zustimmend in der oben aufgeführten Weise äußerte, kam es zu einem Protest der bremischen Ärztekammer. Psychotherapeuten seien in Akutsituationen nicht in der Lage, eine ganzheitliche Betrachtung von Soma und Psyche zu gewährleisten. Die Ärztekammer reklamierte einen Arztvorbehalt für sich und begründete diesen mit der gesetzlichen Verpflichtung, vor dem Beginn einer Psychotherapie eine somatische Abklärung herbeizuführen. In diesem Fall führte die ärztliche Intervention allerdings nicht zum gewünschten Ergebnis. Die Bürgerschaft beschloss am 15.12.2015, dass auch Psychotherapeuten, „soweit sie in eigener Praxis oder als Angestellte in fremder Praxis tätig sind, in der Regel am Notfalldienst oder Notdienst teilzunehmen“ haben. Der Vorstand der PK Bremen begrüßte diese Gesetzesänderung, mahnte aber gleichzeitig die jetzt zwingend erforderliche Neufassung des PsychKG an.

Vorgaben der Senatorin für Gesundheit für die Neuorganisation des Krisendienstes

Die Maßgaben der Senatorin sehen nun eine Reduzierung der Einsatzzeiten des zentralen Krisendienstes vor. Nicht mehr rund um die Uhr, sondern nur noch wochentags nach den Schließzei-

ten der Behandlungszentren soll er von 17 bis 21 Uhr und an den Wochenenden von 8.30 bis 17 Uhr vorgehalten werden. Dass mehr als die Hälfte der telefonischen Interventionen (55%) und der Hausbesuche (61%) an den Wochenenden außerhalb dieser Zeiten stattfindet, wird dabei ignoriert.

In den anderen Zeiten soll der allgemeine ärztliche Notdienst in Anspruch genommen werden bzw. die Polizei solle Menschen in der psychischen Krise in die Notaufnahme der Psychiatrie im Klinikum Bremen Ost bringen. Dieses Vorgehen soll nach zwei Jahren neu bewertet werden.

Abbau des Krisendienstes stößt auf heftigen Protest

Diese Neuregelung blieb nicht unwidersprochen. Sowohl Leiter von Einrichtungen der Sozialpsychiatrie als auch Mitarbeiter und Betroffene wandten sich gegen diesen Abbau. Diese Regelung gehe zu Lasten vor allem der schwerst psychisch kranken Menschen, die im Krisenfall eben nicht selbstständig für sich Hilfen organisieren können. Nicht psychiatrisch qualifizierte Ärzte, wie sie im allgemeinen Notdienst im Einsatz sind, seien oft nicht in der Lage, z. B. bei einer bipolaren oder schizophrenen Störung angemessen zu reagieren oder gar Medikamente zu verordnen. Ebenfalls werde die Polizei damit überfordert, erster Ansprechpartner in psychischen Krisen zu sein. Die PK Bremen hält die Reduzierung des Bereitschaftsdienstes ebenfalls für den falschen



Eva Quante-Brandt, Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz: „Den Krisendienst neu aufstellen, um kosteneffektiver zu arbeiten“ (Foto: Foto AG Gymnasium Melle)

Weg. Es müssen die erforderlichen personellen Ressourcen bereitgestellt werden, damit auch nachts psychisch kranke Menschen Hilfe erhalten. Es sei unverantwortlich, Angebote zunächst abzubauen und dann zu überlegen, wie das Hilfesystem für psychisch kranke Menschen verbessert werden kann. Unabhängig von dieser bedauerlichen Weichenstellung erklärt die PK Bremen sich bereit, sich weiterhin an der Erarbeitung von modernen und leitliniengerechten Konzepten für Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen aktiv zu beteiligen.

Arbeitskreis „Unterstützung für Ehrenamtliche“

Am 30.11.2015 hat sich in der Psychotherapeutenkammer Bremen der Arbeitskreis „Unterstützung für Ehrenamtliche“ gegründet. Dieser besteht aktuell aus einer Gruppe von etwa 20 Mitgliedern und hat sich zum Ziel gesetzt, dort zu helfen, wo ehrenamtliche Helfer in der Arbeit mit geflüchteten Menschen an ihre Grenzen stoßen. Hintergrund der Idee war die Beobachtung, dass in der Flüchtlingsarbeit in Bremen die zunächst große Welle der freiwilli-

gen Unterstützerinnen und Unterstützer aus der Bevölkerung wieder rückläufig ist – dies könnte unter anderem daran liegen, dass eine Begleitung und Anleitung der fachfremden Helferinnen und Helfer fehlt. In den bisher drei Treffen des Arbeitskreises wurde ein Konzept entwickelt, die engagierten freiwilligen Ehrenamtlichen durch Einzelberatung, Beratung in der Gruppe und Informationsveranstaltungen dabei zu unterstützen, mit den häufig belastenden

Themen und Unsicherheiten in der Arbeit mit geflüchteten Menschen besser umzugehen.

Die Beratungsangebote für ehrenamtliche Helfer werden von den Mitgliedern des Arbeitskreises unentgeltlich angeboten. Offen ist noch der Umgang mit möglichen Anfragen zu Beratung und Supervision von Organisationen, die festangestellte Mitarbeiter in der Flüchtlingshilfe beschäftigen. Nach vor-



Gudrun Runge, Wiebke Rappen und Sabine Kopp-Danzglock (v. l.) stellen den Arbeitskreis „Unterstützung für Ehrenamtliche“ am 06.02.2016 auf dem „Markt der Möglichkeiten“ vor.

läufigen Überlegungen könnten diese kostenpflichtig angeboten werden und die Einnahmen wiederum als Spende in die Flüchtlingshilfe zurückfließen.

Derzeit erhebt der Arbeitskreis Bedarf und Wünsche von ehrenamtlich Tätigen mithilfe eines eigens hierzu entwickelten Fragebogens. Einen erfreulich hohen Rücklauf an Fragebögen erzielte der

Arbeitskreis bei dem „Markt der Möglichkeiten“ auf der Veranstaltung „Miteinander-Füreinander“ am 06.02.2016, wo er mit einem Stand vertreten war. Auch fanden Gespräche mit verschiedenen Einrichtungen/Organisationen sowie mit Leiterinnen und Leitern von Flüchtlingsnotunterkünften statt, bei welchen es zu einem regen Austausch über die Bedürfnisse von ehrenamtlich

Tätigen kam. Die Ergebnisse dieser Bedarfserhebung werden zur Planung weiterer Aktivitäten des Arbeitskreises genutzt. Hierzu freut sich der Arbeitskreis über tatkräftige weitere Mitglieder.

Wer Interesse hat, den Arbeitskreis zu unterstützen, melde sich bitte unter: UnterstuetzungEhrenamtliche@gmx.de.

Redaktion

Kira Geisler, Sylvia Helbig-Lang, Wiebke Rappen, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Fon: 0421 – 27 72 000
Fax: 0421 – 27 72 002
Verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr: 10.00 – 14.00 Uhr
Mi: 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeiten des Präsidenten:
Di: 12.30 – 13.30 Uhr

Neujahrsempfang 2016 der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Der Vorstand der PTK Hamburg lud am 27.01.2016 zum diesjährigen Neujahrsempfang in die Räumlichkeiten der Handwerkskammer Hamburg ein. Vertreter^{*)} aus Kammergremien, Politik, Kliniken, Behörden, Verbänden und anderen Akteuren des Hamburger Gesundheitswesens wurden von Kammerpräsidentin Dipl.-Psych. Heike Peper herzlich begrüßt. Mit Blick auf die gesellschaftlichen Ereignisse der vergangenen Monate wünschte Peper ein friedliches neues Jahr 2016.

Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen

Peper leitete damit in das Thema ein, welches momentan wahrscheinlich die meisten Berufsgruppen in Deutschland intensiv beschäftigt – so auch die der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Auch aus diesem Grund werde sich der 6. Hamburger Psychotherapeutentag im September dieses Jahres mit dem Thema „Psychotherapie im Kontext von Migrations- und Fluchtbewegungen und gesellschaftlicher Polarisierungstendenzen“ befassen.

Die PTK Hamburg sei gefordert, in Kooperation mit der Politik, den Kostenträgern und anderen engagierten Akteurinnen und Akteuren an konkreten Überlegungen für eine angemessene psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen, die hierher migriert sind, mitzuwirken. Geklärt werden müsse die Qualifizierung der Kammermitglieder zu muttersprachlicher Therapie, zum Einsatz von Dolmetschern und Sprachmittlern. Zudem müssen die Fragen gestellt werden, was gute niedrigschwellige Angebote sind, wie es mit den ambulanten und stationären Kapazitäten aussieht und natürlich auch, wie diese Angebote finanziert werden können.



Kammerpräsidentin Dipl.-Psych. Heike Peper

Es sei wichtig zu bedenken, dass Menschen, die unter Ängsten, Depressionen, Schlafstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, in ihrer Lebensgestaltung eingeschränkt sind. Einen Deutschkurs zu absolvieren oder sich in Arbeitsabläufe zu integrieren, sei mit einer psychischen Erkrankung nur eingeschränkt möglich.

Das Interesse einer angemessenen psychotherapeutischen Versorgung galt natürlich auch den Menschen, die hier aufgewachsen sind. Die Bundesregierung hat im vergangenen Jahr einige Gesetze auf den Weg gebracht, die dieses Thema berücksichtigen – so zum Beispiel das Versorgungsstärkungsgesetz und die darin niedergelegten Regelungen, deren konkrete Ausgestaltung der G-BA nun umzusetzen habe. Doch der Profession gehe es nicht nur um die Behandlung von bereits erkrankten Menschen – sondern auch um den Erhalt und die Förderung seelischer Gesundheit. Deshalb habe sich die Psychotherapeutenkammer Hamburg

vorgenommen, aktiv an der Umsetzung des Präventionsgesetzes mitzuwirken.

Verabschiedung von Prof. Dr. Rainer Richter

Auf das Gesetz, welches die Ausbildungsreform regelt, warte der Vorstand jedoch noch sehnsüchtig. Die Kammerpräsidentin nutzte dieses Thema als Überleitung, um Prof. Dr. Rainer Richter als ihren Vorgänger zu verabschieden – schließlich sei Richter nach wie vor ein Motor und Motivator für die Ausbildungsreform.

Er habe daran mitgewirkt, dass es mit dem Psychotherapeutengesetz überhaupt eine klar definierte und beschriebene Qualifikation für die akademischen Heilberufe der Psychotherapie festgeschrieben wurde. Als Gründungsmitglied in 2002 und als erster Kammerpräsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg war es ihm von Beginn an ein Anliegen, die unterschiedlichen Identitäten, die sich aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahrensrichtungen ergeben, zu erhalten. Mit Nachdruck und manchmal auch mit einer gewissen Schärfe in der Argumentation sei es ihm gelungen, den neuen Heilberuf überhaupt erst einmal bekannt zu machen, ihm Gehör sowie Sitz und Stimme in Gremien zu verschaffen. Für seine Ideen und Vorstellungen sei er bis heute bereit gewesen, Konflikte auszutragen – innerhalb und außerhalb der Profession – und für diese einzustehen.

Neben dem Amt als Präsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg war Richter ab 2005 auch Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer – der Hamburger Vorstand war somit stets aus erster Hand informiert. Dennoch – so Peper – habe der Vorstand Prof. Richter in mancher Vorstandssit-

zung vermisst, wenn er wieder einmal mit wehendem Mantel die Sitzung verließ, um nach Berlin zu reisen.

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Auch die Senatorin der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Cornelia Prüfer-Storcks, griff das Thema der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen auf. Ziel sei es, die Flüchtlinge in das Hamburger Gesundheitswesen zu integrieren – eine besondere Versorgung wurde bereits im hausärztlichen Bereich sowie in allen Erstaufnahmeeinrichtungen installiert. Hierfür biete Hamburg sehr gute Voraussetzungen.

Die Senatorin dankte Prof. Richter im Namen des Senats für sein langjähriges Engagement. Nachdem das Psychotherapeutengesetz in Kraft getreten war, sei Richter die treibende Kraft gewesen, die die Gründung der Kammer vorangetrieben habe. Deshalb sei seine Verabschiedung so besonders. Die Senatorin erinnerte sich noch gut an die Diskussionen und die Einigungsprozesse, die die Gründung der Psychotherapeutenkammern erfordert hat. Innerhalb eines Jahres musste eine Wahlordnung, eine Beitragsordnung, ein Haushaltsplan sowie eine Kammerersatzung erarbeitet und der einberufenen Kammerversammlung vorgestellt werden. Die gesetzlichen Verwaltungsabläufe und Aufgaben, die der Staat der



Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Kammer übertragen hatte, sei für die gewählten Delegierten dabei absolutes Neuland gewesen. Hinzu kamen die unterschiedlichen Therapierichtungen und die Aufgabe, die Angehörigen zweier Berufsgruppen zusammenzubringen. Vor diesem Hintergrund verbindliche Standards für die Berufsgruppe zu schaffen, sage viel über Prof. Richters diplomatisches Geschick und auch über seine Beharrlichkeit aus.

Zu erwähnen sei ebenso die Reform der Psychotherapieausbildung, die Prof. Richter als Präsident maßgeblich vorangetrieben habe. Auch die Versorgungs- und Bedarfsplanung sowie die Einbeziehung der PiA waren Themen, denen sich Prof. Richter mit großem Engagement angenommen hat.

Als Mitglied des Expertenbeirates für den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss habe Prof. Richter bereits eine neue Aufgabe gefunden. Senatorin Prüfer-Storcks wünschte sich, dass Prof. Richter sich für sektorübergreifende Versorgungsmodelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen stark mache.

Abschließend wies die Senatorin darauf hin, dass so viel Arbeit und Erfolge nicht möglich sind, ohne dass eine andere Person dafür zurückstecken muss und wünschte auf diesem Wege Prof. Richter und seiner Ehefrau Prof. Richter-Appelt – ebenfalls Delegierte in der PTK Hamburg und em. Professorin am UKE – mehr gemeinsame Zeit.

Dr. Dietrich Munz – Präsident der BPtK

Auch Dr. Dietrich Munz übermittelte alle guten Wünsche an den neuen Vorstand der PTK Hamburg und wünschte Heike Peper als neuer Präsidentin der Kammer viel Erfolg. Dennoch – so Munz – müsse sie sich darauf einstellen, dass ihr dasselbe passieren könne wie ihm: So habe er sich kürzlich auf einem Empfang vorgestellt und konnte von den Anwesenden erst eingeordnet werden, als er sich als Nachfolger von Prof. Richter outete. Solche Situationen zeigten auf, wie sehr Prof. Richter die



Dr. Dietrich Munz

PTK Hamburg, aber auch die BPtK geprägt habe.

Munz schilderte seine Eindrücke aus der Zusammenarbeit mit Richter in der BPtK in der vergangenen Legislaturperiode: Er sei immer wieder beeindruckt gewesen, wie sich Prof. Richter auf die Sitzungen und Besprechungen sowohl fachlich als auch politisch vorbereite. Rückschläge beeindruckten Richter zwar, veranlassten ihn aber dennoch sofort dazu zu überlegen, welche Schritte er als nächstes gehen könnte.

Munz dankte auch dem Vorstand der PTK Hamburg, ohne dessen Unterstützung eine Doppelfunktion als Präsident einer Landeskammer sowie der BPtK nicht möglich gewesen wäre. Dies stelle er momentan auch in eigener Erfahrung als Präsident der LPK Baden-Württemberg fest.

Prof. Dr. Rainer Richter

Prof. Richter bedankte sich für die guten Wünsche und die Anerkennung. Besonders bedankte er sich bei der Aufsichtsbehörde: Für die Profession sei es zu Beginn nicht einfach gewesen, sich selbst zu finden. Dabei habe die Fachebene der Behörde immer sehr unterstützt – z. B. auch bei der genaueren Aufgabendefinition der Psychotherapeutenkammer. Es gab immer wieder auch Konflikte, die sich am Ende aber doch lösen ließen.

Richter dankte auch den anderen Heilberufekammern, die – gerade in den Anfängen der PTK Hamburg – viel Unterstützung boten.

Nicht zuletzt sprach er den Vorstandsmitgliedern der PTK Hamburg seinen Dank für die gute Zusammenarbeit aus und griff Heike Peper's Worte auf, denen er hinzufügte, dass die Vorstandsmitglieder manchmal ganz froh waren, wenn er die Vorstandssitzung verließ, um nach Berlin zu fahren. Die Doppelfunktion der beiden Präsidenten-Ämter sei für alle belastend gewesen – für den Vorstand, für Prof. Richter selbst, aber auch für die Geschäftsstelle der PTK. So bedankte sich Richter auch bei der Geschäftsstelle, in welcher es in den vergangenen zwei Jahren viele personelle Veränderungen gab. Dieser Bruch sei für Richter sehr schmerzlich gewesen, da er die Zusammenarbeit mit der alten Besetzung in der Geschäftsstelle sehr geschätzt habe. Durch das große Engagement der neuen Mitarbeiterinnen und des Geschäftsführers konnten die mit dem Personalwechsel verbundenen Probleme bislang immer gut gelöst werden.

Bezugnehmend auf die Worte von Heike Peper hätte Richter sich rückblickend gewünscht, mehr zeigen zu können,



v. l. n. r.: Gründungspräsident Prof. Dr. Rainer Richter, Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt, Prof. Dr. Monika Bullinger, Kammerpräsidentin Dipl.-Psych. Heike Peper

dass die Profession ein profundes Interesse an gesellschaftlichen Vorgängen hat. Dies sei ihm nicht gelungen und er bewundere daher Peper's Engagement für dieses Thema.

Nach den zahlreichen Rückblicken auf die vergangenen 15 Jahre, aber auch den guten Wünschen für die vielen Ide-

en und Pläne der gerade begonnenen Legislaturperiode leitete Heike Peper den gemütlichen Teil des Abends ein und eröffnete das Buffet. So klang der Abend mit anregenden Gesprächen, vielen Erinnerungen und Anekdoten bei einem netten Beisammensein aus.

Birte Westermann

Bericht von der Delegiertenversammlung am 20.01.2016

Nachdem auf der konstituierenden Sitzung im November 2015 der neue Vorstand sowie die Mitglieder des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung und des Haushaltsausschusses gewählt worden waren, standen auf der 60. Delegiertenversammlung am 20.01.2016 weitere Gremienbesetzungen auf der Tagesordnung.

Neue Besetzung der Gremien

Die Delegiertenversammlung wählte die Mitglieder des Schlichtungsausschusses sowie des Rechnungsprüfungsausschusses und bestätigte die durch den Vorstand benannten Mitglieder der Beschwerdekommision und der Ethikkommission.

Informationen zu den Gremien der Kammer und deren Mitgliedern finden sich auf der Homepage der Kammer www.ptk-hamburg.de unter dem Menüpunkt „Die Kammer“.

In einem weiteren Wahlgang wurden die Hamburger Delegierten und stellvertretenden Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag bestimmt.

Als Delegierte wurden gewählt: Dr. Thomas Bonnekamp, Yvo Kühn, Gabriela Küll, Torsten Michels, Heike Peper, Prof. Dr. Rainer Richter und Kerstin Sude.

Als stellvertretende Delegierte wurden gewählt. Dr. Daniel Bergmann, Sarah

Dwinger, Anja Helberg, Jörn Koltermann, Wolfgang Lutter, Dr. Mike Mösko und Ricarda Müller.

Verabschiedung von Herrn Dr. Peter Riedel

Einen besonderen Tagesordnungspunkt bildete die Verabschiedung von Dr. Peter Riedel aus seinem Amt als Vorstandsbeauftragter für Psych-Info.

In ihrer Dankesrede betonte Präsidentin Peper, dass Dr. Riedel mit dem Aufbau des Psychotherapeutenuchportals im wahrsten Sinne des Wortes Pionierarbeit geleistet habe. Als Erfinder dieses Internetangebots sei er „Mister Psych-Info“ und habe als Mitglied im ersten

Vorstand nach Gründung der PTK Hamburg und später als Vorstandsbeauftragter mit großem Enthusiasmus, Ideenreichtum sowie fachlichem und technischem Sachverstand die Entwicklung von Psych-Info vorangetrieben. Psych-Info sei ein Erfolgsmodell, dies sei auch daran erkennbar, dass sich im weiteren Verlauf fünf weitere Landeskammern angeschlossen hätten.

Die jährlichen Berichte von Dr. Riedel zur Entwicklung von Psych-Info böten wichtige Informationen zur Nutzung des Portals, seien inhaltlich differenziert und grafisch anschaulich aufbereitet und gäben immer wieder Hinweise für Verbesserungs- und Ausbaumöglichkeiten.

Für das verantwortungsvolle Engagement von Dr. Riedel spreche auch, dass er für eine gute Nachfolge und Über-

gabe der mit Psych-Info verbundenen Aufgaben gesorgt habe. Im Vorstand werde zukünftig Dr. Thomas Bonnekamp die fachliche Zuständigkeit übernehmen, der technische Support werde durch einen kompetenten externen Dienstleister sichergestellt.

Heike Peper führte aus, dass es schwer vorstellbar sei, dass Dr. Riedel sich von seinem Amt zurückziehe. Nicht nur die Hamburger Kammer sei ihm zu großem Dank verpflichtet, auch die anderen beteiligten Landeskammern würden ihre Anerkennung und ihren Dank anlässlich seines Abschieds zum Ausdruck bringen.

Prof. Rainer Richter schloss sich als Gründungspräsident den Dankesworten an, die er um einige humorvolle Anekdoten aus den Gründungszeiten der Kammer ergänzte.



Dr. Peter Riedel (mitte) wurde von Prof. Richter und Heike Peper verabschiedet.

Mit einem Buchpräsent, vielen guten Wünschen für die Zukunft und einem lang anhaltenden Applaus verabschiedeten sich die Delegierten von „Mister Psych-Info.“

Dipl.-Psych. Heike Peper

Vorstellung des Vorstandsmitgliedes Dr. Thomas Bonnekamp

Mein Name ist Thomas Bonnekamp und ich bin zum ersten Mal Mitglied des Vorstandes der PTK Hamburg. Mein Psychologiediplom erhielt ich 1982 in Hamburg, nachdem ich hier ein humanistisch geprägtes, klinisch orientiertes Hauptstudium durchlaufen hatte. In meiner anschließenden Promotion habe ich Hamburger Männergruppen mit qualitativen Methoden untersucht. Meine erste Therapieausbildung absolvierte ich bei der sich damals in Gründung befindenden Milton-Erickson-Gesellschaft. Den eigentlichen Berufseinstieg ermöglichten Honorartätigkeiten in Hamburger Strafanstalten mit dem Schwerpunkt psychotherapeutischer Behandlung jugendlicher Sexualdelinquenten unter Supervision am Institut für Sexualforschung des Universitätsklinikums Eppendorf. Hier fand sich in Absprache mit der kassenärztlichen Vereinigung eine verhaltenstherapeutische Ausbildungsgruppe mit dem Ziel der Kassenzulassung, damals ein Pionierprojekt am UKE. Seitdem bin ich in unterschiedlichen Konstellationen in Praxisgemeinschaft niedergelassen.

Bis zur Niederlassung habe ich einige Jahre in einer Vorläuferversion der heutigen MVZ in Lüneburg gearbeitet, was mich für Fragen einer nachhaltig gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit sensibilisiert hat. Dort nutzte ich die Möglichkeit einer ärztlich orientierten tiefenpsychologischen Ausbildung. Sehr profitiert habe ich in dieser Zeit von einer gestalttherapeutisch orientierten Eigenanalyse. Die dort erworbene Erfahrung im Umgang mit Träumen prägt meine Arbeit bis heute. Eine körpertherapeutische Ausbildung folgte in den 1990er-Jahren.

Als langjähriger Ausbilder bei der DGVT sind mir die Belange der kommenden Psychotherapeutengeneration vertraut, was auch mein besonderes Interesse an einer gelingenden Ausbildungsreform begründet.

Das Thema einer guten Interdisziplinarität zum Wohl der Patienten beschäftigt mich auch unter dem Aspekt unterschiedlicher psychotherapeutischer Kulturen und Schulen als notwendige Herausforderung. Als verhaltensthera-

peutischer Ausbilder ist mir daran gelegen, wenn möglich auch den Blick über den Tellerrand zu vermitteln, z. B. durch psychodynamische, systemische, humanistische, philosophische oder gesellschaftswissenschaftliche Perspektiven.

Gesundheitspolitisch gibt es bei allem Fortschritt für viele Menschen noch massive Hindernisse für einen angemessenen Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe. Unser Gesundheitssystem ist in weiten Teilen nicht versorgungs-, sondern gewinnorientiert organisiert. Als Vorstandsmitglied will ich meinen Teil dazu beitragen, dass im Gesundheitssektor unserer Stadt nicht nur über Ökonomie, sondern auch über Humanität gesprochen und entsprechend gehandelt wird.

Für die PTK Hamburg war ich seit der Gründungsphase in verschiedenen Gremien aktiv, zuletzt als Vorsitzender des Fort- und Weiterbildungsausschusses, der in Hamburg traditionell mit Vertretern möglichst aller psychotherapeutischen Schulen besetzt wird. Die



Dr. Thomas Bonnekamp

Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und ein respektvoller Umgang mit differierenden Sichtweisen ließen sich dort gut üben. Berufspolitisch bin ich in der DGVT verwurzelt, seit einigen Jahren als einer der Landessprecher.

In der Kammerarbeit sind viele notwendige Arbeiten zu erledigen. Gerade deshalb ist mir für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen in unserer Kammer vertretenden Gruppen eine transparente Kommunikation und die Konzentration auf konsensuell zu bewältigende Aufgaben wichtig. Das schließt einen möglichen Konsens über den Dissens ein.

Nach Absprache im Vorstand werde ich dort u. a. weiterhin für das Thema Aus-, Fort- und Weiterbildung, für die fachliche Betreuung des Suchdienstes Psych-Info und zusammen mit Gabi Küll

dazu beitragen, dass diese Perspektive erhalten bleibt, damit auch Ökonomie, Medizin und Politik sich zunehmend nachhaltig an menschlichen Bedürfnissen orientieren. Psychotherapeutenkammern können dazu beitragen, dass seelisches Leid gesellschaftlich deutlicher wahrgenommen und in seiner Vielschichtigkeit sprachfähig wird. Sie sollen auch auf gesellschaftliche Fehlentwicklungen hinweisen, die Leid hervorrufen. Zynische Gegenkräfte einer humanistischen und demokratischen Weltsicht freuen sich über die Zerstrittenheit angeblicher Spinner und „Gutmenschen“. Deshalb möchte ich auch in meiner neuen Funktion nach Kräften mit allen das Gespräch suchen, die Psychotherapie unter dem Aspekt von Humanität voranbringen wollen.

Die geplante Ausbildungsreform birgt dafür Chancen und Risiken. Einer fi-

für die Notfallversorgung verantwortlich sein.

Unser Beruf schaut anders auf den Menschen als es Ökonomie, Politik und Medizin oft tun. Psychotherapie ist ein Enkelkind von Aufklärung und Humanismus.

Ich möchte meinen kleinen Teil

nenalen Medizinalisierung der wissenschaftlichen Psychotherapie ist ebenso vorzubeugen wie einer akademischen Praxisferne, die Patienten vornehmlich aus Studien, aber nicht in ihrem lebenswirklichen Milieu kennt und versteht. Um die humanistische Substanz unseres Berufs zu erhalten und weiter zu entwickeln, müssen wir uns auch um die nachwachsende Generation bemühen, durch Zuhören, durch Aufklärung und durch einen engagierten Einsatz für angemessene strukturelle Bedingungen der Berufsausübung.

Was ich dazu beitragen kann, will ich gerne tun.

Dr. Thomas Bonnekamp

Geschäftsstelle

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

¹⁾ *Zugunsten der besseren Lesbarkeit wurde in den mit ¹⁾ gekennzeichneten Artikeln darauf verzichtet, die männliche und die weibliche Schriftform anzuführen, obwohl die Aussagen selbstverständlich für beide Geschlechter gelten.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Krieger

was sind Sie: VerhaltenstherapeutIn, TiefenpsychologIn, AnalytikerIn, Humanistische oder Systemische TherapeutIn? Warum mir das wichtig ist? Weil in der Diskussion um die Ausbildungsreform hier ein Dissens herrscht, nämlich: Wie wichtig sind Verfahren in der psychotherapeutischen Praxis und vor allem, welche Bedeutung sollen sie in Zukunft haben?

Stellen Sie sich vor, dass künftig ein approbierter Psychotherapeut nach fünf bis sechs Jahren Studium nur oberflächlich verschiedene Verfahren kennengelernt hat und sich in einer Weiterbildung zwar auf die Behandlung von Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen

spezialisiert, sich ansonsten aber nicht festgelegt hat. Wäre das nicht gut, sozusagen allgemein-psychotherapeutisch aus- und weitergebildet und damit für die diversen Ansätze und Störungen flexibel einsetzbar zu sein?

Nein, finde ich; das wäre nicht gut. Das gründliche Erlernen eines Verfahrens mit seinen Anwendungsmöglichkeiten, seinen wissenschaftstheoretischen Grundlagen, mit seiner spezifischen Art und Weise, mit Patienten zu sprechen, dies alles sollte im Rahmen des Kompetenzerwerbs erlernt und nach einer Weiterbildung mit Expertise beherrscht werden. Danach ist Zeit für Flexibilität, dann kann entschieden werden, ob ein weiteres Verfahren vertieft erlernt wird.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Alfred Krieger,
Kammerpräsident

Psychotherapie im Aufwind oder in Auflösung? – Einige Gedanken zur Bedeutung des (Bezugs-)Rahmens psychotherapeutischer Heilkunde

Die Ausbildungsreform, ebenso wie neue Versorgungsformen, bieten kreative Gestaltungsmöglichkeiten, die unbestritten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beitragen können. Sie verändern jedoch ebenso den inneren und äußeren Bezugsrahmen, in dem Psychotherapie sich vollzieht.

Aus psychoanalytischer Sicht ist der Rahmen in seiner Struktur und Grenzensetzenden und damit Halt gebenden Funktion ein schützendes Drittes, auf das Patient und Therapeut sich beziehen können. Die Etablierung und Aufrechterhaltung eines stabilen und zuverlässigen Rahmens gilt allgemein als Grundbedingung zur Herstellung der für den therapeutischen Prozess notwendigen Sicherheit und des Vertrauens – sowohl für Patient als auch für den Therapeuten. Seine Reflexion kann gewinnbringend in die Behandlung eingebracht werden. Sie ist gleichzeitig geboten, um nicht als „blinder Fleck“ unerwünschte Nebenwirkungen zu erzeugen. Diese

grundsätzlichen Überlegungen haben sich auch in den Berufsordnungen niedergeschlagen: mit den Anforderungen der Herstellung eines geschützten therapeutischen Raumes, Erbringen der Behandlung im persönlichen Kontakt, Schweigepflicht, Sorge für Datensicherheit, Aufklärung und Abstinenz. Sie können ebenso als haltgebender Rahmen verstanden werden, in der individuellen Behandlung und im Gesamt.

Ein wesentlicher Orientierung und Struktur gewährender innerer und äußerer Bezugsrahmen sind bisher die wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Sie erlauben eine systematische Reflexion, auf Grund welcher Annahmen über seelische Entwicklung, deren Störung und daraus abgeleiteten Veränderungswissen ich einen Patienten wie behandle bzw. eine Behandlung empfehle. Als verinnerlichte Arbeitsmodelle bestimmen sie die jeweilige therapeutische Haltung und das Handeln, liefern Modelle der therapeutischen Situation, der Prozessge-

staltung, insbesondere Anhalt im Umgang mit Krisen. Die Kenntnis dieser Bezugssysteme ermöglicht eine differenzielle Indikationsstellung. Eine alleinige Anwendung störungsspezifischer Interventionen gäbe diesen kohärenten Bezug auf.



Birgit Pechmann

Innerhalb der Ausbildungsreform werden aktuell die Eckpunkte für eine Approbationsordnung sowie für eine zukünftige Musterweiterbildungsordnung erarbeitet. Im DPT-Beschluss ist enthalten, dass alle – derzeit vier – „Grundorientierungen“ der Psychotherapie im Studium gelehrt werden müssen. Eine weitere Frage wird sein, auf welcher Ebene die Verfahrensvertiefung in der Struktur der Weiterbildung verankert sein wird: grundsätzlich auf der Ebe-

ne der „Gebiete“, als konstituierend für unsere professionelle Arbeit, oder als sogenannter „Schwerpunkt“ oder „Bereich“, d. h. etwas Zusätzliches, was erst auf den Erwerb des „Fachpsychotherapeuten“ aufbauen würde? Offen ist auch, wie eine curriculare Weiterbildung „aus einer Hand“ weiterhin sichergestellt werden kann. Diese hat bisher eine Begleitung und Evaluation der professionellen Entwicklung der Ausbildungsteilnehmer ermöglicht sowie entsprechende Hilfestellung bei Bedarf, zum Schutz des Ausbildungsteilnehmers und der Patienten. Bei einem Zerfall der Weiterbildung in den Erwerb von Modulen wäre dies schwerlich aufrecht zu erhalten.

Überlegungen zur Delegation psychotherapeutischer Leistungen, die Einführung von Sprechstunden und die Auseinandersetzung mit der Nutzung

elektronischer Medien verändern ebenfalls den Rahmen. Bisher gelten der Approbationsvorbehalt sowie die Anforderung des unmittelbaren persönlichen Kontaktes für Diagnose, Indikationsstellung, Aufklärung und Überwachung des psychotherapeutischen Prozesses. Wird das so bleiben? In der Kommunikation via Internet lösen sich die Grenzen von Raum und Zeit auf, bei gleichzeitiger Reduzierung der Verbindung auf einen „Kanal“ des Austausch. Therapeut und Patient verlassen damit den Behandlungsraum. Neue Regularien müssen gefunden, entwickelt werden.

Angesichts der Vielzahl der Angebote im Netz fällt es Hilfesuchenden schwer, zwischen Psychotherapie und anderen Hilfsangeboten zu unterscheiden. Häufig wird im Label dieser Angebote auch nicht eindeutig unterschieden. Hier scheint es

eine dringende Aufgabe der Profession, im Hinblick auf Qualitätssicherung, für eine eindeutige Differenzierung Sorge zu tragen. Die hessische Kammer hat sich wiederholt mit den Chancen, Risiken und Nebenwirkungen dieser Entwicklungen beschäftigt. So wird die Vorveranstaltung der kommenden Delegiertenversammlung (18.03.2016) dem Thema: „Nutzung elektronischer Medien bei Angeboten zur psychischen Gesundheit“ gewidmet sein. Mitglieder des Ausschusses für Qualitätssicherung werden eine vom Ausschuss erarbeitete Information zu E-mental-Health-Angeboten für Hilfesuchende im Internet zur Diskussion stellen, weiterhin wird der Frage der Abgrenzung von Psychotherapie und anderen Hilfsangeboten nachgegangen. Wir freuen uns auf eine spannende Diskussion.

Birgit Pechmann,
Vorstandsmitglied

„Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – quo vadis?“ am 5. Dezember 2015

Die gegenwärtige Situation und die zukünftige Entwicklung der sektorenübergreifenden psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen standen im Mittelpunkt der Tagung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – quo vadis?“, die am Samstag, den 5. Dezember 2015 im Haus am Dom, Frankfurt stattfand.

Insbesondere die Ausbildungsreform und die damit verbundene Frage nach den erforderlichen Grundkompetenzen wurden intensiv und kontrovers diskutiert.

Alfred Krieger, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, betonte in seinem Grußwort die Relevanz von Theorien zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und deren Behandlung. Diese finden in allen Bereichen und Veranstaltungen Beachtung und sind zentrale Grundlage psychotherapeutischen Arbeitens.

Christoph Schmidt, Vorsitzender der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V., betonte in seinem Grußwort

das gemeinsame Anliegen von Psychotherapie und Beratung und wies darauf hin, dass Psychotherapie stets auf wissenschaftlichen Grundlagen basieren sollte. Das Zusammenspiel von Wissenschaft und Praxis sowie die Heterogenität der Grundberufe mache die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu einer komplexen Leistung.

„Keine Zukunft ohne Herkunft“, in diesem Sinne führte Prof. Dr. Ulrich Müller, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hessen, in die Tagung ein und erläuterte die Historie des Berufsstandes. Dabei beschrieb er die traditionell überwiegend pädagogischen Zugänge und verwies auf die hohe Bedeutung des Einbezugs sozialer und milieubedingter Rahmenbedingungen für die Psychotherapie. Diese Aspekte sollten in einer zukünftigen Konzeptualisierung der Versorgung wie auch in der Ausbildung vermehrt Berücksichtigung finden.

In seinem Vortrag „Psychotherapeutische Methodenintegration im psychosomatischen Alltag“ beschrieb Matthias Heitmann, Clementine-Kinderhos-



Christoph Schmidt



Prof. Dr. Ulrich Müller

pital, das interdisziplinäre Arbeiten auf Station und die Bedeutung begleitender Therapien sowie „nicht psychologischer“ Zugänge. Auch Heitmann betonte dabei, wie wichtig die Berücksichtigung des sozialen Gefüges sei.

Wolfgang Schreck, Leiter der Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern Gelsenkirchen und Leiter des Referats Erziehung und Bildung, erläuterte in seinem Vortrag „Psychotherapie und Jugendhilfe“ das breite Leistungsspektrum der Jugendhilfe und den Bedarf



Matthias Heitmann



Wolfgang Schreck



Dr. Andreas Rave

psychotherapeutischer Kompetenz sowie Schwierigkeiten, psychotherapeutische Angebote in das bestehende „Hilfenetz“ einzubinden. Dabei sprach er essentielle Voraussetzungen für Kooperation und Zusammenarbeit wie den Aspekt der „Vertraulichkeit“ an und warnte vor sich ergebenden „Parallelstrukturen“ mit unklaren Zuständigkeiten. Schreck plädierte für verbesserte sozialrechtliche Rahmenbedingungen, um Kooperationen zwischen Jugend-

hilfe und psychotherapeutischer Versorgung zu verbessern.

Als Vertreter der ärztlichen Perspektive sprach Dr. Andreas Rave, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V., über ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. Dr. Rave sprach sich für die Integration psychologischer Psychotherapie in psychiatrischen Praxen sowie für interdisziplinäre Kooperationen aus.

Prof. Dr. Matthias Wildermuth betonte in seinem Vortrag zu Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dass integrative Arbeit erlernt werden müsse und nicht vorausgesetzt werden könne. Gleichzeitig plädierte er für eine klare fachliche Trennung (bei gleichzeitiger Kooperation) von Psychotherapie, Sozialarbeit, Medizin und Pflege. Diese Fachrichtungen sollten nicht in einer Person vereint werden.

Die Frage „quo vadis?“ betreffe die Psychotherapie insgesamt und ihren Stellenwert im Kassensystem, so Peter Lehndorfer für die Bundespsychotherapeutenkammer. In seinem Vortrag zu Perspektiven der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nahm Lehndorfer Bezug auf die Ausbildungsreformvorhaben und das damit angestrebte Approbationsstudium. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sei ein differenziertes Konzept nötig, welches niedrigschwellige Angebote in Form von psychotherapeutischen Sprechstunden, welche u. a. für Erstdiagnostik und Überweisungen zuständig sind, und vielfältige Versorgungsmöglichkeiten, die auf den individuellen Patienten und die Problematik abgestimmt werden, beinhaltet.

Prof. Dr. Hanna Christiansen stellte in ihrem Vortrag „Veränderungen der KJP-Ausbildung durch das Direktstudium“ die aktuelle Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen heraus und verwies auf Entwicklungsmöglichkeiten. Prof. Christiansen erläuterte die derzeit heterogenen

Qualifikationen zu Beginn der postgradualen Tätigkeit und beschrieb nötige wissenschaftliche Grundkompetenzen. Dies könne durch eine Veränderung der Ausbildung als wissenschaftlich fundierten Heilberuf analog zur ärztlichen Ausbildung erreicht werden.



Prof. Dr. Matthias Wildermuth



Peter Lehndorfer



Prof. Dr. Hanna Christiansen

In einer abschließenden Podiumsdiskussion mit den Referentinnen und Referenten wurden Fragen zur Vernetzung und Möglichkeiten für eine Aufhebung von Befugniseinschränkungen besprochen. Die Unterscheidung zwischen „Versorgung“ und „Behandlung“ wurde kritisch diskutiert und hervorgehoben, dass die Salutogenese des Patienten und nicht die schlichte Versorgung das Ziel sein sollte.

„Suizidalität“ am 23. Januar 2016

Ist ein Suizid individuelle Selbstbestimmung, Freitod oder Selbstmord? Mit der Diskussion um die Begrifflichkeit und der dahinter liegenden Stigmatisierung suizidaler Personen führte Alfred Krieger, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, in die Fachtagung „Suizidalität“ am 23. Januar 2016 im Haus am Dom ein. Krieger verwies auf die unterschiedlichen Beweggründe einer Selbsttötung und warf die Frage auf, ob jeder Suizid Ausdruck einer krankhaften Störung sei.



Dr. Tobias Teismann

Einen detaillierten Einblick in die epidemiologischen Daten von Suiziden lieferte Dr. Tobias Teismann in seinem Vortrag „Risikoerschätzung und Früherkennung – mit Mythen aufräumen“. Dr. Teismann verwies auf wichtige Aspekte der Risikoabschätzung und unterstrich die Bedeutung eines vorangegangenen Suizidversuchs. Wie hoch das Risiko für einen Suizid bei einer Person mit einer psychischen Störung sei, hänge von unterschiedlichen Faktoren ab. Ein bedeutsamer Schutzfaktor sei die Soziale Unterstützung, weshalb ein besonderes Augenmerk der Beziehungsgestaltung in der therapeutischen Situation gelte.

Dr. Thomas Götz zeigte in seinem Vortrag „Suizidale Krisen zwischen Prävention und Zwang“ die Häufigkeit von Suiziden in Deutschland auf und forderte eine verstärkte Suizidprävention. Als regionales Projekt stellte er das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS) vor. FRANS möchte die aktuelle Datenlage als Grundlage für Planung und Evaluation zusammentragen,

die Vernetzung kommunaler Institutionen verbessern, Suizide reduzieren, Hinterbliebene unterstützen und der Stigmatisierung suizidaler Menschen entgegenwirken.

„Je älter wir werden, umso weniger sagt die Anzahl der Jahre etwas aus über Fähigkeiten, Fertigkeiten, Verhaltens- und Erlebnisweisen. Altern ist stets das Ergebnis eines lebenslangen Prozesses mit ureigensten Erfahrungen.“, so Prof. Dr. Ursula Lehr, Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, Bundesministerin a. D. und stellvertretend Vorsitzende der BAG-SO, in Ihrem Vortrag zu Suizidalität als letzten Ausweg. Prof. Lehr veranschaulichte lebhaft das Leben und Altern (insbesondere der Frauen) in einer Zeit des Wandels. Dieser sei zugleich Herausforderung und Chance. Sie hob die Bedeutung sozialer Netzwerke zur Bewältigung immer neuer Herausforderungen hervor und unterstrich die Auf-



Dr. Thomas Götz

gabe von Psychotherapeuten, die oft fehlende „gemeinsame Verarbeitung“ zu ersetzen. Auch die Arbeit des Psychotherapeuten unterliege einem Wandel auf den es sich einzustellen gelte. Prof. Lehr warnte vor einer Tabuisierung demenzieller Erkrankungen, aber gleichzeitiger Unterschätzung psychischer Störungen im Alter und somit vor Fehldiagnosen. Depressionen bedürfen auch im Alter einer psychotherapeutischen Behandlung.

Nach der Mittagspause begann unter anderem der Workshop „Zur Psychodynamik suizidaler Krisen anhand einer

Falldarstellung von erweitertem Suizid“ mit dem Psychiater und Psychoanalytiker Dr. Ilan Gans aus Hamburg. Vorgelegt wurde eine zwölfstündige Therapie einer Überlebenden eines erweiterten Suizids. In der Gruppe deutlich zu spüren war die erdrückende Last der Schuldgefühle. Im Anschluss an diese sehr berührende chronologische Darstellung fand ein intensiver Austausch unter den 35 Teilnehmern statt. Es wurde nicht nur überlegt, wie es einen günstigeren Therapieverlauf hätte geben können, sondern auch konstatiert, dass Psychotherapeuten in der Konfrontation mit Suizid an ihre eigenen Grenzen der Belastbarkeit kommen.

Dr. Tobias Teismann vertiefte in seinem Workshop die Ausführungen seines Vortrags und erläuterte das praktische Vorgehen zur Einschätzung der Suizidalität und der Dokumentation. Besonderes Augenmerk legte er auf das Thema positive Beziehungsgestaltung, die einerseits die Autonomie des Patienten würdige, aber andererseits Raum für die Entwicklung von Hoffnung und Veränderung eröffne. Eine wichtige Rolle in der Interaktion seien Äußerungen des Patienten, die eine positive Konnotation oder positive Erlebnisinhalte enthielten. Auf diese müsse der Therapeut dringend rekurren, um so kurzfristig eine Veränderung der emotionalen Grundstimmung zu erreichen. Anhand



Prof. Dr. Ursula Lehr

von praktischen Beispielen erläuterte Dr. Teismann sehr eindrücklich, wie es zu Veränderungen in der Suizidabsicht anhand von validierenden Gesprächsführungstechniken käme.

Den Workshop „Umgang mit Suizidalität im stationären Setting“ von Herrn Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer besuchten PP, KJP und PiA, vor allem aus den Bereichen Reha, Psychiatrie und Beratungsstellen. Nach einem kurzen Eingangsreferat von Prof. Etzersdorfer wurden eigene Erfahrungen mit dem Thema Suizidalität eingebracht und Themenbereiche wie Schuld, Verantwortung, Aushalten von Unsicherheit und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen angesprochen. Dabei wurde immer wieder auf den diagnostischen und prognostischen Wert von Gefühlen bei Behandlern und Team hingewiesen und zu deren Äußerung und gemeinsamer Analyse ermutigt.

In einem Workshop zu „Migration und Suizidalität“ diskutierte Dr. Peyman Satripi, leitender Oberarzt der Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ des Sana Klinikums Offenbach, die Herausforderungen, denen Menschen mit Migrationshintergrund auf dem Weg in die deutsche Gesellschaft begegnen mussten. Zugleich arbeitete er mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops heraus, aus welchen Quellen sich die Resilienz dieses Personenkreises schöpft.

„Sterben wollen? Oder anders leben? Zum verhaltenstherapeutischen Verständnis von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen“ erläuterte Dr. Christian Brandt, leitender Psychologe des zfp Weinsberg, neben der aktuellen Forschungslage auch wichtige Fragestellungen zur Klärung und Behand-

lung von Suizidalität von Kindern und Jugendlichen. In dem gut besuchten Workshop wurden die interessierten Fragen der Teilnehmer fachkundig beantwortet und diskutiert.

Unter dem Titel „Noch einmal darüber reden ...? Psychotherapie und Suizidalität im Alter“, informierte Dr. med. Reinhard Lindner, Experte für Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, zunächst in einem differenzierten Vortrag über Definition, Prävalenz und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten älterer depressiver oder suizidaler Patienten. Er stellte psychodynamische Verstehenszugänge zur Bedeutung des herannahenden Lebensendes verbunden mit zunehmender körperlicher Gebrechlichkeit und auftauchender Suizidalität vor. Anhand einer Fallvignette illustrierte er einfühlsam, wie sich aus dem drängenden Begehren nach assistiertem Suizid unter einer psychotherapeutischen zehnstündigen Begleitung eine Möglichkeit für die Patientin entwickelte, ihren herannahenden Tod zu akzeptieren und versöhnt zu sterben.

Die Behandlung suizidaler Patienten ist häufig mit heftigen Emotionen verbunden: Angst, Ärger, Wut, Hass, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Schuldgefühle nicht nur aufseiten des Patienten, sie tauchen auch im therapeutischen Gegenüber, dem Einzelnen und ganzen Behandlungsteams auf, psychoanalytisch als Gegenübertragung bezeichnet. Im Workshop „Suizidale Interaktionen – Zur Bedeutung der Suizidalität als Mittel der Beziehungsgestaltung“ zeigte

Dr. Jürgen Kind, Facharzt für Psychiatrie und Psychoanalytiker, auf, wie diese Dynamik in ihrer kommunikativen Funktion aufgegriffen, zur Sprache gebracht, verstanden und damit therapeutisch gewinnbringend genutzt werden kann. Als Reinszenierung und Bearbeitungsversuch verinnerlichter Beziehungserfahrungen wird Suizidalität nicht nur als Zeichen seelischer Dekompensation aufgefasst – sondern im Hinblick auf ihre psychisch regulierende Funktion untersucht. Sie kann der Sicherung der Verbindung zu einem Objekt/einem bedeutsamen Anderen dienen, der Objektänderung, ebenso ein Versuch der Abgrenzung sein, in ihrer jeweiligen Gestaltung aber auch Hinweise auf eine resignative Aufgabe jeder Bindung geben. Illustriert durch Beispiele aus der stationären und ambulanten klinischen Arbeit stellte der Referent Möglichkeiten der systematischen Einordnung suizidalen Verhaltens im Hinblick auf dessen interaktionellen Charakter vor.

In der Arbeitsgruppe, die sich den Fragen der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen aus psychodynamischer Perspektive zuwandte, konnte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Kurt Brylla auf seine über 30-jährige Erfahrung der Suizidprävention und -behandlung in Hannover zurückgreifen. Vor diesem Hintergrund war es ihm auch möglich, seine theoretischen Überlegungen, die sich aus der Objektbeziehungstheorie und der Selbstpsychologie speisten, durch etliche konkrete Fallvignetten aus der klinischen Praxis zu belegen.

Kammerwahl im Juni 2016

Die Wahlperiode der Delegiertenversammlung der Kammer endet am 2. September 2016. Deshalb ist eine Wahl durchzuführen. Sie muss rechtzeitig vor den Sommerferien erfolgen. Grundlage ist die Wahlsatzung der Kammer. Den Text finden Sie auf der Homepage zum Herunterladen.

Der Vorstand hat die Wahlzeit auf den Zeitraum vom 3. Juni bis zum 29. Juni 2016 festgelegt. Auch der Wahlaus-

schluss wurde vom Vorstand berufen. Ausführliche Informationen sowie die notwendigen Bekanntmachungen der Wahlleitung erhalten Sie in einem Mitgliederrundbrief, der etwa Mitte März per Post verschickt werden wird. Darüber hinaus haben wir eine Sonderseite auf unserer Homepage mit allen relevanten Dokumenten eingerichtet.

Informationen über die Einreichung von Wahlvorschlägen finden Sie in § 9 der

Wahlsatzung. Die Kammer wird auf Anforderung Vordrucke für die Einreichung von Wahlvorschlägen übermitteln, damit alle Pflichtangaben gemacht werden und möglichst keine Mängel auftreten. Mängel in den Wahlvorschlägen können nach Ablauf der Frist zur Einreichung (4. Mai 2016) nur noch begrenzt behoben werden.

Die Wahlsatzung verpflichtet die Kammer, den Wahlbewerbern das Wähler-

verzeichnis zum Zweck der Wahlinformation zur Verfügung zu stellen. Für andere Zwecke dürfen diese Daten nicht genutzt werden. Wenn Sie einen Wahlvorschlag eingereicht haben und diese Möglichkeit nutzen wollen, nehmen Sie bitte Kontakt mit der Geschäftsstelle auf.

Voraussichtlich werden Sie Wahlwerbung erhalten. Wir weisen darauf hin, dass dieses Material nicht von der Kammer zu verantworten ist und auch nicht finanziert wird.

Der Vorstand ruft alle wahlberechtigten Mitglieder auf, sich zu informieren

und von dem Wahlrecht Gebrauch zu machen. Eine hohe Wahlbeteiligung schafft eine gute Basis für die demokratische Legitimation der Delegierten und damit auch für deren Beschlüsse.

Öffentliche Bekanntmachung der Psychotherapeutenkammer Hessen

Änderung der Satzung

Am 10. Oktober 2015 hat die Delegiertenversammlung der Landesammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgende Änderung der Satzung (zuletzt geändert am 24. März 2012) beschlossen:

§ 11 Abs. 2 der Satzung wird gestrichen.

Wiesbaden, den 9. November 2015

gez. Alfred Krieger
Präsident

Hessisches Ministerium für Soziales und
Integration

V2B-18b2420-0003/2008/001

Die von der Delegiertenversammlung der Landesammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten am 10. Oktober beschlossene Änderung der Satzung wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, den 30. November 2015

Im Auftrag
gez. Dr. Stephan Hölz

Die vorstehende, von der Delegiertenver-

sammlung der der Landesammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten am 10. Oktober beschlossene und am 30. November 2015 genehmigte Änderung der Satzung wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Wiesbaden, den 18. Dezember 2015

gez. Alfred Krieger
Präsident

Veranstaltungen der Kammer

Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen

Samstag, 16. April 2016, 9:30 Uhr – 17:00 Uhr; Veranstaltungsort: Goethe-Universität Frankfurt; Kostenbeitrag: 80,- €, PiA/Studierende kostenfrei

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Dr. Heinz Krebs, Frankfurt
Jutta Klein, Herborn

Psychotherapie bei Psychosen

Freitag, 01. Juli 2016, 19:00 Uhr – 21:00 Uhr und Samstag, 02. Juli 2016, 09:30 Uhr – 17:30 Uhr; Veranstaltungsort: Goethe-Universität Frankfurt; Kosten-

Redaktion

Alfred Krieger, Dr. Heike Winter,
Yvonne Winter, Judith Naujoks

beitrag für Samstag: 95,- €, PiA/Studierende kostenfrei

Anmeldung: Bitte melden Sie sich online an: www.ptk-veranstaltung.de

Geschäftsstelle

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

Länderübergreifende Arbeitsgruppe zur Aktualisierung des QM-(Muster-)Handbuches

Was bedeutet eigentlich QM (Qualitätsmanagement) für die niedergelassenen PP und KJP?

Im Oktober 2005 wurde die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte, Psychologischen PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Medizinischen Versorgungszentren“ verabschiedet. Sie trat am 01.01.2006 in Kraft.

Ihre gesetzliche Grundlage findet die Richtlinie des G-BA im § 135a Abs. 2 des GKV-Modernisierungsgesetzes. Ziel ist es, „die Qualität der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung zu sichern und zu verbessern“. Dabei sollen alle Praxistätigkeiten und Abläufe systematisch erfasst und dokumentiert werden, besonders im Hinblick auf Patientenorientierung. Durch die Darstellung der Abläufe in einer

Praxis soll Transparenz für alle Beteiligten hergestellt werden. Natürlich sollen auch mögliche Probleme und Risiken im Praxisablauf erkannt und gelöst werden.

Alle PsychotherapeutInnen, die vor dem 01.01.2006 niedergelassen waren, sind also gesetzlich verpflichtet, ein „praxisinternes Qualitätsmanagement“ eingeführt zu haben. Alle neu Niedergelassenen haben fünf Jahre Zeit, ein QM-System umzusetzen. Das QM-Handbuch muss fortlaufend vom Praxisbetreiber aktualisiert, korrigiert bzw. angepasst werden. Es gibt unterschiedliche QM-Systeme auf dem Markt (z. B. KBV-QEP, KTO, ISO9001 usw.), die überwiegend kostenpflichtig sind.

Im Zeitraum 2002 bis 2006 hat der Ausschuss für Qualitätssicherung der niedersächsischen Psychotherapeutenkammer ein QM-(Muster-)Handbuch für die Kammermitglieder entwickelt, basierend auf den „Orientierungshilfen zum Qualitätsmanagement der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen: Qualitätsrelevante Aspekte in der psychotherapeutischen Praxis“. Dieses QM-(Muster-)Handbuch wurde den Kammermitgliedern zum kostenfreien Download auf der Homepage zur Verfügung gestellt. Es dient als Vorlage und muss dann vom Praxisbetreiber individu-

ell angepasst, ergänzt und fortgeführt werden.

Da es in der Zwischenzeit gesetzliche Änderungen gab (z. B. das Patientenrechtegesetz), aber auch bestimmte Aufgaben wie z. B. Datenschutz, Dokumentationspflicht, Beschwerdemanagement oder das Thema „Hygiene in psychotherapeutischen Praxen“ mehr an Bedeutung gewonnen haben, wurde eine Überarbeitung des QM-(Muster-)Handbuches dringend erforderlich.

Im Zeitraum von 2014 bis 2016 hat sich deshalb eine Länderübergreifende Arbeitsgruppe (LüAG QM) der Kammern zu diesem Zweck gebildet: Für die PKN nehmen aus der Geschäftsstelle Claudia Sieb und für den QS-Ausschuss das Vorstandsmitglied Götz Schwoppe teil. Die überarbeiteten und aktualisierten QM-(Muster-)Handbücher werden demnächst wieder allen Kammermitgliedern zum kostenfreien Download zur Verfügung gestellt. Da zurzeit im G-BA das Versorgungsstärkungsgesetz, in dem es u. a. um die Erweiterung der Befugnisse für PP und KJP geht, in die Psychotherapierichtlinien eingearbeitet wird, stehen weitere Aktualisierungen im QM-(Muster-)Handbuch an. Der QS-Ausschuss sowie die LüAG werden sich dieser Arbeit weiter annehmen, um sie dann wieder den Kammermitgliedern zur Verfügung zu stellen.

Änderungs- oder Verbesserungsvorschläge können gerne an die Geschäftsstelle der PKN gerichtet werden, von dort aus werden die Vorschläge an den QS-Ausschuss weitergeleitet.

Götz Schwoppe



Götz Schwoppe

Im Gespräch: Dr. Isabella Jordan

Herzlich willkommen in der PKN

Die PKN begrüßt mit Frau Dr. Isabella Jordan eine neue Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle. Frau Dr. Jordan ist als wissenschaftliche Referentin eingestellt worden und wird sowohl den Vorstand als auch die Geschäftsstelle zukünftig unterstützen. Ein kurzes Interview zur Begrüßung und Vorstellung von Frau Dr. Jordan führte Vorstandsmitglied Jörg Hermann.

Herzlich Willkommen in der PKN, Frau Dr. Jordan. Stellen Sie sich unseren Mitgliedern doch bitte kurz vor.

Ich bin studierte Sozialwissenschaftlerin mit Erfahrungen in den Bereichen des wissenschaftlichen Arbeitens in der Universitätsmedizin und der Philosophie. Darüber hinaus bin ich in der Weiterbildung und beim Norddeutschen Rundfunk tätig gewesen. Promoviert habe ich über ein Thema aus dem Bereich der Medizinethik.

War Ihnen die PKN als Institution vor Ihrer Bewerbung denn schon ein Begriff?

Ehrlich gesagt nicht. Es war mir durchaus ein Begriff, dass es Heilberufekammern gibt, aber die PKN selbst habe ich nicht gekannt.

Worin bestand dann der Reiz, sich auf diese Stelle zu bewerben?

Ich habe die Stellenanzeige eher durch Zufall entdeckt und beim Lesen des Aufgabenprofils gleich gemerkt, dass mein Interesse geweckt war. Ich habe die Möglichkeit gesehen, in diesem administrativen Bereich des Gesundheitswesens meine wissenschaftlichen Kompetenzen einbringen zu können. In einem meiner letzten wissenschaftlichen Projekte hatte ich mich mit dem Zusammenhang zwischen Autonomie und Vertrauen in Patientenverbänden beschäftigt. Dabei erhielt ich Einblick in die Tätigkeit von Patientenverbänden, ihre Relevanz in der Interessenvertretung und ihre Rolle in gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen.

Welche Erfahrungen bringen Sie mit, die Sie in Ihre neue Tätigkeit einbringen wollen?

Ja, was bringe ich mit? Ich habe als Wissenschaftlerin im Rahmen von Forschungsprojekten an der Schnittstelle zwischen Sozialphilosophie, Medizinethik und Gesundheitspolitik gearbeitet. Dabei habe ich mich zum Beispiel mit ethischen Fragen bezogen auf den Lebensanfang und das Lebensende auseinandergesetzt und mit Themen wie Partizipation und Mitbestimmung in Bezug auf Patienten. Des Weiteren habe ich langjährige Lehrerfahrung mit heterogenen Gruppen und im Rahmen meiner Tätigkeit beim NDR auch einen Einblick in Presse-, Öffentlichkeits- und Medienarbeit erhalten.

Das klingt, als hätten Sie einige Erfahrung gesammelt, Themen fachlich und wissenschaftlich aufzuarbeiten und ihren Transfer in Politik und Gesellschaft zu gestalten.

Ja. Das könnte man so bezeichnen. Es erscheint mir in meiner neuen Tätigkeit auch durchaus ein Vorteil zu sein, mit diesem Erfahrungshintergrund, aber einem fachfremden, neutralen Zugang und unverstelltem Blick an die Aufgaben zu gehen. Denn Psychotherapeutin bin ich ja nicht.

Welche Eindrücke haben Sie in Ihrer ersten Arbeitswoche gesammelt?

Ich würde sagen, dass ich ein lebendiges Team erlebt habe in Geschäftsstelle und Vorstand und auch schon erste Einblicke in ganz vielfältige Arbeitsbereiche bekommen habe. Und ganz freundliche Mitarbeiter habe ich kennengelernt. Ich habe schon an einigen Sitzungen von Arbeitsgruppen und Gremien teilnehmen können und das wird sich in der nächsten Zeit auch so fortsetzen, um in



die neuen Bereiche hineinzufinden und eine gute Orientierung zu bekommen.

Wie wird denn Ihr Aufgabenbereich in der PKN aussehen?

Ich denke, dass ich an der Schnittstelle von wissenschaftlicher Arbeit und Öffentlichkeitsarbeit tätig sein werde. Recherche und Aufbereitung von fachlichen Fragen wird dazu gehören oder zum Beispiel auch die Mitarbeit an der gerade gestarteten Überarbeitung des Internetauftritts der PKN. Außerdem werden die inhaltliche Konzeption und Durchführung von Veranstaltungen und das Erstellen von Publikationen, u. a. des Kammertelegramms, dazu gehören.

Liebe Frau Dr. Jordan, vielen Dank für das Gespräch und weiterhin einen guten Start.

Gespräch mit Bernd Westphal (MdB) am 8. Februar 2016 in der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

„Es wird am Ende gespart, wenn frühzeitig investiert wird!“



von links: Jörg Hermann, MdB Bernd Westphal

Am 8. Februar 2016 besuchte MdB Bernd Westphal (SPD) die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. Primärer Anlass für die Kontaktaufnahme des Bundespolitiklers war die Auseinandersetzung mit dem Pauschalentgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Die PKN war durch die Vorstandsmitglieder Andreas

Kretschmar und Jörg Hermann sowie die wissenschaftliche Referentin Dr. Isabella Jordan vertreten. In einem anregenden Gespräch wurden vor allem Vor- und Nachteile des aktuell diskutierten Umstiegs der Finanzierung von einem Budget- zu einem Preissystem diskutiert, zusätzlich wurde das Treffen zum Austausch über weitere Themen



von links: Andreas Kretschmar, Dr. Isabella Jordan

der psychotherapeutischen Versorgung genutzt.

Zunächst wurde der aktuelle Stand zum PEPP erörtert. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hatte aufgrund der anhaltenden Kritik am PEPP einen strukturierten Dialog eröffnet, um den Meinungsbildungsprozess der Bundesregierung zu unterstützen. Die SPD-Fraktion fasste nun im Januar 2016 den Beschluss, aus dem PEPP auszusteigen. Nach dem aktuell gültigen Zeitplan der Bundesregierung wird der Umstieg in das neue System ab 01.01.2017 verpflichtend. In der derzeit laufenden Erprobungsphase rechnet bereits etwa die Hälfte der stationären Einrichtungen über PEPP ab.

Auch innerhalb des Berufsstandes der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, den Kammern sowie den Verbänden von Fachärzten und natürlich in den Kliniken wird über die Möglichkeiten und Probleme, die sich durch ein neues Vergütungssystem ergeben werden, diskutiert. Noch gibt es kein konsentiertes abschließendes Resultat. Auch ein Alternativvorschlag der psychiatrischen Fachgesellschaften und Pflegeverbände – ein Hybridsystem mit Preis- und Budgetelementen – befindet sich in der Diskussion.

Die Vertreter der PKN wiesen im Gespräch mit Bernd Westphal darauf hin, dass vor allem die Personalsituation im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen stationären Behandlung zu aktualisieren ist. Die Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) 1990 führte unter Berücksichtigung der damaligen Behandlungsstandards zu einer guten Personalausstattung und Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Menschen. Die Personalstandards, die man heute an eine leitliniengerechte stationäre Versorgung stellt, werden jedoch nicht



von links: Jörg Hermann, MdB Bernd Westphal, Dr. Isabella Jordan, Andreas Kretschmar

mehr ausreichend abgebildet. Auch die Entwicklung zeitgemäßer psychotherapeutischer Behandlungsmethoden, z. B. in übergreifenden Settings, findet dort keine Grundlage, so wie auch die Berufsgruppen der PP und KJP noch immer fehlen.

Wichtiger Bestandteil einer zukünftigen Regelung sollten die Transparenz des Vergütungssystems und eine Leistungsgerechtigkeit sein, wobei die Psychotherapie ausreichend berücksichtigt werden muss. Wichtig sei allerdings auch, dass die Notwendigkeit der Verwaltung und Bürokratie (z. B. die Doku-

mentation) nicht überhandnehme, denn weder eine finanzielle Bündelung, noch eine Konzentration von Arbeitszeit auf diese sind wünschenswert.

Die PKN-Vertreter konnten auch auf weitere notwendige Entwicklungen der psychotherapeutischen Versorgung hinweisen, wie die notwendige „Verzahnung von ambulant und stationär“, also sektorenübergreifende Ansätze. Für eine an der individuellen Lebenswelt orientierte Behandlung ist die Berücksichtigung und ggf. Einbeziehung von Angehörigen (z. B. Kindern von psychisch Erkrankten) auch in die sta-

tionäre Versorgung wünschenswert. Hier gilt es, die Finanzierungssysteme – auch sozialgesetzbuchübergreifend – weiterzuentwickeln, um die modernen, adäquaten und auf vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Behandlungsangebote umsetzen zu können.

Am Ende eines inhaltlich sehr dichten reichhaltigen Gesprächs begrüßten beide Seiten noch einmal die Möglichkeit des Austauschs und drückten das jeweilige Interesse und die Absicht aus, diesen fortzusetzen.

Jörg Hermann,
Andreas Kretschmar,
Dr. Isabella Jordan

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304 -30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten:
Mo, Di, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Mail-Anschrift: info@pknds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“: Akkreditierung@pknds.de
www.pknds.de

Bekanntmachung

Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2016

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung vom 01.12.2015 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2016 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiermit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16.12.

2014 (Nds. GVBl. S. 475), i. V. m. § 25 Nr. 7 HKG i. V. m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i. V. m. dem Vertrag über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA) vom 22.12.2005 (Niedersächsisches Ärzteblatt 2/2006 S. 68 ff., Einhefter für Niedersachsen im Psychotherapeutenjournal 1/2006 S. 7 f., ZKN Mitteilungen 2/2006 S. 126 f.), zuletzt geändert am 21.10.2014 (Niedersächsisches Ärzteblatt 12/

2014 S. 34, Psychotherapeutenjournal 4/2014, Einhefter S. 3, ZKN Mitteilungen 11/2014 S. 512), bekannt gemacht

Hannover, den 01.12.2015,

Dr. med. Martina Wenker – Vorsitzende der Verbandsversammlung.

Fortbildung zu interkulturellen Aspekten im psychotherapeutischen Setting

Die Psychotherapeutenkammer NRW hatte im Dezember 2015 zusätzlich zu ihrem Fortbildungsprogramm die drei Veranstaltungen „Psychotherapie mit Flüchtlingen – Risiken und Ressourcen bei der Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen“ angeboten. Eine vierte Fortbildung „Interkulturelle Aspekte in der psychotherapeutischen Praxis: Interkulturelle Psychotherapie – Möglichkeiten und Grenzen“ fand im Januar 2016 statt. Als Referent für alle vier Termine hatte die Kammer Dr. Ali Kemal Gün gewinnen können. Der türkisch-deutschsprachige Diplom-Psychologe und Psychologische Psychotherapeut ist Integrationsbeauftragter der psychiatrischen LVR-Klinik Köln.



Fortbildung in Köln

Das Interesse an den Fortbildungen war groß: Bereits kurz nach Bekannt-

machung des Angebots lagen der Geschäftsstelle zahlreiche Anfragen vor. Als Reaktion darauf wurde die Gruppengröße für die ersten drei Veranstaltungen auf gut 50 Personen erhöht. Für den vierten Termin wurde die Teilnehmerzahl auf 28 begrenzt, um eine intensivere Seminararbeit zu fördern. Insgesamt trugen sich rund 300 Kammermitglieder in die Wartelisten ein.

Beispiele aus der Praxis

In den Veranstaltungen vermittelte Dr. Ali Kemal Gün Hintergrundwissen zu Migration und Gesundheit sowie zu Bedeutung und Wirkung von kulturspezifischen und religiösen Norm- und Wertesystemen im psychotherapeutischen Setting. Wie ein roter Faden zogen sich Aspekte einer migrantensensiblen Anamneseerhebung durch das Tagesprogramm. Die Möglichkeiten einer adäquaten Gesprächsführung erläuterte der Referent anhand zahlreicher Fallbeispiele.

Bei allen vier Veranstaltungen fanden engagierte Teilnehmerdiskussionen statt. Im Fokus standen Aspekte wie Hintergrundwissen für ehrenamtliches und psychotherapeutisches Engagement, geeignete Anamneseerhebungen, die

Beziehungsgestaltung im interkulturellen Setting, die Arbeit mit Dolmetschern und Sprachmittlern, die Nachfrage nach Supervisionsgruppen sowie Handreichungen zum Umgang mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen. Durchweg wurde der Wunsch nach weiteren Fortbildungen mit verstärktem Praxisbezug geäußert.

Die Evaluation der Veranstaltungen spiegelt das breit gefächerte, in vielen Teilen aber auch ähnliche Interesse der Therapeutinnen und Therapeuten. Zugleich zeigt sie, dass viele auch nach eigenem Bekunden wenig Vorkenntnisse und Vorerfahrungen haben. „Es mangelt an Berührungspunkten“, fasst Dr. Ali Kemal Gün seinen Eindruck zusammen. „Zudem wird zu wenig kulturspezifische Supervision angeboten. Grundsätzlich wird deutlich, dass sich viele Therapeutinnen und Therapeuten hinsichtlich der Psychotherapie mit Menschen aus fremden Kulturkreisen weit weniger sicher fühlen als in der Arbeit mit Menschen aus vertrauten Bezügen. Weitere Angebote im Sinne von Fort- und Weiterbildungen zur Psychotherapie in interkulturellen Überschneidungssituationen sind daher umso wichtiger.“

Kammeraktivitäten zur adäquaten Versorgung von Flüchtlingen

Die Psychotherapeutenkammer NRW sieht in der Versorgung von Flüchtlingen ein zentrales Thema der nächsten Zeit und ist hierzu vielfältig engagiert. „Angesichts der aktuellen Situation müssen wir dabei bedenken: „Die Situation und die Menschen werden sich verändern – und damit ebenso unsere Aufgaben“, betont Kammerpräsident Gerd Hohner. „Bislang war die Erstversorgung derer, die bei uns Schutz und Zuflucht suchen, unsere größte Aufgabe. Sie wird auch bestehen

bleiben. Doch es wird uns zunehmend auch zu kümmern haben, wie diese Menschen hier leben können, wie sie sich in unsere Gesellschaft einfinden und die hiesigen Werte erkennen können. Denn niemand kann sich eine neue Welt wie einen Mantel einfach umlegen. Unsere Profession muss hier überlegen: Was können wir psychotherapeutisch dazu beitragen, was können psychotherapeutische Kompetenzen in diesem Kontext leisten? Ebenfalls müssen wir uns damit

befassen, welches Verständnis von krank und gesund in diesem kulturellen Kontext besteht und wie man über psychische Prozesse kommuniziert.“

Versorgungskonzepte eruiert

Aktuell eruiert die PTK NRW Versorgungskonzepte wie beispielsweise eine Sprechstunde, in der Flüchtlinge und Asylbewerber Informationen zum Gesundheitswesen und speziell zu Unter-

stützungsangeboten wie Psychoedukation und Psychotherapie erhalten. Therapeutinnen und Therapeuten können eine erste Einschätzung von Belastung und Behandlungsbedarf vornehmen. Gegebenenfalls kann die Sprechstunde die Organisation weiterer Maßnahmen umfassen.

Ebenfalls diskutiert werden Gruppenangebote für Flüchtlinge und Asylsuchende, die altersspezifisch zu psychischen Erkrankungen und deren Behandlung informieren. Auch Aufklärung darüber, was eine „normale“ Reaktion auf Belastung ist und was auf eine psychische Erkrankung hinweisen kann, soll Inhalt werden. Zudem will man Betroffenen Informationen vermitteln, wie sie ihre Gesundheit erhalten oder wieder gesund werden können. Selbstfürsorge und die Einrichtung von begleiteten Austauschmöglichkeiten zu den belastenden Erlebnissen in den Herkunftsregionen und auf der Flucht sind weitere Aspekte, die sich in diesen Angeboten wiederfinden könnten. Darüber hinaus ist es eine sehr wichtige Aufgabe, Konzepte für die Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen zu gestalten.

Hilfen für die Helfer verstärken

Ein weiteres Vorhaben ist die Konkretisierung von Unterstützungsangeboten

für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer. Auch hier geht es um Fragen wie „Erkennen und Einordnen von Belastung und Behandlungsbedarf“ und wie Reaktionen auf belastende Situationen und Erlebnisse zu interpretieren sind. Zum anderen sind Informationen und Motivation zu Psychotherapie in interkulturellen Überschneidungssituationen wichtige Themen. Ein Aspekt ist dabei auch, angemessenes Basiswissen für Laienhelfer zu gestalten, die Flüchtlinge begleiten. Ebenfalls sind Angebote zum eigenen Schutz vor sekundärer Traumatisierung und zur Psychohygiene sowie zur Verarbeitung von Belastung erforderlich. Ein weiteres Handlungsfeld sieht die Kammer in der Aufgabe, die Umsetzung der Ermächtigung von Psychosozialen Zentren und Psychotherapeuten ohne KV-Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen weiterzuvorführen.

Um ein Bild über bestehende Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen zu gewinnen, wendet sich die PTK NRW in Abstimmung mit dem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf mit einer Befragung zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen und den Aktivitäten vor Ort an ihre Mitglieder. Die Auswertung der Antworten soll weitere Schritte in Planung und Ausführung befördern. Die Datenerhebung ermöglicht

zudem, Hinweise zu bündeln und weiterzureichen, die Vernetzung der Beteiligten voranzubringen, vorhandene Strukturen auszubauen und Synergien zu schaffen.

Als Reaktion auf den großen Wunsch nach praxisnahen Informationen ist die PTK NRW darüber hinaus bestrebt, weitere Fortbildungsangebote zur Vermittlung und Vertiefung interkultureller Kompetenzen zu entwickeln. Die seit Langem bestehende Kooperation mit dem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf wird hierzu fortgeführt und intensiviert.

Arbeitstreffen in Düsseldorf

Einen zentralen Termin für die Klärung weiterer Arbeitsschritte bildet das Arbeitstreffen der psychosozialen Zentren Nordrhein-Westfalens. Hierzu hat die Kammer Vertreter der Psychosozialen Zentren NRW für den 24. Februar in ihre Geschäftsstelle eingeladen. „Wir möchten die regionalen Tätigkeiten der Zentren und der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor Ort miteinander bekannt machen, ihre Vernetzung anregen und fördern und ein regional verortetes Fortbildungsangebot schaffen“, erklärt Kammerpräsident Gerd Höhner. „Erfreulicherweise ist ein großes Interesse aller Beteiligten zu spüren, sich für das Gelingen dieser Aufgabe zu engagieren.“

Praxisrelevante Informationen per Mausclick

Bereits letztes Jahr hatte die Psychotherapeutenkammer NRW auf ihrer Homepage den Menüpunkt „Flüchtlingsversorgung“ neu installiert. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finden hier seitdem eine Informationssammlung, die fortlaufend erweitert wird. Unter dem Stichwort „Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen“ sind Einblicke in die Aktivitäten in NRW zusammengefasst, unter „Hilfen für die Helfer“ fächert sich eine Zusammenschau von konkreten Hilfen für die Praxis auf. Unter anderem

verweist die Kammer hier auch auf ihre Qualitätszirkelbörse. Die Kammerangehörigen können sie nutzen, um sich im Rahmen der Versorgung von psychisch belasteten oder kranken Flüchtlingen zu strukturierten Gruppen wie Qualitätszirkeln und Intervisionsgruppen zusammenzuschließen. Zudem finden Helfer zentrale FAQs, die ebenfalls fortlaufend erweitert werden. Die Bandbreite der Themen liegt auf der Hand: Sie reicht von Fragen zu gesetzlichen Rahmenbedingungen und Antrags- und Abrechnungsverfahren über Kontaktmöglich-

keiten zu geeigneten Dolmetschern und fachlichen Beratungsstellen bis zu Möglichkeiten der regionalen Vernetzung. Auch die Nachfrage nach Angeboten wie Psychoedukation und Supervision, kulturübergreifenden Informationen zu psychischen Störungen und zu Fort- und Weiterbildung werden zu thematisieren sein. Die nordrhein-westfälische Kammer ist bestrebt, ihren Mitgliedern und allen anderen Interessierten auf diese und andere Fragen auf ihrer Homepage demnächst weitere praxisrelevante Antworten bereitzustellen.

Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

durch Beschluss der Kammerversammlung vom 31. Oktober 2015

Aufgrund des § 23 Absatz 1 des Heilberufsgesetzes (HeilBerG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. April 2013 (GV. NRW. S. 202), hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW in ihrer Sitzung am 31. Oktober 2015 folgende Änderung der Beitragsordnung beschlossen:

Artikel I

Die Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in der Fassung vom 29. August 2014, die Beitragstabelle zur Beitragsordnung sowie die Darstellung der Beitragsstufen (MBI. NRW. S. 656) wird wie folgt geändert:

1. § 2 der Beitragsordnung wird wie folgt geändert:

a) In § 2 Absatz 1 Satz 1 der Beitragsordnung wird das Wort „einkommensabhängiger“ gestrichen. Ferner wird nach der Formulierung „Kammerbeitrag erhoben“ der folgende Satzteil „,der sich aus einem für alle Mitglieder einheitlichen Grundbeitrag sowie einem einkommensabhängigen Beitragsteil zusammensetzt“ neu eingefügt.

b) In § 2 Absatz 1 Satz 3 der Beitragsordnung wird das Wort „Kammerbeitrag“ ersetzt durch die Worte „einkommensabhängige Beitragsteil“.

c) In § 2 Absatz 2 Satz 2 der Beitragsordnung werden die Worte „kein Kammerbeitrag“ ersetzt durch die Worte „nur der Grundbeitrag“.

d) In § 2 Absatz 3 Satz 1 der Beitragsordnung werden nach dem Wort „Beitragsjahr“ die

Worte „(Stichtag: 1. Februar)“ neu eingefügt. Ferner werden die Worte „zu einem Beitrag von 10,00 EUR“ ersetzt durch die Worte „nur zum Grundbeitrag“.

e) In § 2 Absatz 3 der Beitragsordnung wird der Satz 2 „Dieser Beitrag von 10,00 EUR wird nur erhoben, sofern im Bemessungsjahr Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit von 10.001,00 EUR oder mehr erzielt worden sind.“ ersatzlos gestrichen.

f) Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden zu den Sätzen 2 und 3.

g) In § 2 Absatz 4 Satz 1 der Beitragsordnung werden nach der Formulierung „Die Höhe“ die Worte „des Grundbeitrages sowie“ neu eingefügt. Das Wort „wird“ wird ersetzt durch das Wort „werden“.

2. Der Buchstabe A. der Beitragstabelle zur Beitragsordnung wird wie folgt geändert:

a) In A. Absatz 1 der Beitragstabelle wird der folgende Satz 1 neu eingefügt: „Der Grundbeitrag beträgt 70,00 EUR.“

b) Die bisherigen Sätze 1, 2, 3 und 4 werden zu den Sätzen 2, 3, 4 und 5.

c) In A. Absatz 1 Satz 2 werden nach der Formulierung „Der Hebesatz“ die Worte „zur

Ermittlung des einkommensabhängigen Beitragsteils“ neu eingefügt.

d) In A. Absatz 1 Satz 3 wird die Formulierung „beginnend ab 10.001,00 EUR“ gestrichen.

e) In A. Absatz 1 Satz 5 wird die Zahl „700“ durch „770“ ersetzt.

3. Der Buchstabe B. der Beitragstabelle zur Beitragsordnung wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift unter Buchstabe B. werden nach dem Wort „Beitragsbemessung“ die Worte „des einkommensabhängigen Beitragsteils“ neu eingefügt.

b) In B. Absatz 1 wird das Wort „Kammerbeitrags“ ersetzt durch die Worte „einkommensabhängigen Beitragsteils“.

c) In B. Absatz 4 Satz 2 wird das Wort „Kammerbeitrag“ durch die Worte „einkommensabhängige Beitragsteil“ ersetzt.

4. Die Darstellung der Beitragsstufen wird wie folgt geändert:

a) Die Tabelle unter der „Darstellung der Beitragsstufen“ wird gestrichen und die folgende Tabelle neu eingefügt:

Einkünfte im Bemessungsjahr	Einkommensabhängiger Beitragsteil Hebesatz: 0,7 %	Grundbeitrag	Kammerbeitrag gesamt
0 bis 10.000	0,00€	70,00 €	70,00 €
10.001 bis 15.000	70,00 €	70,00 €	140,00 €
15.001 bis 20.000	105,00 €	70,00 €	175,00 €
20.001 bis 25.000	140,00 €	70,00 €	210,00 €
25.001 bis 30.000	175,00 €	70,00 €	245,00 €
30.001 bis 35.000	210,00 €	70,00 €	280,00 €
35.001 bis 40.000	245,00 €	70,00 €	315,00 €
40.001 bis 45.000	280,00 €	70,00 €	350,00 €
45.001 bis 50.000	315,00 €	70,00 €	385,00 €
50.001 bis 55.000	350,00 €	70,00 €	420,00 €
55.001 bis 60.000	385,00 €	70,00 €	455,00 €
60.001 bis 65.000	420,00 €	70,00 €	490,00 €

Einkünfte im Bemessungsjahr	Einkommensabhängiger Beitragsteil Hebesatz: 0,7 %	Grundbeitrag	Kammerbeitrag gesamt
65.001 bis 70.000	455,00 €	70,00 €	525,00 €
70.001 bis 75.000	490,00 €	70,00 €	560,00 €
75.001 bis 80.000	525,00 €	70,00 €	595,00 €
80.001 bis 85.000	560,00 €	70,00 €	630,00 €
85.001 bis 90.000	595,00 €	70,00 €	665,00 €
90.001 bis 95.000	630,00 €	70,00 €	700,00 €
95.001 bis 100.000	665,00 €	70,00 €	735,00 €
100.001 und mehr	700,00 €	70,00 €	770,00 €

b) Unter der „Darstellung der Beitragsstufen“ werden die Sätze „Übt ein Kammermitglied im Beitragsjahr eine psychotherapeutische Tätigkeit nicht oder nicht mehr aus, so wird es zu einem Beitrag von 10,00 EUR veranlagt. Dieser Beitrag von 10,00 EUR wird nur erhoben, sofern im Bemessungsjahr Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit von 10.001,00 EUR oder mehr erzielt worden sind.“ ersatzlos gestrichen.

Artikel II

Diese Änderung der Beitragsordnung wird im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen bekannt gegeben, im Mitteilungsblatt der Kammer (Psychotherapeutenjournal) veröffentlicht und tritt am 1. Januar 2016, beginnend für das Beitragsjahr 2016, in Kraft.

Genehmigt.

Düsseldorf, den 9. November 2015

*Ministerium für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter des Landes Nordrhein-
Westfalen*
– Az.: 232-0810.104 –
Im Auftrag H a m m

Die vorstehende Beitragsordnung wird hiermit ausgefertigt.

Düsseldorf, den 17. November 2015

Gerd H ö h n e r Präsident
– MBI. NRW. 2015 S. 794

Geschäftsstelle

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

Verbesserungen in der Versorgung psychischer Erkrankungen gesetzlich verankert – OPK macht Umsetzungsvorschläge und geht in die offene Diskussion mit den Mitgliedern

Bei der vorläufig letzten Gesundheitsreform wurden aufgrund der Initiativen und des Einsatzes der Kammern Verbesserungen in der Versorgung psychischer Erkrankungen in das Gesetz aufgenommen. Dabei handelt es sich um weitreichende Veränderungen in den derzeitigen engen Strukturen der Psychotherapie-Richtlinie. Die OPK hat sich wegen der großen Bedeutung dieser Veränderungen an die ambulant tätigen Mitglieder gewandt, um gemeinsam mit ihnen fachlich vertretbare und pragmatische Vorschläge für die Umsetzung zu entwickeln. Die Kolleginnen und Kollegen, die tagtäglich ihre Patienten versorgen, stoßen immer wieder auf den Widerspruch zwischen individuellem Behandlungsbedarf und starren Richtlinienvorgaben und können ganz konkret beschreiben, was die Versorgung vor Ort fördert oder hemmt. Vor diesem Hintergrund hat der OPK-Vorstand eine breite Diskussion angestoßen, die in unterschiedlichen Formaten geführt wurde und weiterhin wird. In diesem Artikel stellen wir den derzeitigen Stand der Diskussion dar und verweisen ausdrücklich darauf, dass es sich um Work in Progress handelt.

Am 10. Juli 2015 verabschiedete der Bundestag das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG). Zahlreiche Regelungen sollen dabei die ambulante Versorgung – insbesondere auch in strukturschwachen Gebieten – verbessern oder erhalten. Mit dem Reformvorhaben soll auch explizit eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden. Hierzu wurde eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen

Bundesausschusses (G-BA) gesetzlich festgeschrieben. Neben diesem allgemeinen Auftrag wurden auch ganz konkret Vorschläge für eine Flexibilisierung des Therapieangebotes festgelegt. Als zu erarbeitende Zielvorstellungen wurden detailliert die Punkte psychotherapeutische Sprechstunde, frühzeitige diagnostische Abklärung, Akutversorgung, Förderung der Gruppentherapie, Rezidivprophylaxe und Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens benannt. Der zeitliche Rahmen bis zur Ausarbeitung dieser Vorgaben durch den G-BA ist eng gesteckt: Bis zum 30. Juni 2016 sollen konkrete Vorschläge erarbeitet werden. Dies erscheint auch insofern besonders ambitioniert, da es sich bei einigen der benannten Leistungen um neue Leistungen handelt.

Der Vorstand der OPK hat sich bereits unmittelbar nach dem Inkrafttreten des Gesetzes an die Arbeit gemacht, konkrete Umsetzungsvorschläge zu entwickeln. Hierzu wurde eine Expertenrunde einberufen, die insbesondere eine mögliche Umsetzung einer psychotherapeutischen Sprechstunde diskutierte. Im Anschluss beschäftigte sich der Vorstand auf seiner Klausurtagung intensiv mit den Fragen, wie die einzelnen neuen Leistungen sinnvoll ausgestaltet werden können und welche konkreten Inhalte für diese zu fordern sind. Diese ersten vorläufigen Eckpunkte zur Umsetzung der Vorgaben wurden im Anschluss im OPK Magazin veröffentlicht und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht (detaillierte Ausarbeitung s. OPK Magazin). Ziel war es, die Anregungen, Einschätzungen und Kritikpunkte der Mitgliedschaft aufzunehmen und auf diese Weise die Rück-

meldung derjenigen einzuholen, die am Ende des politischen Prozesses die Vorgaben auch werden umsetzen müssen – den Psychotherapeuten selbst.

Insgesamt stieß unser Aufruf, sich an der Ausarbeitung der Eckpunkte kritisch zu beteiligen, auf reges Interesse und großen Zuspruch. Die Reichweite des Artikels lag mit einer Durchdringung von über 60% der bei uns registrierten Newsletter-Abonnenten sehr hoch und von der Kommentarfunktion und der Möglichkeit, die Kammer auch per E-Mail zu kontaktieren, wurde vielfältig Gebrauch gemacht. Auch in Qualitätszirkeln wurde vielerorts kritisch über die Vorschläge diskutiert und die Ergebnisse rückgemeldet. Derzeit führen wir die Diskussion mit der Mitgliedschaft fort und entwickeln so die Eckpunkte konsequent weiter. Im Folgenden fassen wir die derzeitigen Überlegungen zusammen.

Kein Verschiebeparkplatz zwischen kurzfristigen Leistungen und notwendiger Therapiedauer

Es wurde in der Diskussion deutlich, dass viele Psychotherapeuten – insbesondere auch in den von uns vertretenen ostdeutschen Bundesländern – sehr viele Patienten versorgen. Daraus wird aber auch klar, dass neue Leistungen nur dann der Verbesserung der Versorgung unserer Patienten zugutekommen werden, wenn es gelingt, mehr Ressourcen für die Behandlung in den Praxen zu schaffen. Anderenfalls wird es schwierig, die neuen Leistungen auch anzubieten, da die Zeit, die man für diese benötigt, von der zur Verfügung stehenden Behandlungszeit



Die psychotherapeutische Sprechstunde kommt – Die OPK machte Vorschläge zur sinnvollen Umsetzung und ging in die Diskussion mit ihren Mitgliedern.

anderer Patienten abgezogen werden müsste. Dies käme dann lediglich einer Verschiebung von Ressourcen und einer unterschiedlichen Gewichtung von Leistungen zugunsten von frühen oder kürzeren Leistungen gleich. Deswegen muss zunächst die Frage beantwortet werden, wie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Ressourcen geschaffen werden können, ohne dass dies von der wertvollen Zeit abgezogen werden muss, die Behandler am und mit der Patientin verbringen. Drei Kernthemen kommen dabei infrage, deren Umstrukturierung zu mehr behandlerischen Kapazitäten führen könnten (Details s. OPK Magazin).

Deutliche Vereinfachung der Berichts- und Gutachterpflicht

Eine deutliche Vereinfachung der Berichts- und Gutachterpflicht gäbe Spielraum für zeitliche Kapazitäten in den Praxen. Auch nach dem Nachweis von 35 bewilligten Therapien müssen weiterhin, also ein ganzes Berufsleben lang, für längere Therapien immer wieder zeitaufwendige Anträge verfasst werden. Diese Zeit geht den Patienten verloren. Erfahrene Kollegen sollten von der Berichtspflicht befreit werden. Darüber hinaus sollten die Möglichkeiten für die Delegation von Aufgaben, für die nicht primär psychotherapeutische Kompetenz notwendig sind, ausgelotet

werden. Delegation definiert sich dabei als Hilfeleistung anderer Personen, die von Psychotherapeuten angeordnet und von ihnen zu verantworten sind.

Gruppentherapie fördern und Möglichkeiten der Delegation ausloten

Die explizite Forderung nach einer Förderung von Gruppenpsychotherapien könnte prinzipiell helfen, die Behandlungsressourcen in den Praxen zu erweitern und zu ergänzen. Dazu wäre es nötig, die derzeit existierenden strukturellen Hindernisse, die die Durchführung von Gruppentherapien erschweren, zu beheben. Die Regelungen zum Erwerb der Abrechnungsgenehmigung müssen praktikabler ausgestaltet werden, z. B. dadurch, dass die notwendigen Gruppentherapiestunden unter Supervision auch in eigener Praxis durchgeführt und bezahlt werden können. Bereits von der Antragspflicht im Einzelsetting befreite Kolleginnen und Kollegen sollten auch von der Antragspflicht für die Gruppentherapie befreit sein. Sowohl Einzel- wie Gruppentherapie basieren im Rahmen der Richtlinie auf derselben individualisierten Therapieplanung und auf einem ätiologisch basierten Verständnis der Erkrankung (vgl. Faber/Haarstrick, 2014). Die komplizierte Verrechnung von Einzel- und Gruppentherapieeinheiten sollte vereinfacht und in die Hände

der Psychotherapeuten gegeben werden. Kritisch hinterfragt wurde auch die Unterscheidung zwischen großen und kleinen Gruppen, die in der Praxis aufgrund von Fehlzeiten einzelner Patienten bzw. deren Ausfällen Schwierigkeiten macht. Die zusätzlichen Ressourcen für die Koordination und Durchführung von Gruppen müssen in der Vergütung abgebildet werden. Außerdem sollten die Möglichkeiten für Gruppentherapie über die Richtlinie hinaus auf Angebote erweitert werden, die bereits seit Langem erfolgreich im stationären Bereich durchgeführt werden (z. B. psychoedukative Gruppen).

Ausgestaltung der psychotherapeutischen Sprechstunde diskutieren

Für die Sprechstunde gibt es bisher keine Blaupause. Klar ist, dass es sich um eine Bestellsprechstunde handeln muss. Ebenfalls klar ist, dass es sich bei einer solchen um ein Angebot handelt, das einen nicht unerheblichen organisatorischen Mehraufwand in Vor- und Nachbereitung nach sich zieht, der sich auch in einem entsprechenden Anreizsystem niederschlagen muss. Sie ist dabei grundsätzlich von derzeit existierenden Leistungen wie dem psychotherapeutischen Gespräch und der probatorischen Sitzung zur Abklärung einer Richtlinientherapie zu unterscheiden.

Die Sprechstunde soll in erster Linie kurzfristig die Frage beantworten, ob eine behandlungsbedürftige Störung vorliegt, um hieraus qualifizierte Empfehlungen zum weiteren Vorgehen abzuleiten. Als Ergebnis müssen eine kommunizierbare fachliche Einschätzung sowie eine qualifizierte Empfehlung zum weiteren Vorgehen erstellt werden.

Die Voraussetzung zur Durchführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde ist der persönliche Kontakt mit dem Patienten. Zu den möglichen Bestandteilen zählen insbesondere die Abklärung des Vorhandenseins einer behandlungsbedürftigen Störung (Verdachts- oder Ausschlussdiagnose), die Feststellung des Schweregrads und darauf aufbauend eine Entscheidung über Behandlungsbedarf und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Zentral ist auch eine Mitteilung der Befunde und Empfehlungen in standardisierter Form. Weitere Bestandteile können definiert und nach fachlichem Ermessen angeboten werden (z. B. der Einsatz standardisierter psychodiagnostischer Instrumente, Erhebung von Kriterien der Dringlichkeit und Schwere). Dazu werden bestimmte maximale Zeiteinheiten zugeordnet, deren kumulierte Dauer individuell an den Bedarf des Patienten angepasst angeboten wird. Auch die Frequenz der Einbestellung sollte abhängig vom Bedarf der Patienten sein.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, dass eine separat hiervon ausgestaltete Leistung einer „frühzeitigen diagnostischen Abklärung“ obsolet ist. Eine weiterführende Befunderhebung und Diagnostik im Rahmen der Probatorik ist unabhängig von der Durchführung der Sprechstunde zu sehen. Auf eine Ausgestaltung einer gesonderten Leistung „frühzeitige diagnostische Abklärung“ kann also verzichtet werden.

Klare Signale sind nötig

Neben der Notwendigkeit, Ressourcen für die Erbringung der neuen Leistungen zu schaffen, machen die Rückmeldungen deutlich, dass Anreize für die Erbringung der Leistung existie-

ren müssen. Kritisch wurde in diesem Kontext angemerkt, dass die soeben abgeschlossenen Honorarverhandlungen einer angestrebten Flexibilisierung des psychotherapeutischen Angebots diametral entgegenstünden, indem Anreize zur Erbringung von antragspflichtigen Leistungen geschaffen wurden. Hier muss deutlich gemacht werden, dass eine flexible Leistungserbringung auch mit entsprechenden Anreizen versehen werden muss, um einen positiven Effekt auf die Versorgung zeitigen zu können. Denn nur wenn auch ausreichend viele Psychotherapeutinnen neue flexible Leistungen anbieten, lässt sich schlussendlich abschätzen, ob diese die gewünschten Effekte haben. Der derzeitige Kurs müsste dahingehend korrigiert werden, dass Flexibilität, wenn schon nicht besonders belohnt, so doch nicht noch monetär bestraft wird.

Klar sein muss außerdem, dass viele Kollegen im Einzelsetting arbeiten und auch zukünftig arbeiten werden. Wie sie dennoch in die Lage versetzt werden können, eine Sprechstunde anzubieten, muss über eine entsprechende Vergütung und weitgehende freie Entscheidung der behandelnden Psychotherapeuten ermöglicht werden.

Spezifischer Handlungsbedarf in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weisen darauf hin, dass die spezifischen Belange in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen bei der Umsetzung der Vorgaben des GKV-VSG ausreichend Berücksichtigung finden müssen: Die Besonderheiten bei Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen müssen genauestens mit bedacht und ausgestaltet werden. Die allgemeinen Ziele und Bestandteile der Sprechstunde sind jedoch auch im KJP-Bereich sinnvoll und durchführbar. Den Besonderheiten muss insbesondere bei der Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden zeitlichen Kontingente Rechnung getragen werden, da es persönliche Kontakte sowohl mit dem betroffenen Kind als auch seinen

Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen geben muss.

Akuttherapie und Rezidivprophylaxe als sinnvolle Ergänzung des Leistungsspektrums

Akuttherapie und Leistungen, die der Rezidivprophylaxe dienen (Details s. OPK Magazin) als neue Leistungen zu ermöglichen wird in den Rückmeldungen vielfach begrüßt. Sie werden von den Psychotherapeuten als sehr sinnvoll und notwendig erachtet und ein Einsatz der Kammer für deren Umsetzung wird als sinnvoll angegeben. Beide Leistungen aus fachlicher Sicht zu konkretisieren und mit Inhalten zu füllen wird als Schritt in die richtige Richtung hin zu einer flexibleren und verbesserten Versorgung der Patienten gesehen.

Unterschiede Stadt-Land berücksichtigen

Eine große Flexibilität bei der Erbringung der Leistungen gebietet sich aber nicht nur aus dem Bedarf der Patienten nach einer individuell an ihre Bedürfnisse angepassten Behandlung. Auch aus den teilweise sehr deutlichen Unterschieden, die sich aus der Versorgungssituation heraus zwischen Praxen ergeben ist es notwendig, den Psychotherapeuten ausreichende Flexibilität bei der Erbringung der Leistungen einzuräumen. Deutlich wurde aus den Rückmeldungen deshalb auch, dass die ausgeprägten regionalen Unterschiede mit bedacht werden müssen. Es gibt deutliche Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Gebieten. So arbeiten die Psychotherapeuten in den ländlichen Gebieten in Ostdeutschland nach wie vor am Rande ihrer Belastungsgrenze. Möglichkeiten, an Kollegen, andere Fachärzte oder niedrighschwellige Angebote zu verweisen, sind rar. So darf auch in dieser Debatte nicht aus den Augen verloren werden, dass innovative Konzepte für strukturschwache Regionen entwickelt werden müssen. Hier greift das GKV-VSG im psychotherapeutischen Bereich eindeutig zu kurz, indem es zwar gute Vorstöße in Richtung einer Flexibilisierung der psychotherapeutischen Versorgung

macht, hier aber strukturschwache Regionen nicht ausreichend mitgedacht hat. In diesen Regionen müssen wir an der Forderung nach einer Bedarfsplanung festhalten, die sich am tatsächlichen Bedarf orientiert und zum anderen Möglichkeiten von innovativen Versorgungsformen finden.

Neben den kritischen Anmerkungen, die sich aus dem Praxisalltag ergeben, ist auch deutlich geworden, dass eine flexiblere Ausgestaltung der Möglichkeiten von den ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als prinzipiell umsetzbar eingeschätzt wird. Vorausgesetzt, dass Kapazitäten in den Praxen geschaffen werden können, haben psychotherapeutische Sprechstunde und die Möglichkeit, eine Akuttherapie und Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe anzubieten, das Potenzial, die Versorgung zu verbessern. Diese Leistungen lassen sich jedoch nicht sinnvollerweise mit isolierten und kleinteiligen Änderungen und Ergänzungen der Psychotherapie-Richtlinie erreichen. Vielmehr muss ein sinnvoller Gesamtkontext geschaffen werden, in dem die einzelnen Bestandteile ineinander greifen und am individuellen Bedarf der Patienten ausgerichtet werden können. Neue wie bereits existierende Leistungen müssen dabei aufeinander bezogen werden. Die psychotherapeutische Versorgung wird sich nur dann wie beabsichtigt verbessern, wenn den Psychotherapeuten die notwendigen Voraussetzungen zur Umsetzung dieser Leistungen vonseiten des G-BA ermöglicht werden.

Es ist grundsätzlich für alle Leistungen unabdingbar, dass diese auch flexibel handhabbar sein müssen. Die Psycho-

therapeuten entscheiden dann aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz, bei welchen Patienten welche Leistungen angeboten werden sollen. Als weiterer Grundsatz kann gelten, dass neue Leistungen (mindestens) genauso vergütet werden sollen wie die derzeit bestehenden, damit eine Entscheidung aus fachlichen Erwägungen und den Bedürfnissen des Patienten heraus gefördert wird. Es ist nun an der Profession, Vorschläge dafür zu erarbeiten, wie die Vorgaben umgesetzt werden können. Die OPK hat mit dem Vorschlag erster Eckpunkte zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-VSG einen Prozess in engem Austausch mit ihrer Mitgliedschaft gestartet, in deren Verlauf wir diese weiter konkretisieren, diskutieren und an dem Praxisalltag unserer Mitglieder abgleichen wollen. Die so entstandene Position werden wir aktiv in die politische Debatte mit einbringen.

Schlussendlich geht es hierbei auch darum, wie der freie Heilberuf in Zukunft arbeiten wird. Damit diese Flexibilisierung auch wirklich einer verbesserten Versorgung der Patienten zugutekommt, ist es notwendig, Ressourcen für sie zu schaffen und ihre Rahmenbedingungen sinnvoll auszugestalten. Insofern ist es unsere Aufgabe, unsere fachliche Expertise und Position zu der geplanten Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie auch hörbar zu machen und uns öffentlich dazu zu äußern.

Weitere Diskussion rund um die Eckpunkte der Sprechstunde

Die große Resonanz der Mitgliedschaft bestärkte den Vorstand darin, dass es hier Diskussionsbedarf mit allen Beteiligten gibt und auch nach Vorlage der

Änderungsvorschläge der Psychotherapie-Richtlinie durch den G-BA weiterhin geben wird. Denn wie und wie häufig die neuen Leistungen tatsächlich in der Versorgung umgesetzt werden, hängt auch von deren Ausgestaltungen und dem Engagement der praktisch tätigen Psychotherapeuten ab.

Die OPK-interne Diskussion wird nun mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Rückmeldungen und einer Umfrage unter der Mitgliedschaft abgeschlossen werden, um einen möglichst repräsentativen Überblick darüber zu bekommen, wie viele Mitglieder eine freiwillige Sprechstunde anbieten würden – und unter welchen Voraussetzungen. Außerdem wurden mehrere Gespräche mit Vertretern der Krankenkassen geführt, um die Bedenken und Anregungen vorzutragen und die Positionen abzugleichen. Auch mit den Delegierten der Kammerversammlung wird über das Thema noch einmal vertieft im April diskutiert werden.

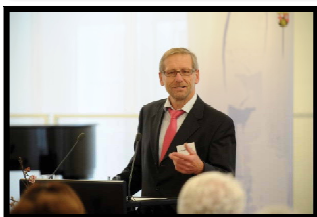
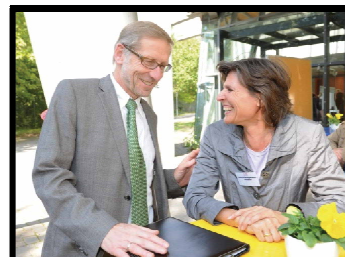
(Den Artikel im OPK Magazin mit der Kommentierung unserer Mitglieder finden Sie zum Nachlesen unter <http://opk-magazin.de/hier-sind-sie-gefragt/eckpunkte-zur-umsetzung-des-gkv-vsg-reformvorhabens/>.)

Dr. Andrea Walter,
Wissenschaftliche Referentin der OPK

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Landes- psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz



NACHRUH

Wir trauern um den Präsidenten der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Alfred Kappauf

* 01.12.1952 † 01.07.2016

Wir verlieren einen großartigen Präsidenten, der bei all seiner Bescheidenheit so viel für den Berufsstand der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Rheinland-Pfalz und im gesamten Bundesgebiet erreicht hat.

Alfred Kappauf war ein wunderbarer, lebensbejahender Mensch und dabei immer wertschätzend anderen gegenüber. Er steckte voller Ideen und Lebensfreude, war energiegeladent und anpackend.

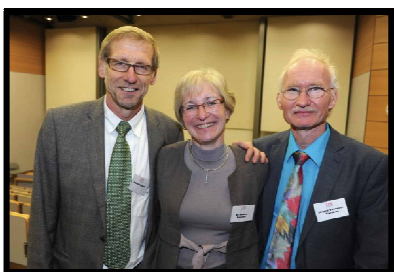
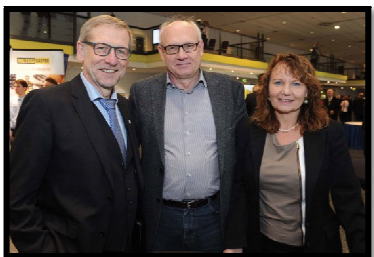
Die Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz verlieren einen sehr klugen, gesundheitspolitischen Denker und Strategen, dessen fachliche und politische Expertise überaus geschätzt wurde. Er hat innerhalb des Gesundheitswesens und in der Gesundheitspolitik wichtige Impulse gesetzt und dadurch maßgeblich dazu beigetragen, den Berufsstand der Psychotherapeuten stärker im Gesundheitssystem zu verankern.

Seine Ziele hat er noch nicht ganz erreicht, er hatte noch so viel vor.

Wir haben viel gesprochen und dabei gemeinsam so gern gelacht. Wir vermissen ihn.

Unsere Gedanken sind bei seiner Familie.

Dr. Andrea Benecke, Peter Andreas Staub, PD Dr. Udo Frisch, Givela Birgmann-Schäfer, Petra Regelin, die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kammer und alle Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle der LPK RLP



LPK RLP erringt großen politischen Erfolg beim neuen Maßregelvollzugsgesetz

Das Maßregelvollzugsgesetz ist ein Landesgesetz, das die Durchführung strafrechtlicher Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Erziehungsanstalt regelt. Da auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Maßregelvollzug arbeiten, hat das Gesetz Auswirkungen auf die Rahmenbedingungen der Arbeit der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Aus diesem Grund hat sich die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz auf politischer Ebene sehr engagiert, als die Landesregierung das alte Maßregelvollzugsgesetz aus dem Jahre 1986 grundlegend überarbeiten und modernisieren wollte. Gemeinsam mit Kollegen, die im Maßregelvollzug tätig sind (insbesondere mit Herrn Christoph Schmitt; Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie, Weißenthurm), konnte so ein sehr großer Erfolg für alle Psychologischen Psychotherapeuten und für alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erreicht werden, die im Maßregelvollzug arbeiten.



Nach Vorlage des vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie im Dezember 2014 vorgelegten Referentenentwurfs des Gesetzes erarbeitete die Kammer gemeinsam mit den im Maßregelvollzug tätigen Kollegen schriftliche Stellungnahmen. Außerdem wurde Kammerpräsident Alfred Kappauf zur Anhörung in den Sozialpolitischen Ausschuss des Landtags Rheinland-Pfalz geladen. Beides zusammen hat bewirkt, dass das am 22. Dezember 2015 vom rheinland-pfälzischen Landtag verabschiedete Landesgesetz über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln nun Elemente beinhaltet,

die bundesweit einzigartig sind und Vorbildcharakter für andere Länder haben können. Hier eine Auswahl der wichtigsten Punkte:

1. Übernahme von Führungs- und Leitungsfunktionen durch Psychotherapeuten in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs

Im ursprünglichen Entwurf des Gesetzestextes war vorgesehen, dass lediglich Ärztinnen und Ärzte Leitungsfunktionen im Maßregelvollzug übernehmen. Die Nichterwähnung von Psychotherapeuten bei der Übernahme von Leitungsfunktionen hätte in der Praxis dazu geführt, dass aus traditionellen Gründen den Psychotherapeuten keine Leitungsfunktionen übertragen worden wären. Da jedoch im Landeskrankengesetz Rheinland-Pfalz ausdrücklich festgehalten ist, dass Psychotherapeuten zur Wahrnehmung von Leitungsfunktionen in Allgemeinpsychiatrischen Abteilungen befähigt sind, war es nur folgerichtig, dies nun auch im Maßregelvollzug entsprechend festzuschreiben. Außerdem entspricht dies der aktuellen Behandlungsrealität im Maßregelvollzug. Der Gesetzgeber ist der Argumentation der LPK RLP gefolgt. Der entsprechende Passus des Gesetzes lautet nun: **„Die ärztliche oder psychotherapeutische Leitung der Einrichtung, bei selbstständigen Abteilungen die fachlich unabhängige ärztliche oder psychotherapeutische Leitung der Abteilung, ist zugleich Unterbringungsleitung.“**

Damit sind die Rahmenvoraussetzungen geschaffen, um auch Psychotherapeuten als Einrichtungs- und Unterbringungsleiter im Maßregelvollzug einsetzen zu können.

2. Personelle Besetzung der unabhängigen Fachkommission zur Überprüfung

Das Ministerium beruft eine unabhängige Fachkommission, die ein bzw. zwei Mal im Jahr die Einrichtungen des Maßregelvollzugs besucht, um

zu überprüfen, ob die für die Durchführung der Unterbringung gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben ordnungsgemäß erfüllt und ob die Rechte der untergebrachten Personen gewahrt werden. Im Referentenentwurf des Gesetzes war vorgesehen, dass eine Person mit Befähigung zum Richteramt, ein Arzt, eine Pflegekraft, ein Mitglied einer Selbsthilfegruppe und ein Mitglied einer Angehörigengruppe dieser Fachkommission angehören müssen. Ein Psychotherapeut war nicht vorgesehen.

Auch hier folgte der Gesetzgeber der Argumentation der Kammer: Die argumentierte, dass zusätzlich ein Psychotherapeut der Fachkommission angehören muss, weil Psychotherapeuten inzwischen federführend die Behandlung und Psychotherapie der untergebrachten Patienten leiteten. Wenn die Behandlung von Psychotherapeuten durchgeführt und geleitet werde, könne nur ein Psychotherapeut diese auch extern überprüfen.



Das Gesetz schreibt nun eindeutig fest, dass eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut obligatorisch der Fachkommission angehören muss. Bei Besuchen und Überprüfungen von Einrichtungen, in denen Jugendliche oder Heranwachsende untergebracht sind, sollen es entsprechend Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sein.

3. Forensische Nachsorgeambulanzen

Die Maßregelvollzugseinrichtungen betreiben Nachsorgeambulanzen zur Be-

handlung, Betreuung und Überwachung von untergebrachten Personen, die sich für längere Zeit außerhalb der stationären Einrichtung aufhalten. Ursprünglich war geplant, diese als **forensisch-psychiatrische Nachsorgeambulanzen** zu bezeichnen. Da die Behandlungsmethoden im Rahmen der Nachsorge nicht ausschließlich psychiatrische Behandlungsmethoden sind, sondern sie heutzutage auch das gesamte Spektrum psychotherapeutischer Behandlungsmethoden umfassen, wurde angeregt, stattdessen den Begriff „**Forensische Nachsorgeambulanzen**“ im Gesetzestext festzuschreiben. Der Gesetzgeber

ist auch dieser Argumentation der Landespsychotherapeutenkammer gefolgt.

4. Standards der jugendpsychotherapeutischen Behandlung

Die Unterbringung von Jugendlichen und Heranwachsenden erfolgt in organisatorisch selbstständigen Einrichtungen oder Abteilungen. Diese müssen den anerkannten aktuellen Standards der jugendpsychiatrischen und jugendpsychotherapeutischen Behandlung entsprechen und den besonderen Bedürfnissen der Jugendlichen und Heranwachsenden Rechnung tragen. Auch

hier war im ursprünglichen Entwurf lediglich vorgesehen, dass aktuelle jugendpsychiatrische Standards eingehalten werden müssen. Auf Anregung der LPK RLP wurden die jugendpsychotherapeutischen Standards ergänzt.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die LPK RLP in enger Abstimmung mit im Maßregelvollzug tätigen Kolleginnen und Kollegen einen großen politischen Erfolg erreicht hat. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die dort tätigen Kolleginnen und Kollegen haben sich deutlich verbessert.

Jahresempfang der Wirtschaft 2016: Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel zu Gast



*LPK trifft Politik:
(v. l.) Doris Ahnen
(Finanzministerin),
Dr. Andrea Benecke
(Vizepräsidentin LPK),
Eveline Lemke (Wirtschaftsministerin),
Petra Regelin (Geschäftsführerin LPK),
Alfred Kappauf (†)
(Präsident LPK), Prof.
Dr. Gerhard Robbers
(Justizminister)*

Der Jahresempfang der Wirtschaft ist die Jahresauftaktveranstaltung der rheinland-pfälzischen Kammern, bei der sich Politik und Kammern begegnen, diskutieren und zu Folgetreffen verabreden. Gastrednerin der 17. Auflage dieser Veranstaltung war Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz machte ihre Rolle als gesundheitspolitische Ansprechpartnerin für die psychische Gesundheit der Menschen in Rheinland-Pfalz deutlich.



Jahresempfang der Wirtschaft am 11.01.2016 in der Rheingoldhalle in Mainz: Alfred Kappauf (†) und Petra Regelin mit Kanzlerin Dr. Angela Merkel

LPK trifft staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute

Informationstreffen zum Stand der Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung

Im Dezember 2015 haben Kammerpräsident Alfred Kappauf und Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke die Vertreterinnen und Vertreter der staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute in Rheinland-Pfalz in die Kammerge-

schäftsstelle eingeladen, um über den Stand der Überlegungen zur Reform der Psychotherapeutenausbildung zu informieren und gemeinsam darüber zu diskutieren. Dr. Andrea Benecke stellte die „Eckpunkte eines Approbationsstudiums von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ sowie die weitgehend konsentierten „Ausbildungsziele“ vor. Frau Dr. Benecke berichtet, dass

sie zurzeit davon ausgehe, dass der Gesetzentwurf voraussichtlich im Sommer 2016 vorgelegt werde.

Auf Landesebene haben sich zwölf staatliche Ausbildungsinstitute zusammengeschlossen. Ihre Kompetenzen und Vorstellungen zur zukünftigen Aus- und Weiterbildung werden über Folgetreffen in den weiteren Reformprozess einbezogen.

Fortbildung „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“: Großes Interesse der Mitglieder

In Kooperation mit dem Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz und der Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems hat die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz im Januar 2016 eine Fortbildung für Mitglieder zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren angeboten. Das Interesse an dieser Fortbildung war so groß, dass eine lange Warteliste eingerichtet werden musste. Vielen interessierten Kolleginnen und Kollegen musste leider abgesagt werden.

In dieser Fortbildung ging es darum, Psychotherapeuten das notwendige Wissen zu vermitteln, um aussagekräftige Gutachten in aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren verfassen zu können. Gutachten und Stellungnah-

men spielen im Rahmen aufenthaltsrechtlicher Streitverfahren (Abschiebeverfahren) eine entscheidende Rolle. Da die Zahl an Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz deutlich angestiegen ist und auch in nächster Zeit weiterhin hoch bleiben wird, ist es umso wichtiger, genügend Expertinnen und Experten im Land zur Verfügung zu haben, die in der Lage sind, psychisch reaktive Traumafolgen bei Flüchtlingen zu diagnostizieren und die entsprechenden Gutachten im Rahmen der asylrechtlichen Verfahren qualifiziert verfassen zu können. Die Fortbildung hat die notwendigen Grundlagen der Diagnostik von Traumatisierung, der Erstellung von Gutachten und Stellungnahmen sowie der interkulturellen Begutachtung vermittelt. Hauptreferenten waren Dr. Ferdinand Haenel vom Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin sowie Rechtsanwalt Jens Dieckmann aus Bonn, der seit vielen Jahren



Hauptreferent Dr. Ferdinand Haenel

schwerpunktmäßig im Ausländer- und Asylrecht sowie als Strafverteidiger und Nebenklagevertreter in nationalen und internationalen Strafgerichtshöfen tätig ist.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden auf einer Gutachterliste geführt, die sowohl von der Kammer veröffentlicht wird als auch über das Integrationsministerium an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge weitergeleitet wird. Außerdem sind die Teilnehmer aufgefordert worden, sich selbst bei den entsprechenden kommunalen Ausländerbehörden im Umfeld ihrer Praxis zu melden.



Präsident der LPK RLP, Alfred Kappauf (f)

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Ökonomisierung im Gesundheitswesen: Bericht vom 3. Saarländischen Psychotherapeutentag

Postmoderne Gesundheitswirtschaft

„Was es mit der postmodernen Gesundheitswirtschaft auf sich hat, kann man nicht begreifen, wenn man in ihrem Vokabular denkt und ihrer Logik folgt. Wenn man sich so auf sie einlässt, ist sie bezwingend logisch und alternativlos: die Beste aller Möglichkeiten. Um sie wirklich zu begreifen, muss man die Gesundheitswirtschaft in einen größeren Zusammenhang stellen: historisch und kulturell.“ Mit dieser Aussage leitete Jürgen Hardt, langjähriger Präsident der Hessischen Psychotherapeutenkammer, Psychoanalytiker und bundesweit gefragter Redner in zahlreichen kultur- und gesellschaftspolitischen Kontexten, den ersten Vortrag am 28. November 2015 in der gut besuchten Luminanz am Eurobahnhof in Saarbrücken ein. Die gesundheitsökonomischen Prozesse seien lebensfern und entzögen sich dem Diskurs der demokratischen Öffentlichkeit, führte Hardt weiter aus.

Nur bei vordergründiger Betrachtung widersprachen die Kernaussagen von Jürgen Hardt denen von Dr. Rüdiger Nübling, der den anschließenden Vortrag zum Thema „Psychotherapie und Gesundheitsökonomie – ein Widerspruch? Zur Bedeutung gesundheitsökonomischer Betrachtungen für die Psychotherapie“ hielt. Denn Hardts Unterscheidung zwischen Ökonomie als verantwortlichem und klugem Handeln im Umgang mit begrenzten Mitteln – auch in der Krankenbehandlung – und

Ökonomismus als in allen Lebensbereichen dominierende Sichtweise, die sich von anderen Werten gelöst hat, zog sich wie ein roter Faden durch die Veranstaltung.

Mit Beispielen für die Fehlallokation von Mitteln im Gesundheitswesen und beeindruckenden Ergebnissen aus der Versorgungsforschung plädierte Nübling, ausgewiesener Kenner der Evaluations- und Versorgungsforschung und Ressortleiter für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit der LPK Baden-Württemberg, für eine Umverteilung der Ausgaben für psychische Erkrankung in Richtung psychotherapeutische Versorgung und für die Nutzung gesundheitsökonomischer Daten und Fakten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. So legte er u. a. Zahlen zum Auseinanderklaffen von psychotherapeutischer Versorgungskapazität und Versorgungsbedarf im Erwachsenenbereich vor, die für sich genommen schon alle für die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung Verantwortlichen alarmieren und auf den Plan rufen müssten: 1,6 Mio. tatsächliche Behandlungen (davon 550.000 stationär und 990.000 ambulant) stehen im Jahr für 15 Mio. von psychischen Störungen betroffene Menschen zur Verfügung, das sind gerade mal 11% !

Fortschreitende Ökonomisierung hinterlässt Spuren

Die unterschiedlichen Kontexte, in denen die fortschreitende Ökonomisie-



Jürgen Hardt



Rüdiger Nübling



Monika Bachmann



nung ihre Spuren in den saarländischen Handlungsfeldern der psychotherapeutischen Versorgung und der Gesundheits- und Sozialpolitik hinterlässt, waren Thema des zweiten Teils der Veranstaltung.

In einem lebendigen Diskurs, der von Axel Burmeister (Saarländischer Rundfunk) ebenso ausgewogen wie pointiert moderiert wurde, nutzten Podiumsgäste und Veranstaltungsteilnehmer die Gelegenheit zur Diskussion und zur Vertiefung einzelner Aspekte des komplexen Themas. Dabei wurden die fortschreitende Dominanz ökonomischer Sichtweisen und deren Auswirkung u. a. an Beispielen aus der Arbeit in Rehakliniken (Dr. Petra Schuhler), in Beratungsstellen (Martin Ludwig) und in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Bärbel Neurohr) eindrucksvoll dargestellt. So schlug Bärbel Neurohr neben der Schaffung von mehr Kostentransparenz und der Zusammenlegung von Krankenkassen („eigentlich brauchen wir nur eine“) beispielsweise auch die „Abschaffung des Gutachterverfahrens bis einschließlich 50 Sitzungen“ vor, was von Jörn Simon, dem Leiter der Techniker Krankenkasse im Saarland als durchaus überlegenswert kommentiert wurde. Weitere Teilnehmer an der Podiumsdiskussion waren Dr. Peter Schichtel (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie), Petra Otto (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Saarland) und Dr. Gunter Hauptmann (Kassenärztliche Vereinigung Saarland).

Prävention und Qualität der psychotherapeutischen Versorgung

Gesundheits- und Sozialministerin Monika Bachmann hatte als Schirmherrin der Veranstaltung gleich zu Beginn auf die zunehmende Bedeutung der Prävention und der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung und dabei insbesondere auf die Hinwendung zum Patienten und die dafür erforderliche Zeit hingewiesen.

Ähnlich äußerte sich Prof. Harry Derouet, Vizepräsident der Ärztekammer des Saarlandes, in seinem Grußwort: „Der Wert des Behandelns liegt nicht wie bei der Produktion im perfekten Schema, sondern im behutsamen Herausfinden dessen, was dem Kranken dient: Es geht um nichts anderes als um den Wert der Behutsamkeit.“ Derouets Grußwort schloss mit der Aussage, dass „die Kritik an der Ökonomisierung im Gesund-

heitswesen mehr Wirkung entfalten dürfte, wenn wir Hintergründe, Fakten und Mechanismen besser verstehen und Gesundheitspolitikern auf Augenhöhe als Diskussionspartner zur Verfügung stehen.“ Er verband damit den Wunsch, dass die Veranstaltung hierzu einen wichtigen Beitrag leiste.

Das war und ist auch das Ziel des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer und ein Hauptgrund, warum er sich dazu entschlossen hatte, dieses sperrige und auch weit über die Belange der Berufsgruppe der Psychotherapeuten hinaus bedeutsame Thema in den Fokus zu rücken.

Das große Interesse an der Veranstaltung, die engagierten Diskussionsbeiträge wie auch zahlreiche positive Rückmeldungen bestätigten, dass diese Entscheidung richtig war.



(v. l. n. r.): Jörn Simon, Peter Schichtel, Petra Otto, Petra Schuhler, Martin Ludwig, Gunter Hauptmann, Bärbel Neurohr, Axel Burmeister

Integriertes Versorgungskonzept für den Vorschulbereich am Universitätsklinikum des Saarlandes hat bundesweit Modellcharakter – Besuch des Bundesgesundheitsministers

Am 17.09.2015 besuchte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes. Begleitet wurde Minister Gröhe u. a. von Ministerpräsidentin Annegret Kramp-Karrenbauer, seiner saarländischen Kollegin Monika Bachmann, Staatssekretär Stephan Kölling, dem Landrat des Saarpfalz-Kreises Dr. Theophil Gallo und dem Oberbürgermeister der Stadt Homburg Rüdiger Schneidewind. Vorrangiger Anlass des Besuchs des Bundesgesundheitsministers war das integrierte Versorgungskonzept der Klinik für die Versorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern mit psychischen Störungen.

Beabsichtigt war und ist durch den Ministerbesuch eine Signalwirkung auf die Versorgungssituation für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Wie viele bevölkerungsbezogene Studien gezeigt haben, sind 10-15% aller Kinder und Jugendlichen von klinisch relevanten psychischen Störungen betroffen. Klinikdirektor Univ.-Prof. Alexander von Gontard erklärte in seiner Begrüßung des Ministers: „Besonders für Kinder gilt der Grundsatz der WHO, nach dem es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt.“

Im Januar 2015 wurde der von der Landesregierung finanzierte Neubau des stationären Bereiches der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum in Betrieb genommen. Minister Grohe bezeichnete sie als Einrichtung, die „Lehrbuchcharakter“ hat, sodass eine optimale, modellhafte Versorgungssituation umgesetzt werden kann. Die Klinik war durch Professor von Gontard federführend beteiligt an der Erstellung der neuen Leitlinie für diese Altersgruppe 0-5 Jahre (Leitlinie: „Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter“). Herausgegeben ist die Leitlinie von



(v. l. n. r.):
Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, Gesundheitsministerin Monika Bachmann, Ministerpräsidentin Annegret Kramp-Karrenbauer, Klinikdirektor Univ.-Prof. Alexander von Gontard

der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), dort sind derzeit 173 wissenschaftliche Fachgesellschaften aus allen Bereichen der Medizin zusammengeschlossen. AWMF online ist derzeit das wohl wichtigste Portal der wissenschaftlichen Medizin. Die Leitlinie ist jetzt in das AWMF-Leitlinienregister aufgenommen und über die Webseite publiziert.

Das integrierte Versorgungskonzept der Klinik für den Vorschulbereich (0-5 Jahre) beinhaltet drei verschiedene Abteilungen: eine Spezialambulanz für Vorschulkinder mit psychischen Störungen, eine Tagesklinik und eine Eltern-Kind-Station.

Die Spezialambulanz

Die Spezialambulanz ermöglicht eine spezialisierte, hochwertige Diagnostik und Therapie für Kinder im Alter von 0-5 Jahren. Sie zielt darauf ab, den Kindern und ihren Familien zu helfen und eine positive Eltern-Kind-Beziehung zu ermöglichen.

Zunächst erfolgt eine vollständige Anamnese und Diagnostik des Kindes, einschließlich körperlicher Entwicklungsuntersuchung, Entwicklungs- und

Intelligenztestung, Problemanalyse des kindlichen Verhaltens und der Eltern-Kind-Interaktion. Je nach Kindesalter und Indikation werden danach verschiedene ambulante Behandlungen in der Spezialambulanz angeboten wie Spieltherapie oder Verhaltenstherapie für das Kind, Eltern-Kind-Interaktions-Psychotherapie (PCIT), Beratung und Psychoedukation der Eltern sowie Elterntrainings und Elterngruppen.

Die Spezialambulanz versorgt unter der Leitung von Dr. F. W. Paulus Eltern mit jungen Kindern aus dem gesamten Saarland und der Westpfalz, bisher über 1.000 kleine Kinder. Sie kooperiert mit und wird angefragt von niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, aber auch von Kinderkliniken und Geburtsstationen, Frühförder-



Spezialambulanz für Säuglinge, Kleinkinder und Vorschulkinder

stellen, Kindergärten und integrativen Kindertagesstätten, Arbeitsstellen für Integration, dem ärztlichen Dienst der Gesundheitsämter, Hebammen, Jugendämtern, Familienhilfezentren, Erziehungsberatungsstellen und natürlich auch von niedergelassenen Psychotherapeuten.

Die Spezialambulanz ist – falls nötig – auch das „Eingangstor“ zu einer weiteren Behandlung im tagesklinischen und vollstationären Setting der Klinik.

Die Tagesklinik

In der Tagesklinik, die in Zusammenarbeit mit dem Johanniterorden betrieben wird, werden Kinder und Jugendliche mit mittelschweren Störungen versorgt, für die die ambulante Behandlung nicht ausreicht. Die Behandlung findet tagsüber statt. Den Abend, die Nacht und das Wochenende bleiben die Kinder zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung. Hier stehen (von 15 Plätzen) zwei tagesklinische Behandlungsplätze für Kinder von 4-5 Jahren zur Verfügung, die in Begleitung ihrer Bezugsperson aufgenommen werden. Die Behandlung ist interaktionszentriert auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind ausgerichtet.

In der Tagesklinik arbeiten Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten, Krankenschwestern und Erzieher, Sozialarbeiter, Krankenhauslehrer sowie Ergo- und Bewegungstherapeuten als multidisziplinäres Team zusammen.

Für jüngere Kinder (0-3 Jahre) und ausgeprägte Störungen im Alter von 4-5 Jahren steht die Eltern-Kind-Station zur Verfügung.

Die Eltern-Kind-Station

Die Eltern-Kind-Station für Vorschulkinder (Alter 0-5 Jahre) ist Teil des modernen, optimal gestalteten und im Januar 2015 eröffneten stationären Bereichs mit insgesamt drei altersgetrennten Stationen, der von der Landesregierung finanziert wurde.

Auf der Eltern-Kind-Station werden Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder im Alter von 0-5 Lebensjahren mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen behandelt, wenn ambulante Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind und nicht die gewünschte Besserung erzielt werden konnte. Ein Elternteil wird als Begleitperson mit aufgenommen und ist eng in das Therapiekonzept mit eingebunden. Nur so können Veränderungen gemeinsam erreicht werden. Es ist auch möglich, dass ein Geschwisterkind als Begleitkind mit aufgenommen wird. Die Kinder und die Begleitperson bleiben über Nacht in der Klinik, die Wochenenden werden zu Hause verbracht. Im Zentrum steht ganz die Krankenbehandlung des jungen Kindes, gutachterliche Aufträge werden nicht angenommen. Eine Behandlung eigenständiger psychischer Störungen der Mutter oder des Vaters ist nicht möglich. Auf der Eltern-Kind-Station arbeitet wie in der Tagesklinik ein multidisziplinäres Team.

Für jedes Eltern-Kind-Paar wird in einem Wochenplan ein auf das Kind abgestimmtes Therapieprogramm zusammengestellt, dieses beinhaltet u. a. Einzelpsychotherapie des Kindes, Elterngespräche (Beratung, Aufklärung, Psychoedukation), Eltern-Kind-Interaktions-Therapie PCIT, Pädagogische Gruppe, Ergotherapie, Musiktherapie, Begleitung durch Mitarbeiter des Pflege-, therapeutischen oder pädagogischen Teams in schwierigen Situationen wie z. B. Essensbegleitung oder bei Trotzanfällen des Kindes, Beratung durch Sozialarbeiter, Logopädie und Vorschulunterricht für Vorschulkinder.

Integrierte Versorgung für den Vorschulbereich (0-5 Jahre)

Die Eltern-Kind-Interaktionstherapie (PCIT – Parent Child Interaction Therapy) bietet innerhalb des integrierten Versorgungskonzepts eine Methode, die in allen drei Abteilungen verwendet wird. Zunächst werden alle Patienten in der Spezialambulanz vorgestellt, dort er-

folgt die ambulante Weiterbehandlung. Bei schwereren Störungen erfolgt eine Überweisung in die Tagesklinik oder auf die Eltern-Kind-Station. Nach erfolgreicher (teil-)stationärer Behandlung erfolgt wiederum die ambulante Weiterbehandlung in der Spezialambulanz.

Das integrierte Versorgungskonzept für den Vorschulbereich der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes hat bundesweit Modellcharakter.

Kontakt:

Spezialambulanz für Säuglinge, Kleinkinder und Vorschulkinder
Leitender Psychologe Dr. F.W. Paulus (PP, KJP)
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Gebäude 28
66421 Homburg / Saar
Tel: 06841 / 16 - 14395
E-Mail: Frank.Paulus@uks.eu



Dr. Frank Paulus

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maike Paritong, Michael Schwindling

Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel 0681-9545556
Fax 0681-9545558
kontakt@ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Flüchtlinge, Kriegsopfer, Traumatisierung, Erstaufnahmeeinrichtungen, medizinische Grundversorgung, psychotherapeutische Traumabehandlung – dies sind Schlagworte, die uns alle in der 2. Hälfte des vergangenen Jahres zunehmend beschäftigt haben. Die spontane Hilfsbereitschaft der Bevölkerung und der Wille unter Kolleginnen und Kollegen, ihre fachliche Kompetenz bei der Versorgung der Menschen mit einzubringen, war überwältigend. Seit den Ereignissen

der Silvesternacht in Köln und anderen großen Städten hat dieses Engagement neue Facetten bekommen. Das Misstrauen und die Angst nehmen zu. Kommen mit den Flüchtlingen auch terrorbereite IS-Kämpfer zu uns? Kann ich mich als Frau abends noch alleine auf die Straße wagen?

Traumafolgen, Vorurteile und Ängste sind ein Teil unserer täglichen Arbeit. Hier haben wir, mehr als jede andere Profession, Kompetenzen entwickelt, die sich zum Wohle unserer Patienten, unabhängig von deren Herkunft, einsetzen lassen. Dass dies auch für Politik und Gesellschaft hilfreich bei der Entwicklung präventiver Maßnahmen sein könnte, war u. a. Thema unseres Gespräches mit der Schleswig-Holsteinischen Gesundheitsministerin Alheit. Darüber hinaus ging es aber auch um Fragen und Probleme bei der Durchführung und Finanzierung sowie um die generelle Versorgungssituation im Bereich der Psychotherapie.

Im Folgenden geben wir außerdem Informationen zum 4. Norddeutschen Psychotherapeutentag (Save the date) und berichten über die Jubiläumsveranstaltung „40 Jahre IDH“ sowie die Altersgrenze bei der Behandlung von Jugendlichen.

Es grüßen Sie herzlich im Namen des Vorstands
 Dr. Angelika Nierobisch,
 Dr. Oswald Rogner

Treffen mit Ministerin Alheit

Zu seinem Antrittsbesuch traf sich der neue Kammervorstand, vertreten durch Frau Dr. Nierobisch und Herrn Dr. Rogner sowie dem Geschäftsführer der Kammer, Herrn Wohlfarth, im Januar mit der schleswig-holsteinischen Gesundheitsministerin, Frau Kristin Alheit. Die Ministerin interessierte sich vor allem dafür, wie die psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen angesichts der insgesamt angespannten, von Wartezeit geprägten Versorgung mit Psychotherapie organisiert werden kann. Wir konnten Interesse bei der Ministerin dafür wecken, dass die Einbeziehung von Kolleginnen und Kollegen, die im Rahmen der Kostenerstattung arbeiten, zu einer Entlastung der angespannten Situation in der ambulanten Versorgung beitragen könnte, wenn sowohl das Antragsverfahren als auch die Finanzierung von Behandlungen bei Flüchtlingen vereinfacht werden. Eine der größten Hürden dürfte aber wohl die Sprache sein,

welche die Einbeziehung von neutralen und in der Psychotherapie kundigen Dolmetschern über den gesamten Therapieverlauf notwendig macht.

Es gibt bereits eine „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V“, die zwischen dem Land Schleswig-Holstein und den wichtigsten Krankenkassen getroffen wurde. In dieser Rahmenvereinbarung wurden „psychologische Langzeit-Therapien“ explizit ausgeschlossen. Hier konnten wir klarstellen, dass es im Sozialrecht nur den Begriff „Psychotherapie“ gibt und dass die Psychotherapierichtlinie zwar Kurzzeit- und Langzeittherapien unterscheidet, dies aber keine inhaltliche Relevanz hat und somit auch die Umwandlung bzw. Beantragung einer Langzeittherapie im Rahmen einer Psychotherapie traumatisierter Menschen notwendig sein kann und nicht nur, wie

in der Rahmenvereinbarung vorgesehen, eine Psychotherapie als Kurzzeittherapie zur reinen Krisenbewältigung.

Besonderes Interesse zeigte Ministerin Alheit an Konzepten der Gewaltprävention angesichts der Ereignisse in der Silvesternacht in Köln. Wir konnten auf das Präventionskonzept des Psychologen Per Isdal verweisen, das in Norwegen schon seit einigen Jahren mit großem Erfolg angewandt wird. Wir haben als Kammer hierzu unsere Bereitschaft zur Zusammenarbeit angeboten und dem Ministerium weitere Informationen zu diesem Projekt zukommen lassen.

Das Thema Ausbildungsreform mit Etablierung eines Approbationsstudiums „Psychotherapie“ und anschließender Weiterbildung in spezifischen Therapieverfahren wurde ebenfalls angesprochen. Auch wenn für die entsprechende Gesetzesänderung der Bund zuständig ist, so bedarf es für die spätere Umset-

* * * * * Vorankündigung * * * * *

4. Norddeutscher Psychotherapeutentag am Sa., 24. September 2016

09.00 Uhr bis 18.00 Uhr

„Aktuelle Aspekte in der Psychotherapie“

Ort: Wissenschaftszentrum Kiel, Fraunhoferstraße 13 (Westring)

Themen der Workshops sind u. a. (09.00 bis 13.00 Uhr/14.00 bis 18.00 Uhr):

- Interkulturelle Arbeit in der Psychotherapie
- Mediales Suchtverhalten und Therapieansätze
- Paartherapie
- Burnout bei Patienten und Therapeuten
- Behandlung traumatisierter Flüchtlinge
- ACT: Metaphern und Geschichten gekonnt einsetzen
- Empowerment für Angestellte

Zusätzlich gibt es Infotische und persönliche Beratung für Studierende der Psychologie mit Informationen zur Psychotherapieausbildung und für AusbildungskandidatInnen mit Hinweisen zu Niederlassungsmöglichkeiten.

Es können jeweils ein oder zwei der halbtägigen Workshops gebucht werden.
Die Einladungen an die Kammermitglieder werden in nächster Zeit verschickt.

zung auch einer Veränderung des Hochschulstudiums auf Landesebene.

Insgesamt zeigte Ministerin Alheit ein großes Interesse an den unseren Be-

rufsstand betreffenden Themen und den angesprochenen Problemen bei der Versorgung der Bevölkerung mit psychotherapeutischen Leistungen. Sie sicherte uns ihre Unterstützung bei der

Bewältigung der anstehenden Aufgaben zu und die Fortführung des Dialogs miteinander.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Jubiläumsfeier der IDH

Im Februar feierte die Interessengemeinschaft der Heilberufe in Schleswig-Holstein (IDH) ihr 40-jähriges Jubiläum. Die Psychotherapeutenkammer, die seit über zehn Jahren Mitglied in der IDH ist, war durch ihren Präsidenten und den Geschäftsführer vertreten.

Als Gastredner sprachen bei der Jubiläumsveranstaltung Frau Anette Langner, Staatssekretärin im Gesundheitsministerium S.-H., Prof. Fritz Beske, der vor

40 Jahren einer der Initiatoren der IDH war, und Prof. Josef Hecken, der unparteiische Vorsitzende des G-BA.

Prof. Beske spannte den Bogen von den Anfängen der IDH, die seinerzeit als Informationsstelle der Kammern der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker begann und zu der später auch die KV, die KZV und der Apothekerverband beitraten, bis hin zur heutigen Interessengemeinschaft der Heilberufe, die, inzwischen erwei-

tert um die Psychotherapeuten und zuletzt auch die Tierärzte, sich zukünftigen Herausforderung im Gesundheitswesen stellt und sich dabei mit dem geballten Wissen aller Heilberufler als wichtiger Gesprächspartner für Politik und mediale Öffentlichkeit erwiesen hat.

Frau Langner betonte die Bedeutung von Kooperation und Vernetzung, um den Veränderungen im Gesundheitswesen und den Problemen in der Ver-



Dr. Greve (Tierärztekammer), Dr. Brandt (Zahnärztek.), Dr. Rogner (PKSH), Dr. Bartmann (Ärztek.), Ehmen (Apoth.k.), Sts. Langner, Prof. Hecken (G-BA), Prof. Beske, Dr. Froese (Apoth. verband) und Dr. Kriett (Kassenzahnärztl. Vereinigung) – von links. Foto: Eisenkrätzer

sorgung ländlicher Räume zukünftig besser begegnen zu können.

Prof. Hecken schließlich ging auf die Problematik bei der Bewertung und Zulassung von Innovationen in der medizinischen Versorgung ein und plädierte für eine Überwindung von Sektorengrenzen und einen verbesserten Informationsaustausch, um der zunehmenden Spezialisierung zum Wohle des Patienten entgegenzuwirken.

Alle Festredner würdigten die Gemeinsamkeit der akademischen Heilberufe, die sich auch in den Zielen und der Funktion der IDH widerspiegelt und die Interessengemeinschaft der Heilberufe in Schleswig-Holstein so einzigartig im deutschen Gesundheitswesen macht.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Team der Geschäftsstelle neu besetzt



Foto: Noack

Das Team der Geschäftsstelle der PKSH ist wieder komplett. Nach personellen Wechseln sind die Mitarbeiterinnen I. Wichmann, K. Nicke, S. Guse und B. Heß (von links) um Geschäftsführer M. Wohlfarth für die Anliegen der Mitglieder täglich zwischen 09.00 und 12.00 Uhr sowie donnerstags zusätzlich zwischen 13.00 und 16.00 Uhr telefonisch zu erreichen.

Die Geschäftsstelle ist u. a. zuständig für das Melde- und Beitragswesen, die Fortbildungsakkreditierung und das Führen der Fortbildungskonten, das Beschwerdemanagement und die Unterstützung des ehrenamtlichen Vorstands sowie der Ausschüsse und Beauftragten bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben wie der Interessenvertretung des Berufsstandes, der Abgabe von Stellungnahmen zu Gesetz- und Verordnungsentwürfen, der Förderung der Fortbildung sowie der Regelung der Berufspflichten der Mitglieder.

Neue PiA-Sprecherinnen



*Dipl.-Psych. Janina Reents *1988, Diplom-Psychologin seit 2015, tätig als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Klinische Psychologie & Psychotherapie der CAU Kiel. In Ausbildung seit 2015 (KVT, IFT Nord).*



*Dipl.-Psych. Hannah Schmale *1984, Diplom-Psychologin seit 2010, seit 2012 in Ausbildung (KVT, IFT Nord), tätig im ZIP Kiel in einer Tagesklinik sowie in der Psychiatrischen Institutsambulanz.*

Da die Vertretung der Interessen der PsychotherapeutInnen in Ausbildung bei der Kammer Schleswig-Holstein uns eine Herzensangelegenheit ist, möchten wir als Ansprechpartner für alle PiA dienen, die ein die Kammer betreffendes Anliegen oder Fragen haben.

Des Weiteren möchten wir den Interessen und Belangen der PiA in der Kammer eine Stimme geben und Gehör verleihen.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Regelung des Psychotherapeutengesetzes zur Altersgrenze gilt unverändert

In jüngster Zeit häufen sich Anfragen und Zweifel besonders über die Regelungen bezüglich der Altersgrenze bei Patienten von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Aus diesem Grunde weisen wir daraufhin, dass sich die gesetzliche Grundlage in keiner Weise verändert hat. Die im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) festgelegte Altersgrenze gilt nach wie vor. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen dürfen Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr behandeln. D. h. selbstverständlich auch, dass sie berechtigt sind, 20-jährige Patienten neu zur Behandlung aufzunehmen.

■ *Die Berechtigung zur Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstreckt sich auf Patienten, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. (§1 Abs. 2 Satz 1 PsychThG)*

Ebenso uneingeschränkte Gültigkeit hat weiterhin die vom Gesetzgeber seinerzeit bewusst geschaffene Ausnahmeregelung, die besagt, dass Therapien, die vor dieser Altersgrenze begonnen worden sind, auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres des Heranwachsenden zu Ende geführt werden dürfen.

■ *Ausnahmen von Satz 1 sind zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs eine gemeinsame psychotherapeutische Behandlung von Kindern oder Jugendlichen mit Erwachsenen erforderlich ist oder bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. (§ 1 Abs. 2 Satz 2 PsychThG)*

Es obliegt weder den Gutachtern nach der Psychotherapie-Richtlinie noch dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), diese gesetzliche Regelung in Zweifel zu ziehen. Es handelt sich um eine begründete Ausnahmeregelung zum Wohle des Patienten. Die Notwendigkeit einer solchen Regelung wurde vor allem darin gesehen, dass ein Therapeutenwechsel nur aufgrund des Geburtstages des Patienten unzumutbar ist und seiner Heilung entgegensteht. Mit dieser gesetzlichen Regelung wurden seinerzeit auch die Schwierigkeiten, die bei der Suche nach einem Platz für eine Psychotherapie entstehen, gewürdigt. Der 21-jährige Patient hätte sich ja nun ein zweites Mal auf die

Suche nach einem Psychotherapeuten machen müssen. Die Problematik „Therapieplatzsuche“ hat bis heute – über zehn Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes – wenig an Aktualität verloren.

Heiko Borchers
Vorstandsmitglied

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kollegen:

Hans Peter Koopmann, Kellinghusen
geb. 09.08.1948, verst. 11.01.2016

Marlene Nielsen, Halstenbek
geb. 27.06.1956, verst. 07.02.2016

Gabriele Hermanussen, Lauenburg
geb. 06.07.1952, verst. 14.02.2016

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 Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Dr. Ulrich Müller (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), 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

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, 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 Ba-

den-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

15. Jahrgang, Ausgabe 1/2016

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

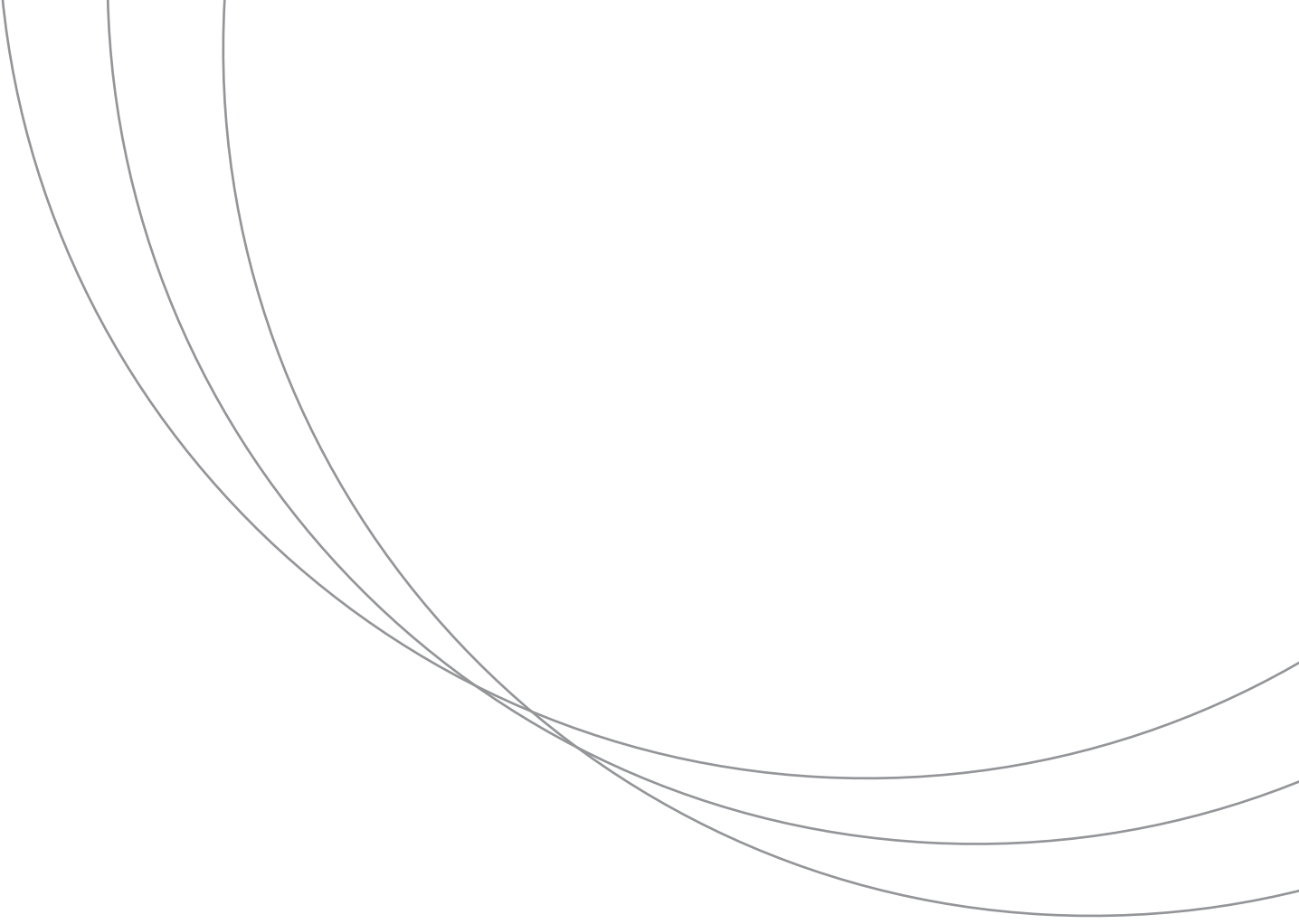
Redaktionsschluss für Ausgabe 2/2016 ist der 21. März 2016, für Ausgabe 3/2016 der 20. Juni 2016 und für Ausgabe 4/2016 der 23. September 2016. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen/-kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

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 fürervielfältigungen, 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

